

CAROLINE FERREIRA ROCHA

**INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL DE  
EDUCAÇÃO FÍSICA NA ÁREA DA SAÚDE:  
Possibilidades e Limites de Atuação.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade Federal de São Paulo como parte dos  
requisitos curriculares para obtenção do título de bacharel  
em Educação Física – Modalidade Saúde.

Orientadora: Prof. Dr. Danielle Arisa Caranti  
Co-orientadora: Prof. Tatiana Coletto dos Anjos

Santos  
2011

CAROLINE FERREIRA ROCHA


**INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL DE  
EDUCAÇÃO FÍSICA NA ÁREA DA SAÚDE:  
Possibilidades e Limites de Atuação**

Este exemplar corresponde à redação final do Trabalho de Conclusão de Curso defendido por Caroline Ferreira Rocha e aprovado pela Banca Examinadora em 05/12/2011.

Prof. Dra. Danielle Arisa Caranti  
**Orientadora**

Santos  
2011

## BANCA EXAMINADORA



---

Prof. Dr. Danielle Arisa Caranti  
**Orientadora**



---

Prof. Dr. Marcos Alberto Taddeo Cipullo



---

Prof. Dr. Rogério Cruz de Oliveira

## DEDICATÓRIA

Dedico à minha família pela  
confiança, dedicação,  
compreensão e esforço em todos  
os momentos desta e de tantas  
outras caminhadas.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço Deus pelas oportunidades e por guiar meu caminho, colocando pessoas boas em minha vida.

Agradeço à minha família, minha mãe Maria Aparecida, meu pai Flávio, meu irmão Victor, minha avó Maria, meu avô José, minha avó Ana e meus padrinhos Maria das Dores e José Roberto. Todos foram peças fundamentais em minha formação profissional, me fazendo uma pessoa melhor a cada dia.

Agradeço a todos meus amigos que sempre me apoiaram em minhas escolhas e que mesmo longe torceram por mim.

Agradeço minha amiga Joselma, por me mostrar o significado da amizade e equipe no curso e estágio de Bombeiro Socorrista, onde questões de vida e morte eram constantes.

Agradeço minha amiga Natália Nuñez pela amizade verdadeira e pela parceria durante todos os anos de faculdade.

Agradeço à Orientadora e Professora Doutora Danielle Arisa Caranti pela ajuda, paciência, dedicação e por me deixar livre diante das escolhas que esta etapa exigiu.

Agradeço à Tatiana dos Anjos por aceitar a co-orientação e por iniciar a idéia que deu origem a este estudo.

Agradeço ao Professor Rogério por sempre responder minhas dúvidas e por auxiliar nas etapas de construção deste estudo.

Agradeço a todos os professores da UNIFESP pela dedicação incomparável e paciência.

Agradeço aos profissionais de Educação Física voluntários do estudo.

Agradeço à EDUCA03, meus colegas de classe, pela diversão e companheirismo.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para que eu pudesse aproveitar e concluir com êxito esta importante etapa de vida.

Muito Obrigada!

## EPÍGRAFE

”Se você deseja um ano de prosperidade, cultive grãos.  
Se você deseja 10 anos de prosperidade, cultive árvores.  
Mas se você quer 100 anos de prosperidade, cultive gente.”  
Ditado Chinês

“... Quero, um dia, poder dizer às pessoas que nada foi em vão...  
que o amor existe, que vale a pena se doar às amizades e às pessoas...  
que a vida é bela sim, e que eu sempre dei o melhor de mim...  
e que tudo valeu a pena...”  
Mário Quintana

## RESUMO

ROCHA, C. F. Intervenção do profissional de Educação Física na área da saúde: Possibilidades e limites de atuação. Trabalho de conclusão (bacharelado em Educação Física – Modalidade Saúde). Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2011.

O presente estudo aborda a intervenção do profissional de Educação Física na área da saúde, refletindo e elucidando aspectos como perfil, formação e metodologia de atuação e intervenção em diferentes cenários interdisciplinares que perpassem no binômio saúde-doença. Os objetivos propostos foram: conhecer e identificar modelos de intervenção do Profissional de Educação Física na área da saúde (perfil, inserção e práticas corporais), sugerindo possibilidades e limites de atuação. A coleta de dados ocorreu através de análise documental e abordagem eletrônica dos voluntários, onde foram selecionados 12 voluntários - todos profissionais de Educação Física inseridos em cenários da área da saúde – os quais responderam um questionário misto a fim de compreender/ analisar e explicitar o perfil, a atuação, a inserção, a formação e metodologia utilizada na área da saúde. Os resultados descritos no presente estudo transversal foram analisados qualitativamente e quantitativamente. Deste modo, foram abordadas e reveladas diversas possibilidades de atuação deste profissional na área da saúde, apontando novas tendências de formação em saúde nas universidades e inúmeros benefícios através de práticas corporais embasadas em conceitos favoráveis ao desenvolvimento das práticas interdisciplinares e profissão. Em conclusão, o presente estudo possibilitou conhecer e identificar modelos de intervenção do Profissional de Educação Física na área da saúde (perfil, inserção e práticas corporais), sugerindo uma inserção atuante dentre as diversas possibilidades discutidas e relatadas. Neste sentido, a partir deste referencial, as possibilidades de atuação estão concentradas nas práticas de promoção, prevenção, controle e reabilitação em saúde do profissional de Educação Física na área da saúde, inseridos em instituições públicas e particulares, intervindo em diversificadas populações, além de atuar na formação em Educação Física e saúde dos mesmos profissionais. Assim, os limites de atuação se potencializam quando o profissional não possui uma formação interdisciplinar que direcione e seja mediadora das práticas corporais no processo saúde-doença, reforçando a necessidade de novos debates e reflexões que embasem a atuação do profissional de Educação Física na área da saúde.

**Palavras-chave:** Profissional de Educação Física, Saúde, Intervenção, Práticas Corporais.

## ABSTRACT

The present study addresses the professional intervention of Physical Education in health, reflecting and clarifying aspects such as profile, academic training and methods of work and interdisciplinary intervention in different scenarios that pervade regarding health and disease. The proposed aims were to find and identify intervention models in the Professional Physical Education for health (profile of insertion and bodily practices), suggesting possibilities and limits of this condition, in this way the data collection occurred by means of document analysis and electronic approach, where 12 volunteers were enrolled - all Physical Education professionals inserted in healthcare settings - which mixed a questionnaire in order to understand / analyze and explain the profile, the performance, integration, academic training and methodology used in healthcare. The results described in this cross-sectional study were analyzed qualitatively and quantitatively. Thus, we address and reveal the diversity of possibilities for action in this professional field of health, new trends in health training in universities and numerous benefits through bodily practices grounded in concepts favorable to the development of interdisciplinary practices and profession. In conclusion, this study made it possible to know and identify intervention models of the Professional Physical Education for health (profile of insertion and bodily practices), suggesting an active integration among the various possibilities discussed and reported. In this sense, from this reference, the limits of the work emphasized is when the professional does not have a direct and interdisciplinary training to be a mediator of corporal practices regarding health and disease, underscoring the need for further discussions and reflections on which to base the academic training between the professional of Physical Education.

Keywords: Professional Physical Education, Health, Intervention, Body Practices.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Determinantes da saúde.....	17
Figura 2 - Linha do Tempo História da Educação Física no Brasil.....	19
Figura 3 - Acontecimentos marcantes da história do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.....	22

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Cenário de Atuação.....	42
QUADRO 2 – Área de Atuação.....	43
QUADRO 3 – Intervenção ou Programa de Intervenção.....	44
QUADRO 4 – Unidades de Atuação.....	45
QUADRO 5 – Formação.....	49
QUADRO 6 – Tipo de Intervenção.....	50
QUADRO 7 – Materiais utilizados.....	51
QUADRO 8 – Local das intervenções.....	53
QUADRO 9 – População-alvo.....	54
QUADRO 10 – Objetivos.....	55
QUADRO 11 – Conteúdo.....	56
QUADRO 12 – Planejamento.....	57
QUADRO 13 – Avaliação.....	58
QUADRO 14 – Resultados esperados.....	59

## SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO.....	13
2 - REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1 - Conceito de Saúde, Doença e Binômio Saúde – Doença.....	15
2.2 - História da Educação Física no Brasil.....	17
2.3 - Histórico e Contexto do SUS no Brasil.....	20
2.4 - Educação Física e Sistema Único de Saúde (SUS): Formação em Saúde.....	21
2.5 - Inserção do Profissional de Educação Física na Saúde Pública e Saúde Coletiva.....	23
2.6 - Promoção, Prevenção e Reabilitação de Saúde e Educação Física.....	24
2.6.1 - Promoção de Saúde.....	25
2.6.2 - Prevenção em Saúde.....	27
2.6.3 - Reabilitação em Saúde.....	27
2.7 - Atenção à saúde: Atenção Básica e Atenção Especializada.....	28
2.8 - Clínica Ampliada.....	29
2.9 - Ações Intersetoriais em Saúde.....	30
2.10 - Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).....	31
2.11 - Residência Multiprofissional.....	32
2.12 - Conceito de Exercício Físico e Atividade Física.....	32
2.13 - Práticas Corporais.....	33
3 - MATERIAIS E MÉTODOS.....	36
3.1 – Voluntários.....	36
3.1.1 Critérios de Inclusão.....	36
3.1.2 Considerações Éticas e Legais.....	36
3. 2 Instrumentos.....	37

3.2.1 Questionário.....	37
3.3 Procedimentos.....	37
3.3.1 Protocolo do Estudo.....	37
3.4 Análise dos Dados.....	38
4 – RESULTADOS.....	39
5 – DISCUSSÃO.....	61
6 – CONCLUSÃO.....	64
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
8 – APÊNDICE I.....	71
9 – APÊNDICE II.....	73
10 – APÊNDICE III.....	75

# 1 - INTRODUÇÃO

De acordo com experiências acadêmicas pessoais, proximidade com ambientes de saúde e curiosidade em alguns aspectos sobre o tema deste estudo (importância do exercício físico para a melhora da qualidade de vida da população em geral), notou-se a necessidade de exposição das atividades desenvolvidas – atuação e intervenção - pelos profissionais da Educação Física em diferentes cenários de saúde.

O profissional de Educação Física formado, assim como ingressantes e estudantes dos cursos universitários, necessita de informações sobre práticas corporais realizadas na área da saúde, para que não se limitem a pequenas/clássicas áreas de atuação e que possam conquistar autonomia e formação adequada – saber técnico e integrado - para atuar e compreender diversas situações cotidianas em instituições de saúde, considerando e respeitando a diversidade cultural, socioeconômica e histórica da população.

Além de expor novas perspectivas de atuação do profissional de Educação Física na área da saúde, o estudo pretenderá atingir outras áreas da saúde – as que compõem principalmente equipes multi/interdisciplinares – e seus respectivos profissionais, afim de que os mesmos desenvolvam conhecimentos científicos importantes para a ampliação e produção de novas práticas e metodologias de saúde em conjunto à Educação Física.

A atuação do profissional de Educação Física proporciona a expansão de benefícios através da atividade física e exercício físico em todas as populações envolvidas nos processos de promoção, prevenção e reabilitação da população através de práticas corporais, interferindo sobre o binômio saúde/doença da sociedade, atuando em diferentes cenários favoráveis à mudança de padrões de vida.

Frente ao exposto, a problemática desenhada para o presente estudo foi: Qual o perfil profissional, as possibilidades de atuação, os modelos de intervenção interdisciplinar e a inserção do profissional de Educação Física inserido na área da saúde?

O objetivo do presente estudo foi conhecer e identificar modelos de intervenção do Profissional de Educação Física na área da saúde (perfil, inserção e práticas corporais), sugerindo possibilidades e limites de atuação.

Os objetivos Específicos correspondem a:

- Ampliar/ Conhecer/ Explicitar a oferta de atividades que incentivem a realização de práticas corporais em todos os níveis de atenção em saúde;

- Identificar o perfil de atuação do profissional a fim de estimular e impulsionar a continuidade de expansão dos benefícios da atividade física e do exercício físico estratégia terapêutica não medicamentosa;
- Difundir/ Compreender a inserção do profissional de Educação Física na área da saúde e conseqüentemente nas equipes multi/ interdisciplinares;
- Estimular a realização de vivências e experiências nesta área, além de fortalecer e contribuir com iniciativas já existentes.

Diante do exposto, esta pesquisa está estruturada da seguinte forma:

No capítulo 1 será exposto a introdução, composta pela justificativa, problemática, objetivos gerais e específicos do estudo.

O capítulo 2 consiste em uma revisão de literatura extensa, composta por conceitos e relações entre Educação Física e Saúde.

No capítulo 3 explicitaremos o percurso metodológico delineado para este trabalho. Nesse momento, será descrito instrumentos utilizados no estudo, seleção dos voluntários e análise dos resultados.

No capítulo 4 serão descritos os resultados obtidos com base na coleta de dados do presente estudo.

No capítulo 5 discutiremos os resultados à luz do referencial proposto com base nos objetivos descritos.

Por fim, no capítulo 6 concluiremos a finalização do presente estudo com futuras perspectivas de atuação.

## 2 - REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 - Conceito de Saúde, Doença e Binômio Saúde - Doença

A mais famosa definição de saúde corresponde à Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, a qual conceitua saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Considerando a saúde um estado instável, atribui-se ao conceito citado anteriormente características não realizáveis e inatingíveis, visto que a compreensão de saúde possui alto grau de subjetividade e determinação histórica (LEWIS, 1986), caracterizando o conceito da OMS mais como uma declaração do que propriamente como uma definição (NARVAI, 2008).

Considerada direito universal e fundamental do ser humano, firmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegurado pela Constituição Federal, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Segundo Scliar (2007), saúde não representa o mesmo significado para todas as pessoas. E a busca por um conceito mais dinâmico trata a saúde como uma construção e ampliação das potencialidades individuais e sociais, diante de condições de vida e interações com a mesma.

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

A atual legislação brasileira considera a saúde um resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais (Figura 1). Por isso, demais esferas de governo devem desenvolver ações conjuntas com outros setores, como meio ambiente, educação, urbanismo, dentre outros, que possam contribuir, direta ou indiretamente, para a promoção de melhores condições de vida e de saúde para a população (BRASIL, 2009).



Figura 1: Determinantes da saúde (Ministério da Saúde, 2011).

Assim, a saúde pode ser caracterizada pela possibilidade de agir e reagir, de adoecer e recuperar, além de compreender as condições gerais de produção e de reprodução que propiciam o aparecimento das patologias, das epidemias e das endemias e levar em conta os determinantes que promovem o bem estar, a longevidade e a qualidade de vida em todos os sentidos (CANGUILHEM, 1995).

Diversas teorias relacionam a cultura de um povo com características físicas, sociais e mentais, tentando formular uma definição para o termo doença: a qual se constitui de uma redução do corpo humano, a partir de constantes morfológicas e funcionais, dotada de realidade própria, externa e anterior às alterações concretas do corpo (GONÇALVES, 2007).

A teoria miasmática define doença como um desequilíbrio de fluídos extracorpóreos que resultam em sensações e condição desagradáveis, como dor, paralisia, inchaço e cansaço. Por sua vez, a teoria teocêntrica alega que diferentes civilizações justificam a doença como punição ou desígnios de divindades. Ao contrário da teoria positivista que aborda os avanços tecnológicos na dimensão biológica e mais realista, que influencia mais à frente, a teoria ecologista: defende que a doença decorre de desequilíbrios na homeostase atingidas pelas relações dinâmicas entre agente, hospedeiro e meio - biologicamente e geograficamente em diferentes realidades (EVANS, 1985).

É importante perceber que os conceitos de saúde e doença não são estáticos, ou seja, as definições de normalidade e saúde não são universalmente válidas para todos. Ao



contrário, variam em diferentes sociedades de acordo com a posição socioeconômica e a cultura de quem as concebe. Tanto a saúde como a doença são processos naturais da vida, e, portanto, normais (COELHO, 2002).

Assim, o binômio saúde-doença pode ser conceituado como:

O modo específico de ocorrência do processo biológico de desgaste e reprodução, destacando em momentos particulares o funcionamento biológico diferente com consequência para o desenvolvimento regular de atividades cotidianas, ou seja, o surgimento da doença (LAURELL, 1986, p.18).

Segundo Carvalho (2006), para compreender este binômio, devemos reconhecer fatores sócio-econômicos (renda e escolaridade), sociopolíticos (decisão política e cidadania), socioculturais (comportamentos, valores e cultura), psicossociais (marginalidade, desemprego e condições de trabalho) e ambientais (situação geográfica, solo, clima, poluição).

Assim, para obter diferentes visões do binômio saúde-doença, há a necessidade da colaboração e da viabilização de mudanças na relação do profissional de saúde com o usuário, promovida por ações de pesquisa e extensão da educação em saúde (GUALDA, 2006).

## **2.2 - História da Educação Física no Brasil**

A história da Educação Física no Brasil está ligada à política educacional adotada por cada governo, de acordo com o período político. Sua introdução teve a contribuição de vários setores da sociedade como os colonos, imigrantes, militares, isto em diferentes momentos e partes do país, com o objetivo de proporcionar o lazer, a formação corporal, e a disciplina, utilizando jogos, exercícios físicos, recreações e competições (ROSA, 2002).

É importante, um pequeno retrospecto para entender alguns condicionamentos históricos que, de algum modo, entravaram a evolução no campo dos exercícios físicos (OLIVEIRA, 1994).

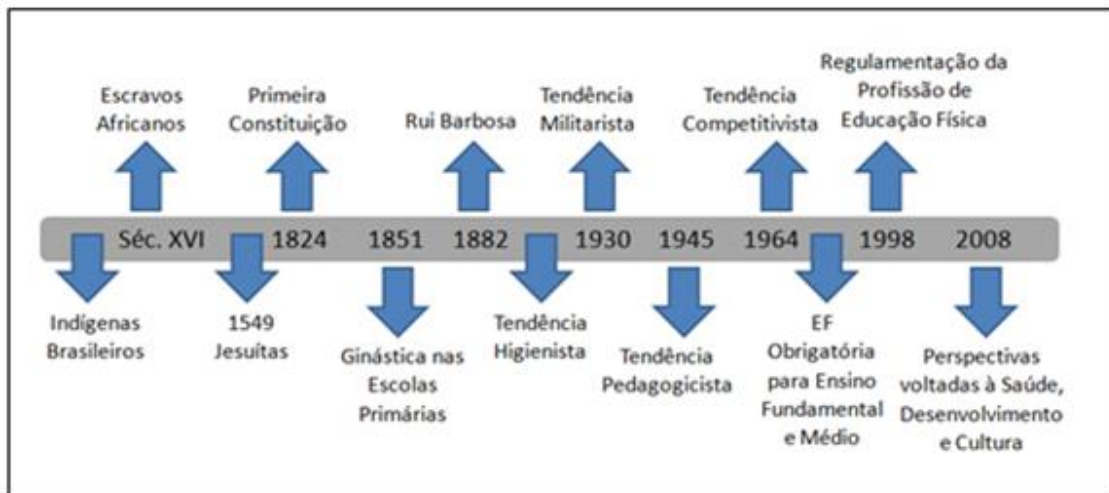


Figura 2: Linha do Tempo História da Educação Física no Brasil adaptada de Oliveira (2004) e Valladão (2009).

Assim como na pré-história, as atividades físicas dos primeiros habitantes do Brasil – os indígenas - eram baseadas na luta pela sobrevivência. A condição de nomadismo não favorecia o aparecimento de hábitos esportivos, porém, faziam parte do dia-a-dia atividades como arco e flecha, natação, luta, caça, canoagem e corridas (OLIVEIRA, 2004).

Ainda no século XVI, chegam ao Brasil os primeiros escravos africanos trazendo a capoeira (misto de ritual e de luta) e integram a "colônia de exploração", a qual apresenta um desenvolvimento social insatisfatório (VALLADÃO, 2009). Porém, com a chegada dos jesuítas em 1549, deu-se o início oficial da história da educação brasileira. Responsáveis pela catequização dos índios, introduziram de maneira imposta o aprendizado intelectual e exercícios físicos (forma de liberar as tensões que lhes estavam sendo impostas).

Apesar da emancipação política em 1822 e a primeira Constituição em 1824, o imperador ainda possuía poderes ilimitados. Mais ou menos por essa época tem início, efetivamente, a história da Educação Física no Brasil (CUNHA, 2009).

Em 1851, começa a legislação referente à matéria, obrigando a prática da ginástica nas escolas primárias do Município da Corte (Rio de Janeiro). A ginástica alemã (adotada nos meios militares) foi adotada nos meios escolares e provocou reações por parte daqueles que viam a Educação Física como elemento da Educação, e não um mero instrumento para adestramento físico (OLIVEIRA, 2004).

Em 1882 Rui Barbosa é o primeiro a valorizar a área. Defendia na época que a Educação Física deveria enraizar na juventude hábitos higiênicos, a saúde individual das pessoas, e saúde moral na quais os jogos, o desporto e a ginástica deveriam levar à esse fim. Além da equiparação de seus professores aos das outras disciplinas. Acreditava que é

necessário ter um corpo saudável para ativar o intelecto (uma verdadeira utopia para a época). Assim, a tendência Higienista predominou com fortes relações ao liberalismo (CUNHA, 2009).

Durante a Segunda Guerra Mundial, a tendência Militarista apresentava a função de preparo do cidadão à guerra – Educação Física seletora e eugenista – ensinando ginástica com a intenção de formar homens fortes, disciplinados, com boa aparência física e resistente a doenças, a qual deixou de herança equipamentos públicos de lazer desta época (OLIVEIRA, 2004).

A tendência Pedagogicista, ao contrário da Higienista e da Militarista, coloca de forma sistemática e contundente, a Educação Física como uma atividade prioritariamente educativa. Existe uma diferença entre instrução e educação, assim algumas disciplinas escolares são instrutivas outras, como a Educação Física, educativas. Nesse contexto, a Educação Física é encarada como algo útil e bom à sociedade, além de propagar o sentimento de valorização profissional que permeia essa tendência, que predominou entre 1945 e 1964 (CUNHA, 2009).

Segundo Rosa (2002) em 1961 a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional torna obrigatória a Educação Física no primário (atualmente o período entre o 1º e o 5º ano) e no colegial (atual Ensino Médio).

A tendência Competitivista (hierarquização e elitização social) é a tendência da ditadura militar pós 64, onde os competitivistas são voltados ao culto do atleta-herói, onde o mais importante é aquele que sobe ao pódio. No “desporto de alto nível” que é o “desporto espetáculo”, há uma exacerbação de interesses neste, por parte dos meios de comunicação, explicitamente incutido na população pelo governo militar. Uma vez que o povo está mais preocupado com o rendimento de seus heróis nas Olimpíadas e Copas do Mundo, a atenção para os abusos cometidos pela ditadura é desviada (MELO, 2003).

Em 1971 a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional torna obrigatória a Educação Física para o 1º e o 2º grau (atual Fundamental e Médio) e em 1980 surgem novas idéias sobre o papel da Educação Física. A Lei 9696/98 é sancionada, e em 1º de setembro de 1998 a Educação Física é regulamentada como profissão (CUNHA, 2009).

A partir de sua regulamentação, a Educação Física buscou ampliar representações sociais de saúde, além de fundamentar seu trabalho profissional e perpetuar a noção de causalidade entre o exercício e a saúde – revelando uma futura tendência entre estilo de vida ativo e qualidade de vida (DEVIDE, 2002).

### 2.3 - Histórico e Contexto do SUS no Brasil

O Sistema Único de Saúde (SUS) - formado por uma rede de serviços de caráter público – é considerado uma nova formulação política e organizacional para o redirecionamento dos serviços e ações da saúde. Ou seja, segundo o Ministério da Saúde (2006) o SUS é um sistema (conjunto de unidades, serviços e ações) que interage para um fim comum: Promoção da saúde (ações que buscam eliminar ou controlar as causas das doenças e agravos, ou seja, o que determina ou condiciona o aparecimento de casos); Proteção da saúde (são ações específicas para prevenir riscos e exposições às doenças, ou seja, para manter o estado de saúde) e Recuperação da saúde (são as ações que evitam as mortes das pessoas doentes e as sequelas; são as ações que já atuam sobre os danos).

Segundo o Ministério de Saúde (1990) a construção do SUS se baseia nos preceitos constitucionais e norteia-se pelos princípios a seguir:

- Universalidade: É a garantia de atenção à saúde e direto acesso a todos os serviços de saúde - por parte do sistema a todo e qualquer cidadão (independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda), sendo assim, dever dos governos Municipal, Estadual e Federal.

- Equidade: É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer.

- Integralidade: Reconhece na prática dos serviços que cada pessoa é um todo indivisível – assim como as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e não podem ser compartimentalizadas – integral, bio-psico-social, e deve ser atendido com esta visão pelo sistema de saúde integral (unidades prestadoras de serviço com diversos graus de complexidade).

Sua organização é regida por princípios de regionalização, hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação popular (democrático) e complementaridade do setor privado. Deve ser eficaz e eficiente – principalmente em problemas de saúde coletiva – e para exercer esse controle social são os conselhos e as conferências de saúde, que devem respeitar o critério de composição paritária (participação igual entre usuários e os demais); além de ter caráter deliberativo, isto é, ter poder de decisão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

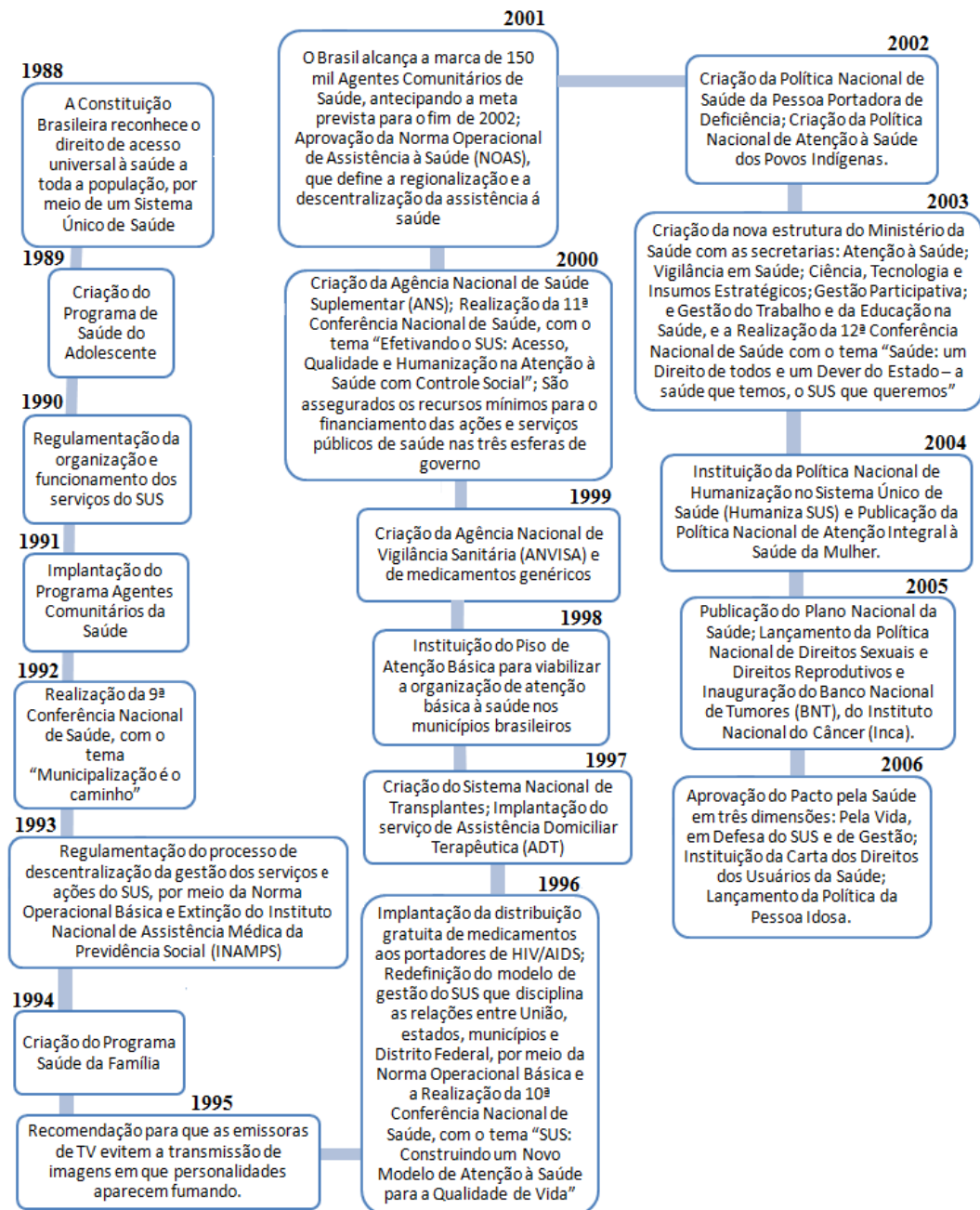


Figura 3: Acontecimentos marcantes da história do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. (Adaptado do site: <http://www.ccs.saude.gov.br/sus20anos/mostra/linhadotempo.html>. (Acessado: 20/07/2011))

## 2.4 - Educação Física e Sistema Único de Saúde (SUS): Formação em Saúde

A inserção dos profissionais de saúde no SUS varia diretamente da profissão, porém os olhares sobre o SUS não diferem muito. Na visão dos gestores, os profissionais que procuram o SUS como espaço de trabalho não têm formação adequada, acusando de

descompromisso a universidade – a qual não oferece aprendizagem adequada - para com o Sistema (CECCIM, 2005).

Segundo Carvalho (2006), determinados cenários de saúde são espaços difíceis de intervir, pois as demandas em saúde são variadas, dispersas e não dirigidas. Apesar destas dificuldades, esta situação pode ser revertida através de qualificação e diálogo entre os profissionais, inserção de equipes multiprofissionais, investimento e construção de outros modos de aprendizagem e trabalho na saúde.

O profissional de Educação Física inserido em equipes de saúde é capaz de desenvolver intervenções em saúde e dentro deste contexto avaliar o estado funcional e morfológico dos sujeitos acompanhados, diagnosticar fatores de risco à saúde, prescrever, orientar, acompanhar as atividades físicas e objetivar a promoção, prevenção/controlar e reabilitação em saúde, em pessoas “saudáveis”, bem como para grupos portadores de doenças e agravos (COQUEIRO, 2006).

Neste contexto considera-se a área da Educação Física reconhecida como interdisciplinar, constituída a partir de fundamentos científicos das ciências da saúde, humanas, biológicas e exatas. As disciplinas que compreendem mais diretamente os conteúdos relacionados à formação do profissional na área da saúde, como a pesquisa, ensino da área do profissional, interação interdisciplinar e possibilidades de locais de atuação, subsidiarão a atuação do mesmo, permitindo compreensão e futuramente a aplicação do conhecimento nos distintos locais de atuação profissional. (CHACON *et al*, 2009).

As interações podem ser: Interdisciplinares quando alguns especialistas discutem entre si a situação de um paciente sobre aspectos comuns a mais de uma especialidade; Multidisciplinares quando existem vários profissionais atendendo o mesmo paciente de maneira independente; Transdisciplinares quando as ações são definidas e planejadas em conjunto. Na prática, poucos são os trabalhos que contemplam essa diferenciação. Independente do termo empregado, há expectativas de que profissionais da saúde sejam capazes de ultrapassar o desempenho técnico baseado em uma única arte ou especialização (NOVO JR. *et al*, 2005).

Utilizando a atividade/ exercício físico como tratamento não farmacológico, o Profissional de Educação Física intervêm nos fatores de risco e socialização da comunidade com base em conhecimentos científicos e desmistificação de concepções equivocadas acerca da prática (modelo biomédico, fragmentado e especializado) que dificultam a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença e também a intervenção sobre seus condicionantes (CARVALHO, 2006).

Sendo assim, a universidade possui papel fundamental na formação de um profissional da área da saúde. O profissional de Educação Física deve estar apto para o trabalho em equipe interprofissional - estilo de educação que prioriza o trabalho em equipe, a integração e a flexibilidade da força de trabalho que deve ser alcançada com um amplo reconhecimento e respeito às especificidades de cada profissão – com o intuito de melhorar a qualidade no cuidado ao paciente.

É de fundamental importância o profissional compreender as múltiplas dimensões envolvidas no processo saúde-doença, a produção de cuidado, a da realidade da saúde e do sistema de saúde vigente em nosso país; Conhecer as diversas profissões e práticas de saúde e o processo de trabalho em saúde, para construir uma visão crítica sobre a produção do conhecimento em geral, do conhecimento científico e do conhecimento na área da saúde (Projeto Pedagógico do curso de Educação Física – Modalidade Saúde da Universidade Federal de São Paulo).

## **2.5 - Inserção do Profissional de Educação Física na Saúde Pública e Saúde Coletiva**

Ao discorrer sobre a Educação Física na Saúde Pública, devemos considerar as políticas públicas instituídas e o benefício da prática da atividade física não se esquecendo de olhar além dos aspectos biológicos do ser humano e do processo de envelhecimento, considerando fatores sociais, culturais, educacionais e econômicos a eles vinculados (CARVALHO, 2006).

Saúde pública, segundo Costa (2006), pode ser definida como:

[...] Um dos esforços organizados pela sociedade para proteger, promover e restaurar a saúde de populações. É a combinação de ciências, habilidades e crenças que estão direcionadas para a manutenção e melhora dos níveis de saúde de todas as pessoas através de ações coletivas ou sociais. Os programas, serviços e instituições envolvidas enfatizam a prevenção das doenças e as necessidades de saúde de toda a população. As atividades de saúde pública mudam de acordo com as inovações tecnológicas e dos valores sociais, mas os objetivos permanecem os mesmos: reduzir na população a quantidade de doença, de mortes prematuras, de desconforto e incapacidades produzidas pelas doenças (p. 128).

Para Freitas (2007, p.149), o profissional de Educação Física no serviço de saúde pública pode significar:

“[...] Uma via entre pesquisa e intervenção, aproximando o que é pensado na Educação Física para a saúde e as possibilidades no campo de atuação, na sua integração com a comunidade; envolvimento maior com outras profissões da saúde, que pode trazer novos elementos para se discutir saúde em nossa área, de forma específica, e na atenção básica, de maneira geral; a orientação e o atendimento de necessidades expressas pelos usuários que chegam aos Centros de Saúde; um espaço de intervenção que ainda precisa ser pensado e conquistado, para que o profissional possa, de forma mais efetiva, ser um ‘elemento’ a mais na busca pela integral saúde das pessoas”.

Segundo Carvalho (2006), as ações da saúde coletiva têm como eixo norteador as necessidades sociais em saúde e, nesse sentido, preocupam-se com a saúde do público (usuário em saúde), sejam indivíduos, grupos étnicos, gerações, classes sociais e populações, instigando uma maior e mais efetiva participação da sociedade nas questões da vida, da saúde, do sofrimento e da morte, na dimensão do coletivo e do social, relacionando-se com a compreensão do que é a Educação Física como área do saber.

A saúde coletiva é um campo de produção de conhecimento e de intervenção profissional especializada, também interdisciplinar, onde não há disputa por limites precisos ou rígidos entre as diferentes escutas ou diferentes modos de olhar, pensar e produzir saúde, ou seja, para a saúde coletiva, ampliar e compartilhar a clínica é construir processos de saúde nas relações entre serviços e a comunidade de forma conjunta, participativa, negociada, trabalhando diferentes enfoques em equipe e compartilhando conflitos (MARTINEZ et al, 2009).

Partindo do entendimento de que saúde é produzida e deteriorada nos contextos sociais, a Saúde Coletiva, portanto, é um campo de conhecimento que procura agir em compasso a um movimento planetário contra a acentuada medicalização e individualização da saúde. Sua constituição histórico-social, aliás, culminou na articulação de práticas teórica, política e ideológica numa luta contra-hegemônica, que materializada no plano técnico-institucional do SUS, possibilitou o encontro entre os cidadãos, o Estado e os agentes de saúde (PAIM, 1997).

## **2.6 - Promoção, Prevenção e Reabilitação de Saúde e Educação Física**

Silva (2005) atribui à Educação Física o papel de divulgar as pessoas sobre fatores importantes no resultado da saúde e bem estar individual tais como a associação entre atividade física, aptidão física, e saúde, os princípios para uma alimentação saudável, as



formas de prevenção de doenças cardiovasculares e o papel das atividades físicas no controle do estresse. Partindo desta atribuição, o Profissional de Educação Física necessita entender práticas e teorias sobre conceitos de promoção, prevenção e reabilitação em saúde.

Todas as experiências que tenham reflexos sobre as práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde serão, de fato, aprendizagens positivas, pois fornecem aos profissionais da saúde meios para compreender as condições, relações e intervenções individuais e coletivas da saúde da comunidade, além de adotar hábitos de autocuidado, respeitando as possibilidades e limites do próprio corpo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

### **2.6.1 -Promoção de Saúde**

A Promoção da Saúde (prevenção primária) é uma estratégia voltada para a produção de saúde geral articulada às tecnologias, políticas e práticas desenvolvidas no sistema público de saúde e demais setores. Busca contribuir com as necessidades sociais em saúde, para além do enfoque da doença (comportamentos alimentares, exercício físico e repouso, contenção de estresse, não ingestão de drogas ou de tabaco) para estimular a co-responsabilidade e a co-gestão entre os diferentes atores e setores da sociedade a fim de melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos, para que resistam às agressões dos agentes (CARVALHO, 2006).

É um modo de pensar e de operar que, articulado às demais estratégias e políticas do SUS – produção de saúde - contribui para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde. Ou seja, comprometer-se com sujeitos e coletividades que expressem crescente autonomia, crescente capacidade para gerenciar satisfatoriamente os limites e os riscos impostos pela doença, pela constituição genética e pelo contexto social, político, econômico e cultural – pela vida (CAPONI, 2003).

O conceito contemporâneo de promoção da saúde surgiu em 1986, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) promoveu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (em Ottawa, Canadá):

“[...] Como produto da Conferência, foi emitida a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde que reforça o conceito ampliado de saúde e seus determinantes para além do setor saúde, englobando conjuntamente as condições biológicas, sociais, econômicas, culturais, educacionais, políticas e ambientais. Ficaram definidos como condições e recursos fundamentais para a saúde: paz, habitação,

educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” (WESTPHAL, 2006, p. 27).

O conceito moderno de promoção da saúde está definido como:

O processo de fortalecimento e capacitação de indivíduos e coletividades (municípios, associações, escolas, entidades do comércio e da indústria, organizações de trabalhadores, meios de comunicação), no sentido de que ampliem suas possibilidades de controlar os determinantes da saúde e, com isso, ensejem uma mudança positiva nos níveis de saúde. Implica na identificação dos obstáculos à adoção das políticas públicas de saúde e em um modo de removê-los, além de considerar a intersetorialidade das ações, a implementação de ações coletivas e comunitárias, além da reorientação dos serviços de saúde (DEMARZO, 2008).

Promover saúde é, portanto, ampliar o entendimento do processo saúde/doecimento, de modo que se ultrapasse a tensão que coloca indivíduo e coletivo em antagonismo, pela conjugação clínica e política, atenção e gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A promoção da saúde, uma das estratégias de organização da gestão e das práticas em saúde, não deve ser compreendida apenas como um conjunto de procedimentos que informam e capacitam indivíduos e organizações, ou que buscam controlar determinantes das condições de saúde em grupos populacionais específicos (DEMARZO, 2010).

Sua maior contribuição a profissionais e equipes é a compreensão de que os modos de viver de homens e mulheres são produtos e produtores de transformações econômicas, políticas, sociais e culturais. Para a promoção da saúde, é fundamental organizar o trabalho vinculado à garantia de direitos de cidadania e à produção de autonomia de sujeitos e coletividades – seja na clínica, na realização e/ou condução de grupos participativos sobre as suas necessidades específicas ou na comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Para Buss (2000), promoção da saúde é:

O conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a níveis individuais e coletivos.

Para que a promoção de saúde obtenha sucesso, os profissionais de saúde são necessários para a continuação do processo de educação em saúde – auxiliar, intervir e

estimular a compreensão e participação em saúde e em todos fatores que interferem na mesma - e não apenas para a sociedade em geral (HEIDMANN et al, 2006).

### **2.6.2 - Prevenção em Saúde**

Engloba estratégias populacionais para detecção precoce de doenças, como por exemplo, o rastreamento de câncer de colo uterino. Também contempla ações com indivíduos doentes ou acidentados com diagnósticos confirmados, para que se curem ou mantenham-se funcionalmente sadios, evitando complicações e mortes prematuras. Isto se dá por meio de práticas clínicas preventivas e de educação em saúde, objetivando a adoção/mudança de comportamentos - alimentares, atividades físicas etc. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Para a prevenção, evitar a doença é o objetivo final. Para a promoção, o objetivo contínuo é um nível ótimo de vida e de saúde, portanto a ausência de doenças não é suficiente (DEMARZO, 2008).

A prevenção pode se estruturar mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos como fator estratégico no combate às injustiças sociais, à violência, ao analfabetismo, à evasão escolar, à exclusão social. Ou ainda, significar a antecipação, leitura prévia e identificação de situações sociais inadequadas que, a curto, médio e longo prazos, possam trazer prejuízos à população (CARVALHO, 2009).

Segundo Pereira (1995), o profissional de Educação Física, no que diz respeito a níveis de prevenção ou medida preventiva, fará uso de sua interferência para evitar doenças e suas conseqüências, estando apto a ações primárias (que evita surgimento), secundárias (evitar progressão) e terciárias (melhoria do desenvolvimento relacionada à reabilitação).

### **2.6.3 - Reabilitação em Saúde**

Segundo Demarzo (2010) a reabilitação em saúde consiste no cuidado de sujeitos com sequelas de doenças ou acidentes, visando a recuperação ou a manutenção do equilíbrio funcional e/ ou emocional.

A reabilitação propicia a redução de incapacidades e deficiências, levando à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo sua reinserção social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde (LÓPEZ *et al*, 2000).

Além de reincorporar a sociedade o usuário em saúde depois de uma enfermidade, a reabilitação em saúde se relaciona a uma ótima capacidade de trabalho tanto física como mentalmente em diversas especialidades (Ortopedia, Neurologia, Cardiologia, Endocrinologia, Oncologia, etc.) e o processo de reabilitação, tendo em vista seu compromisso com a inclusão social, deve ocorrer o mais próximo possível da moradia, de modo a facilitar o acesso, a valorizar o saber da comunidade e a integrar-se a outros equipamentos presentes no território (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A Educação Física terapêutica está inserida nas práticas do Profissional de Educação Física, o qual possui a responsabilidade de determinar, indicar, suprimir, controlar e avaliar o efeito do exercício físico de acordo com o processo de recuperação ou reabilitação do enfermo (DEMARZO, 2010).

Atualmente, a participação do Profissional de Educação Física em equipe multidisciplinar de reabilitação é um fato normal, cotidiano e imprescindível em muitos países, tanto desenvolvidos como não desenvolvidos. Os mesmos são utilizados em institutos de medicina especializados em determinado sistema humano (cardiologia, angiologia, endocrinologia, neurologia e outros), hospitais em geral, centros de reabilitação, clínicas de emagrecimento, centros comunitários de reabilitação, trabalho com a terceira idade e em escolas de educação especial nas quais este profissional já possui em amplo campo de ação e atuação (LÓPEZ *et al*, 2000).

## **2.7 - Atenção à saúde: Atenção Básica e Atenção Especializada**

Atenção à saúde é tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. Segundo o Ministério da Saúde (2008) no SUS, o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, que são a básica, a de média complexidade e a de alta complexidade.

Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema, porém, não se deve considerar um desses níveis de atenção mais relevante que outro, porque a atenção à Saúde deve ser integral. Nem sempre um município necessita ter todos os níveis de atenção à saúde instalados em seu território para garantir a integralidade de atendimento à sua população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Caracterizada por um conjunto de ações de saúde que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a

manutenção da saúde, a atenção básica está inserida no âmbito individual e coletivo, e tem o papel de resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (SUS, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (2010) a atenção especializada (hospitalar) representa um conjunto de ações e serviços de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde realizados em ambiente hospitalar e sua importância na organização da rede de assistência, seja pelo tipo de serviços ofertados e a grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumido pelo nível hospitalar.

## **2.8 - Clínica Ampliada**

O conceito de clínica está centrado na questão médico-paciente. No entanto, a clínica não se limita às expressões de doença, portador, diagnóstico e tratamento. Muito mais que isso, a clínica envolve um conjunto de sinais e sintomas que se expressam de determinados modos em cada indivíduo, abrindo inúmeras possibilidades de intervenção e tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A clínica corresponde à prática de atenção ao indivíduo, mas necessita de adequada análise das circunstâncias sociais da vida e da convivência com fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, assim os profissionais poderão atuar com práticas de promoção, prevenção e reabilitação à saúde considerando fatores subjetivos (CARVALHO, 2006).

Assim, a proposta da Clínica Ampliada se direciona a todos os profissionais que fazem clínica, ou seja, os profissionais de saúde na sua prática de atenção aos usuários. Toda profissão faz um recorte, um destaque de sintomas e informações, cada uma de acordo com seu núcleo profissional. Ela propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Segundo Cunha (2004), Clínica Ampliada é um compromisso com o sujeito visto de modo singular, com as implicações concretas do cotidiano, suas relações afetivas, seu trabalho, aspectos culturais, entre outros. Ou seja, visa o sujeito, a doença, a família e o

contexto em que o mesmo está inserido, tendo como objetivo produzir saúde (eficácia terapêutica) e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade.

A Clínica Ampliada engloba a eficácia de equipes multidisciplinares com a complexidade do trabalho em saúde, valorizando todas as áreas envolvidas. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A Educação Física – assim como outros profissionais que atuam na área da saúde - deve seguir esta premissa e transformar a atenção individual e coletiva do sujeito, a fim de possibilitar a compreensão de aspectos não somente biológicos, mas sim de limites técnicos em saúde através de construções interdisciplinares e intersetoriais utilizando-as como suporte pra sua atuação e intervenção. (CUNHA, 2004).

## **2.9 - Ações Intersetoriais em Saúde**

Considerada uma estratégia política complexa, a intersetorialidade corresponde à fragmentação de políticas e de articulações de diferentes setores na resolução de problemas de gestão na saúde e de estratégias que garantem o direito à saúde, ou seja, permite que diferentes setores do governo e de outras instituições de saúde atuem na formulação e no acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Remete-nos assim, ao conceito/idéia de rede, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações e envolvimento da sociedade em movimentos sociais no processo de saúde e conseqüentemente na qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

As ações intersetoriais consideram o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança, Alimentar e outros (AYRES, 2002).

Por articular saberes e experiências no planejamento, execução e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas, o desafio colocado para a concretização da intersetorialidade é o modelo tradicional de fragmentação e desarticulação das ações. A mudança radical das práticas e da cultura organizacional das administrações se

mostra necessária, pressupondo a superação da fragmentação na gestão das políticas públicas (WESTPHAL, 2006).

## **2.10 - Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família em ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação, além da humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) reúne profissionais de diversas áreas de Saúde, como médicos, profissionais de Educação Física, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais que constituem equipes profissionais as quais atuam nas práticas em saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O trabalho no NASF solicita que a formação inicial e a educação permanente dos profissionais da saúde favoreçam o desenvolvimento de habilidades e competências para realizar um diagnóstico situacional das condições de vida e de saúde dos grupos sociais de um dado território, assim como para planejar intervenções em saúde capazes de enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, prestando assistência e desenvolvendo ações educativas para estimular o auto-cuidado e emancipação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Dentre as dificuldades que estão sendo identificadas no processo de trabalho do NASF está a formação dos profissionais que não atende às necessidades do SUS, muito menos da Atenção Básica (vínculo, acolhimento, escuta e o próprio trabalho em equipe) indispensáveis para a proposta do NASF (NUNES, 2005).

Além do conhecimento técnico específico adquirido na formação inicial, profissionais de saúde necessitam de conhecimento sobre as políticas públicas de saúde, território, perfil epidemiológico da população e rede de cuidados. Além disso, é importante que os profissionais tenham habilidade técnica específica para abordar o paciente, acolher, ouvir, comunicar-se e trabalhar em equipe (NASCIMENTO, 2008).

## **2.11 - Residência Multiprofissional**

Modalidade de ensino que converge os princípios e diretrizes do SUS com uma teoria pedagógica relacionada à saúde. Sob a forma de curso de especialização/ pós-graduação, a residência multiprofissional é caracterizada pelo ensino em serviço sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Por promover mudanças no modelo tecno-assistencial a partir da atuação em equipe (locais e regionais), constitui um processo de educação permanente em saúde, a qual possibilita e promove não só o contato entre o mundo de trabalho e o mundo da formação, mas a afirmação do trabalhador na sociedade onde vive (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Segundo Novo Jr. et al (2005) toda ação multiprofissional deve caracterizar-se pela clareza de sua missão e pela definição das relações interpessoais. Dessa forma, a residência multiprofissional pretende aproximar a formação profissional em saúde da realidade social e do trabalho no SUS, qualificando os profissionais para atuarem no sistema que visam uma formação coletiva inserida no mesmo ‘campo’ de trabalho, sem deixar de priorizar e respeitar os ‘núcleos’ específicos de saberes de cada profissão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

## **2.12 - Conceito de Exercício Físico e Atividade Física**

Apesar de relacionados, exercício físico e atividade física não podem ser considerados sinônimos (NAHAS 2006). Isto porque, o exercício físico se define como toda atividade que envolva geração de força pelos músculos ativos (KOMI 2006) e incluem atividades de nível moderado ou intenso, de natureza dinâmica ou estática, a qual busca o desenvolvimento da aptidão física, de habilidades motoras ou a reabilitação orgânico-funcional. Considerada ainda, uma atividade física planejada, estruturada, repetitiva e intencional (MCARDLE 2008).

Ao contrário do exercício físico, segundo o Conselho Regional de Educação Física (CREF), atividade física é definida como “todo movimento corporal voluntário humano, que resulta num gasto energético acima dos níveis de repouso, caracterizado pela atividade do cotidiano e pelos exercícios físicos”, ou seja, todo movimento corporal



produzido pela contração muscular e que faz aumentar o dispêndio de energia (MACARDLE 2008).

Considerada uma característica inerente ao ser humano, o movimento humano: Atividade e exercício físico – por suas dimensões biológicas, culturais e interdisciplinares - vem atraindo a atenção de pesquisadores, da mídia e da saúde. Por serem consideradas como uma alternativa não farmacológica na prevenção e tratamento de doenças, seus benefícios incluem aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais tais como: aumento da massa muscular, redução da gordura corporal, melhoria das funções cardiorrespiratórias, redução dos fatores de risco de doenças coronarianas, menor risco de doenças adquiridas, alívio do stress, tensões e depressão, melhoria da flexibilidade e melhoria da saúde mental e cognitiva (NAHAS, 2006).

### **2.13 - Práticas Corporais**

O conceito de práticas corporais apresenta-se de forma distinta dos conceitos de atividade física e exercício físico, já que atribui sentidos e significados aos modos de se expressar corporalmente, ou seja, o ser humano em movimento (WARSCHAUER *et al*, 2007).

As práticas corporais se diferem, significativamente, dos conceitos de atividade física e exercício físico, pois considera o ser humano em movimento - gestualidade e expressão corporal - atribuindo valores, sentidos e significados ao conteúdo e à intervenção (Carvalho, 2006).

De acordo com Silva e Damiani (2005) “expressar” intenções por meio do corpo sob o aspecto da construção cultural e a da linguagem constituem variadas formas de expressão corporal.

Por contemplar duas racionalidades: a ocidental (modalidades esportivas, ginásticas, caminhadas) e a oriental (Tai-Chi-Chuan, Lian Gong, Yoga, Automassagem ou Do-in), as práticas corporais são “olhadas” a partir das ciências humanas e sociais, das artes, da filosofia e dos saberes populares, sem desconsiderar as ciências biológicas e naturais. Estabelecem, portanto, estreito diálogo entre outras áreas do conhecimento, numa perspectiva interdisciplinar e intersetorial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Ao estimular a interação mente - corpo, as Práticas Corporais proporcionam aos participantes maior consciência da sua integralidade enquanto ser humano, levando à

melhoria da qualidade de saúde e de vida, atuando e sendo indicada para qualquer pessoa interessada na promoção de saúde, prevenção e auxílio no tratamento de doenças e contribuindo também para a humanização dos serviços de saúde - valorização, autonomia e fortalecimento de profissionais de saúde, gestores, usuários e acompanhantes, inseridos no contexto de produção de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

As práticas corporais no sistema público de saúde ampliam a relação entre a atividade física e saúde para além do simples “fazer” em busca de melhoras funcionais e fisiológicas, possibilitando novos modos de pensar, viver e se relacionar consigo mesmo, com o outro e com o meio em que se vive (CARVALHO, 2006).

Usuários em saúde com dores no corpo, problemas articulares, posturais ou outros assim como a necessidade de uma maior socialização, constituem indicações importantes. A eficácia das práticas corporais está diretamente relacionada com a disposição individual para a prática regular e sistemática do autocuidado. Além disso, não há quaisquer efeitos secundários negativos se o método e os limites físicos individuais forem devidamente respeitados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Ao transformar o comportamento dos indivíduos em relação ao seu corpo, apontando para a percepção das mesmas, as práticas corporais atuam como veículo facilitador de autoconhecimento, de obtenção de saúde, de diminuição de tensões, de obtenção de equilíbrio, da percepção da própria individualidade (CAVALCANTI, 2008). Essas práticas podem trazer benefícios para o corpo, considerando as histórias das pessoas, seus desejos, sem se deixar levar modismos, nem pelos determinismos, sem qualquer tipo de reflexão crítica (MENDES, 2007).

As práticas corporais propiciam elevada excitação somática produzida no corpo pelo movimento, elevam os batimentos cardíacos e de tônus muscular, a expectativa de prazer e satisfação, e a possibilidade de gritar e comemorar, configurando contextos sentimentais considerados objetos de ensino e aprendizagem. A comunicação corporal implica sentidos diversos: saúde, estética, desempenho esportivo, arte, vida e morte (NÓBREGA, 2005).

Para Yara Carvalho (1995), direta ou indiretamente a Educação Física tem como objeto de estudo o corpo que por sua vez

“representa, a depender da época e do espaço, valores vigentes na sociedade [...] as necessidades atribuídas ao corpo têm diferentes significados relacionados à sociedade, incorporando suas especificidades, desejos reprimidos, outras vezes incentivados, de acordo com o contexto no qual se inserem” (p.33).

O exercício físico/ atividade física/ práticas corporais podem ser considerados não apenas como um estímulo biológico, mas sim um fenômeno que envolve dimensões psicológicas, sociais e culturais, mostrando-se integrado por diversos aspectos – não quantificáveis – limitando a avaliação de sua eficácia nos processos de saúde – doença (MIRA, 2003).

Embora a formação e origem da Educação Física sempre estiveram atrelados a área da saúde, somente em 1997 o Profissional de Educação Física foi reconhecido como profissional da saúde (Resolução nº 218/CNS/1997).

Segundo o Conselho Federal de Educação Física (2002), o Profissional de Educação Física é especialista em:

Atividades físicas, nas suas diversas manifestações - ginásticas, exercícios físicos, desportos, jogos, lutas, capoeira, artes marciais, danças, atividades rítmicas, expressivas e acrobáticas, musculação, lazer, recreação, reabilitação, ergonomia, relaxamento corporal, ioga, exercícios compensatórios à atividade laboral e do cotidiano e outras práticas corporais, tendo como propósito prestar serviços que favoreçam o desenvolvimento da educação e da saúde, contribuindo para a capacitação e/ou restabelecimento de níveis adequados de desempenho e condicionamento fisiocorporal dos seus beneficiários, visando à consecução do bem-estar e da qualidade de vida, da consciência, da expressão e estética do movimento, da prevenção de doenças, de acidentes, de problemas posturais, da compensação de distúrbios funcionais, contribuindo ainda, para a consecução da autonomia, da auto-estima, da cooperação, da solidariedade, da integração, da cidadania, das relações sociais e a preservação do meio ambiente, observados os preceitos de responsabilidade, segurança, qualidade técnica e ética no atendimento individual e coletivo (p. 225).

O profissional de Educação Física, juntamente com os órgãos públicos de saúde, pode atuar diretamente nas comunidades, vivenciando as necessidades e realidades das mesmas, trabalhando nos locais disponíveis para a prática de atividade física, em prol de uma melhor qualidade de vida da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

### **3. MATERIAIS E MÉTODOS**

O presente estudo possui abordagem metodológica mista - caráter qualitativo e quantitativo - caracterizado por um estudo transversal.

Este tipo de pesquisa, predominantemente qualitativa, responde à complexidade dos objetos de estudo no campo da saúde que implicam na composição de elementos biológicos e sociais, a fim de captar o "significado e a intencionalidade" inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais (MINAYO, 2005).

Nesta perspectiva, Barros *et al* (2003), afirmam que determinados objetos e problemas de pesquisa, dado seu caráter contextual, complexo e multicausal, podem ser menos controlados e necessitam de métodos e técnicas diferenciadas de investigação.

A metodologia mista recorre a características associadas a ambas as formas de inquérito, quantitativa e qualitativa, as quais asseguram aos resultados maior consistência e mais a diante, novos conhecimentos (MORAIS, 2007).

#### **3.1 Voluntários**

O presente estudo selecionou 12 Profissionais de Educação Física atuantes na área da saúde em diferentes cenários.

O processo de seleção priorizou profissionais da região da Baixada Santista – SP, localidade em que está inserida a Universidade Federal de São Paulo – Campus em que se situa o curso de Educação Física, a fim de delimitar a região de atuação dos voluntários.

##### **3.1.1 Critérios de Inclusão**

Foram incluídos no estudo:

- Profissionais de Educação Física graduados em Educação Física, inseridos em diferentes cenários – públicos e particulares – que promovam saúde, formação em saúde e cuidado situados na Baixada Santista (SP).

##### **3.1.2 Considerações Éticas e Legais**

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – N° CEP 1777/11.

## **3.2 Instrumentos**

Para a realização da coleta de dados foi utilizado um questionário misto (aberto e fechado) para análise do perfil, formação, metodologia das intervenções de cada profissional e por fim a caracterização dos profissionais de Educação Física que atuam em diferentes cenários da saúde, assim como sua intervenção em diferentes cenários. (Apêndice I).

O estudo utilizou análise documental (banco de dados CNES - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) como instrumento de auxílio para o mapeamento de profissionais de saúde específicos (profissionais de Educação Física que atuam na área da saúde).

A seleção e a abordagem, com anuência do voluntário, ocorreram via eletrônica (email) e os mesmos receberam um resumo sobre o estudo (Apêndice II) a fim de esclarecer os objetivos do estudo.

### **3.2.1 Questionário**

O questionário possui o intuito de analisar e sistematizar as seguintes variáveis:

- Setor de atuação do profissional de educação física;
- Intervenção nos três níveis de atenção em saúde (atenção básica, secundária e terciária) e respectivas práticas corporais adotadas;
- Número, perfil, formação e o tipo de intervenção dos profissionais de educação física envolvidos;
- Objetivo, conteúdo, metodologia, didática e a atuação dos mesmos;

## **3.3 Procedimentos**

### **3.3.1 Protocolo do Estudo**

Inicialmente (período correspondente ao mês de agosto de 2011) ocorreu o mapeamento de Profissionais de Educação Física que atuam em diversos cenários, situados na Baixada Santista – SP. Após este mapeamento, foram selecionados 12 profissionais de educação física que responderam a um questionário (aplicado individualmente em forma de entrevista) com o intuito de identificar características e perfil de atuação dos profissionais de educação física envolvidos na área da saúde.

### **3.4 Análise dos Dados**

O tratamento das variáveis descritas e avaliadas foi realizado através da análise de conteúdo, da distribuição da frequência das respostas e representação gráfica.

## 4 - RESULTADOS

A partir dos questionários foram obtidas informações sobre o perfil, formação e práticas de intervenção do Profissional de Educação Física na área da saúde, as quais serão mostradas a seguir.

No gráfico 1 são apresentados os dados referentes à idade dos voluntários em valor absoluto. A média de idade corresponde uma faixa entre 30 a 50 anos. A idade média dos voluntários foi de 35,75 anos.

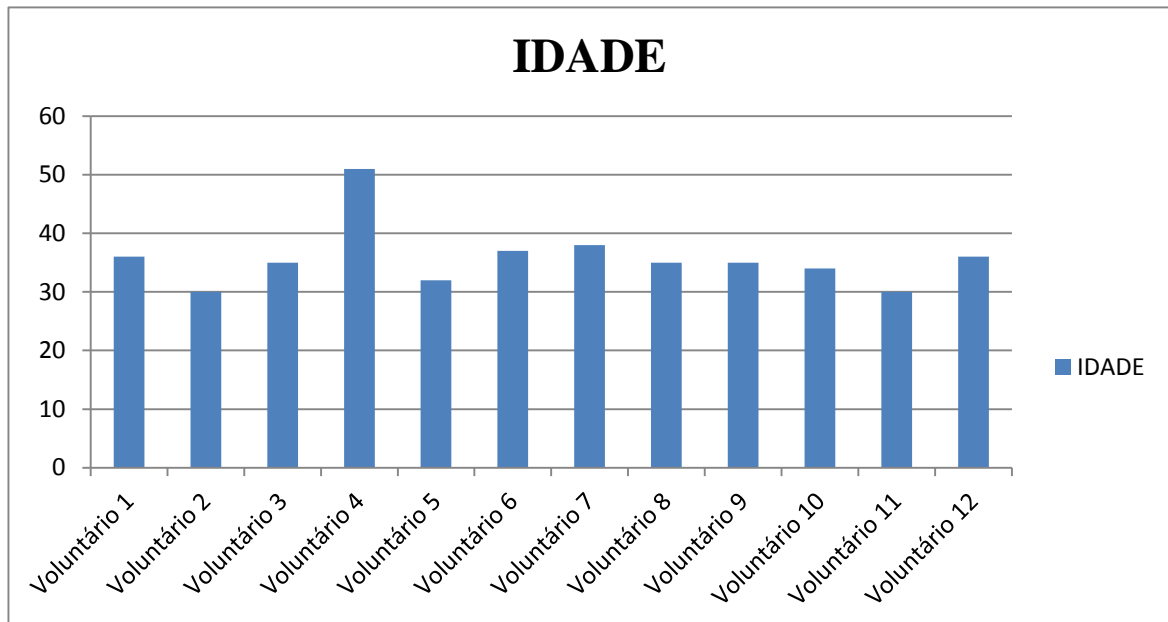


Gráfico 1. Identificação do profissional de Educação Física e caracterização da amostra conforme a faixa etária: Idade dos voluntários em anos (n=12).

No gráfico 2 podemos observar a predominância do sexo masculino em comparação com o sexo feminino. A cada três voluntários que participaram do estudo, um era do sexo feminino.

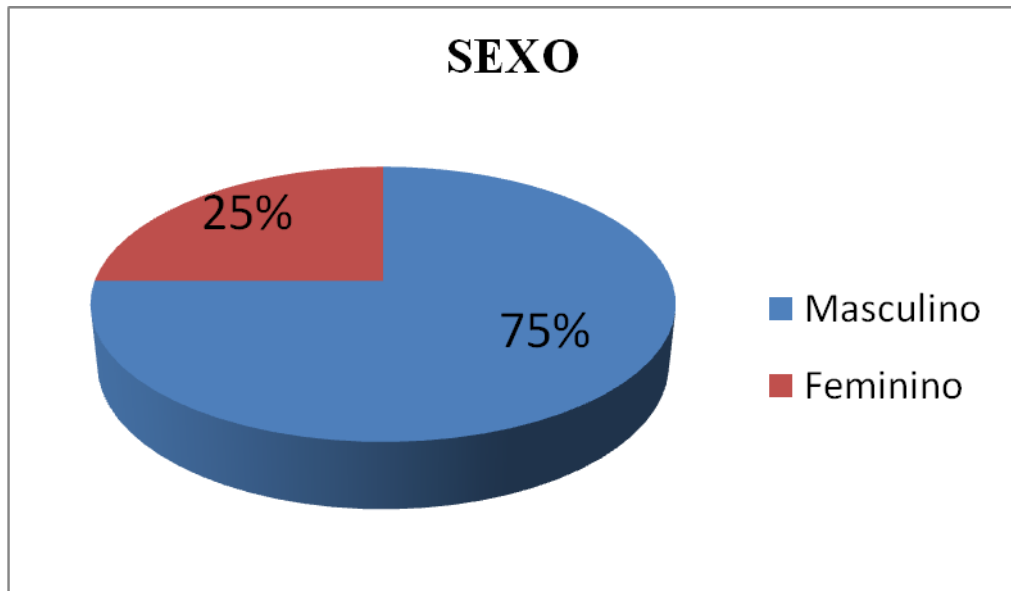


Gráfico 2. Porcentagem de identificação do profissional de Educação Física conforme o sexo: Sexo dos Voluntários (n=12).



No gráfico 3 há variações em relação ao tempo de atuação na modalidade de intervenção descrita pelos profissionais de Educação Física na área da saúde. A média de tempo corresponde uma faixa de 2 a 20 anos. A média do tempo de atuação foi de 8,916 anos.

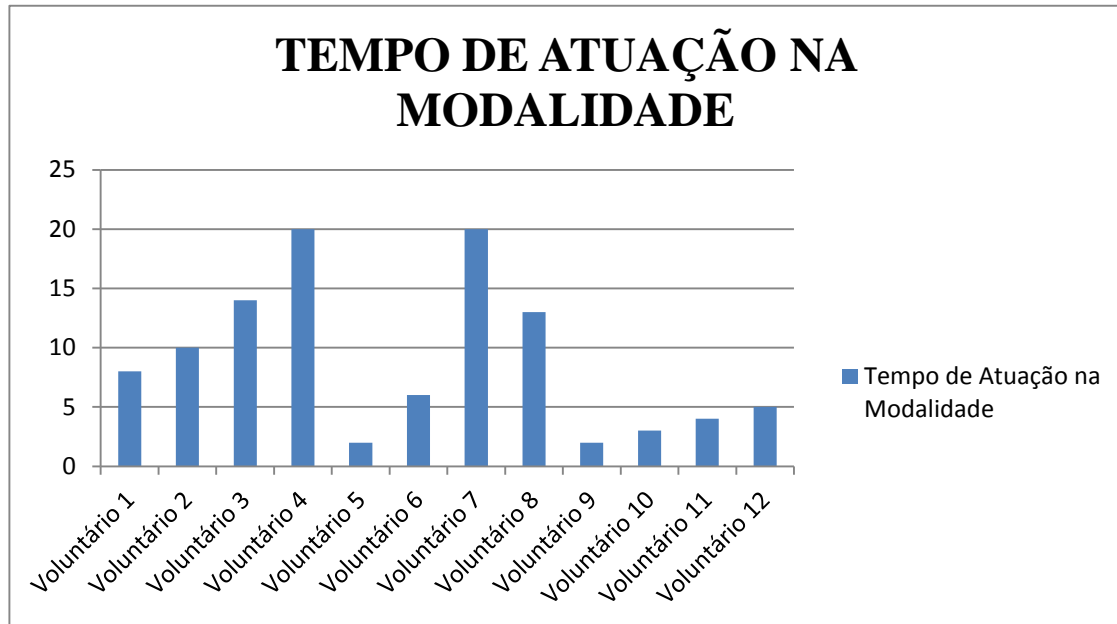


Gráfico 3. Identificação do perfil de atuação do profissional de Educação Física: Tempo de atuação na modalidade em anos (n=12).

No quadro 1 são apresentados os cenários de atuação do profissional de Educação Física na área da saúde. Os dados variam de acordo com a interpretação do voluntário e estão inseridos nas três áreas de atenção à saúde, além de incluir a Universidade como cenário de atuação.

<b>1. CENÁRIO DE ATUAÇÃO</b>	
Voluntário 1	Saúde
Voluntário 2	Sistema de Saúde Suplementar
Voluntário 3	Ensino Superior
Voluntário 4	Doenças metabólicas
Voluntário 5	Unidades Básicas de Saúde/ Unidades de Saúde da Família
Voluntário 6	Universidade
Voluntário 7	Ensino/ Educação
Voluntário 8	Universitário/ Extensionista/ Pesquisa
Voluntário 9	Universidade
Voluntário 10	Universidade
Voluntário 11	Saúde
Voluntário 12	Spa e SUS

Quadro 1. Identificação do perfil de atuação do profissional de Educação Física na área da saúde: Diferentes cenários de atuação.

No quadro 2 são apresentados os resultados referentes às áreas de atuação do profissional de Educação Física na área da saúde. Observa-se novamente variação de dados e áreas de acordo com a interpretação de cada voluntário, além da Universidade inserida novamente no contexto de formação em saúde que engloba as diversas áreas de atuação citadas no quadro abaixo.

<b>2. ÁREA DE ATUAÇÃO</b>	
Voluntário 1	Medicina Preventiva/ Saúde
Voluntário 2	Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica
Voluntário 3	Educação e Pesquisa
Voluntário 4	Obesidade, Nutrição, Exercício/ Síndrome Metabólica
Voluntário 5	Promoção de saúde e Condicionamento Físico voltado para Qualidade de vida
Voluntário 6	Fisiologia e Bioquímica do exercício com ênfase na Imunologia do exercício
Voluntário 7	Ensino Superior
Voluntário 8	Fisiologia do exercício/ Obesidade/ Esporte
Voluntário 9	Exercício Físico e Saúde
Voluntário 10	Educação Física
Voluntário 11	Educação Física
Voluntário 12	Promoção, Prevenção e Reabilitação em Saúde

Quadro 2. Identificação do perfil de atuação do profissional de Educação Física na área da saúde: Diferentes áreas de atuação.

No quadro 3 observa-se dados variados referentes à intervenções ou programas de atuação do profissional de Educação Física na área da saúde. Os dados correspondem a ações dos voluntários em serviços de promoção, prevenção/control e reabilitação em saúde, além formação e especialização em práticas e conceitos de saúde.

<b>3. INTERVENÇÃO OU PROGRAMA DE ATUAÇÃO</b>	
Voluntário 1	Gerenciamento de doentes crônicos
Voluntário 2	Medicina preventiva
Voluntário 3	Trabalho em saúde
Voluntário 4	Interdisciplinar em obesidade e comorbidades
Voluntário 5	Núcleo de apoio à saúde da família (NASF)
Voluntário 6	Aulas para graduação e pós-graduação
Voluntário 7	Grupos de extensão
Voluntário 8	Exercícios e Atividades para mulheres obesas
Voluntário 9	Exercício físico para controle do diabetes e hipertensão
Voluntário 10	Ensino, Pesquisa e Extensão
Voluntário 11	Recreação Hospitalar e Ginástica Laboral
Voluntário 12	Saúde e Doenças Crônicas

Quadro 3. Identificação do perfil de atuação do profissional de Educação Física na área da saúde: Diferentes intervenções e Programas de atuação.

No quadro 4 são descritos dados correspondentes à unidades de atuação do profissional de Educação Física na área da saúde. Observa-se o predomínio de unidades públicas e privadas de saúde, além da Universidade.

<b>4. UNIDADE DE ATUAÇÃO</b>	
Voluntário 1	Santos
Voluntário 2	Santos
Voluntário 3	Universidade
Voluntário 4	Santos
Voluntário 5	Santos
Voluntário 6	Santos
Voluntário 7	Universidade
Voluntário 8	Universidade
Voluntário 9	Baixada Santista
Voluntário 10	Não respondeu
Voluntário 11	Baixada Santista
Voluntário 12	Baixada Santista

Quadro 4. Identificação do perfil de atuação do profissional de Educação Física na área da saúde: Variadas unidades de atuação.

No gráfico 4 questiona-se a participação do voluntário (profissional de Educação Física na área da saúde) em grupos interdisciplinares. A maioria dos voluntários (83%) respondeu afirmativamente, enquanto o restante dos voluntários (17%) respondeu não participar de grupos interdisciplinares.

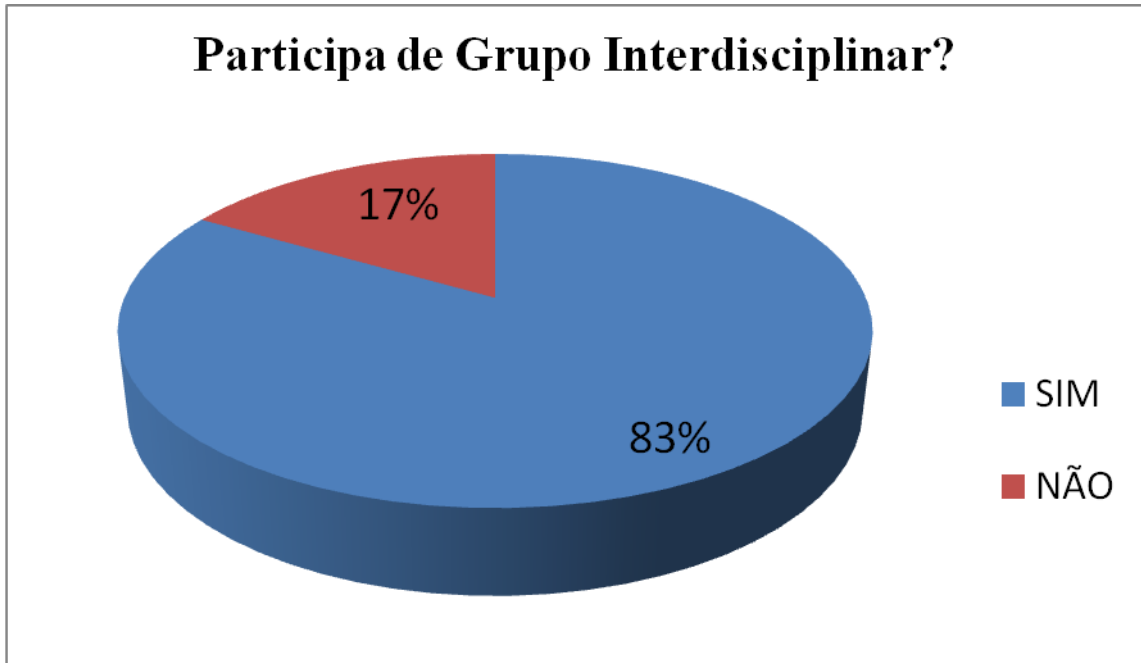


Gráfico 4. Identificação do perfil de atuação do profissional de Educação Física na área da saúde: Participação em grupo interdisciplinar.

No gráfico 5 podemos observar a predominância de voluntários que planejam suas intervenções de maneira interdisciplinar, correspondente a 67%, enquanto voluntários que não planejam intervenções de caráter interdisciplinar correspondem a 17%, igualmente aos voluntários não responderam esta questão.

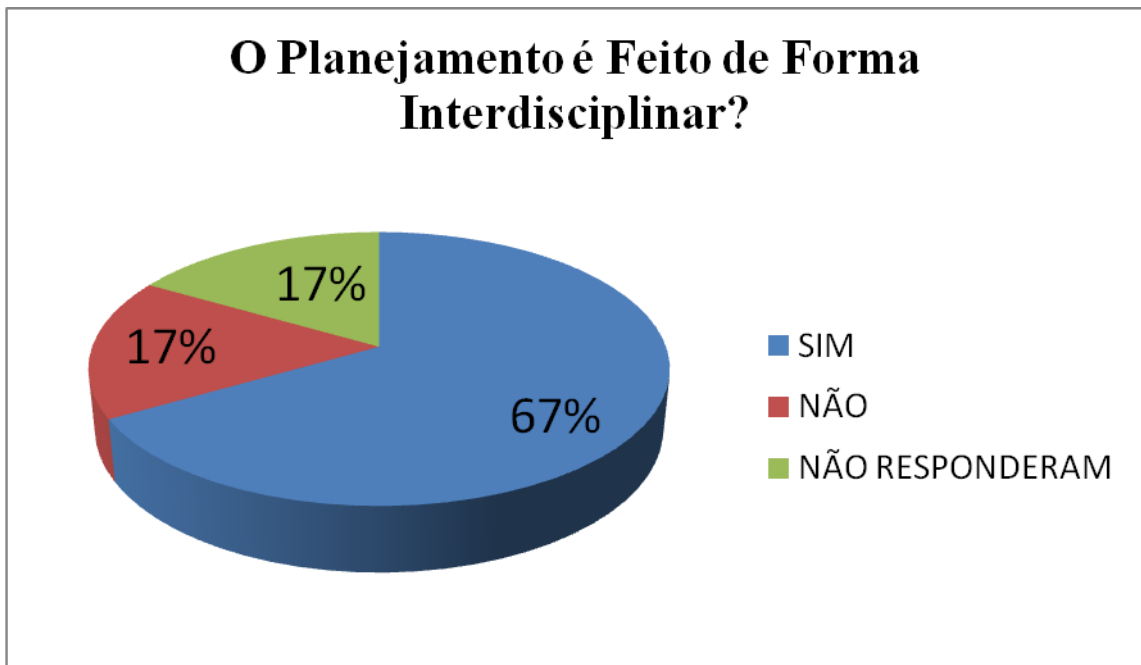


Gráfico 5. Identificação do perfil de atuação do profissional de Educação Física: Planejamento interdisciplinar.

No gráfico 6 os dados são referentes à quantidade de voluntários que realizam intervenções juntamente à equipes interdisciplinares. Verificou-se que 75% dos voluntários responderam afirmativamente, enquanto 25% dos voluntários responderam negativamente esta questão.

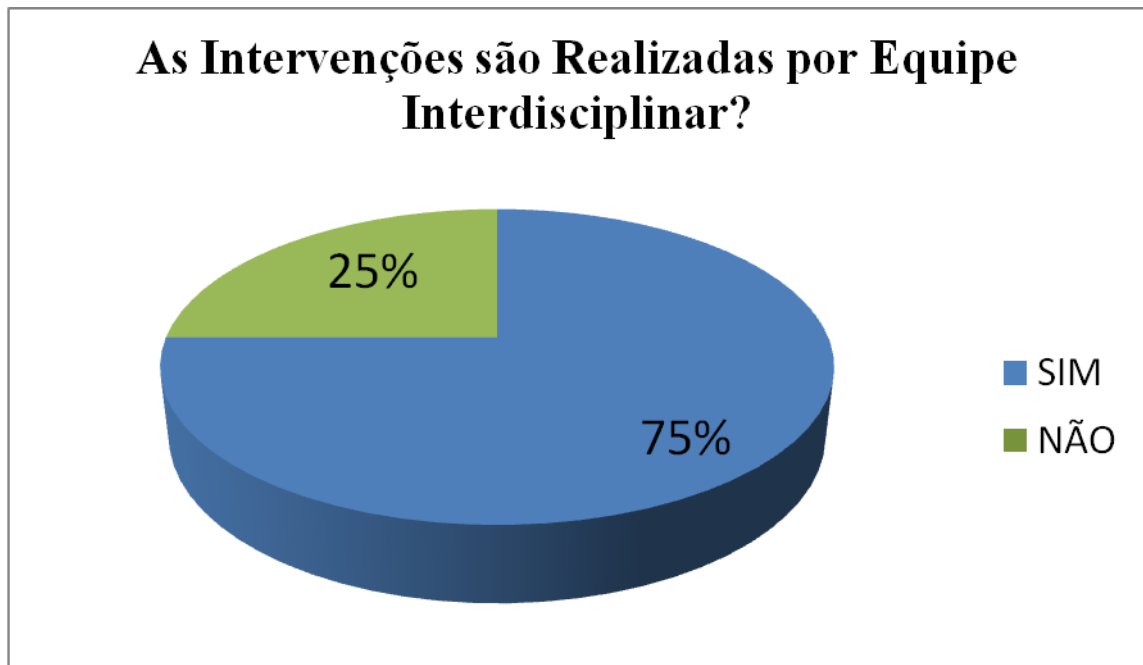


Gráfico 6. Identificação do perfil de atuação do profissional de Educação Física na área da saúde: Porcentagem de voluntários que realizam intervenções juntamente a equipe interdisciplinar (n=12).



O quadro 5 corresponde aos dados obtidos segundo a formação dos voluntários. Observa-se unanimidade na graduação (critério de inclusão do estudo), enquanto especialização, mestrado e doutorado mostram-se diversificados.

<b>5. FORMAÇÃO</b>	
<b>ENSINO SUPERIOR</b>	Educação Física
<b>ESPECIALIZAÇÃO</b>	Fisiologia do Exercício Ciências do Exercício Treinamento Desportivo Clínica Médica
<b>MESTRADO</b>	Programa Interdisciplinar em Biociências Ciências Biológicas Educação Física Educação Clínica Médica
<b>DOCTORADO</b>	Educação Ciências Fisiológicas Nutrição Fisiologia Humana Ciências da Motricidade Biodinâmica da Motricidade

Quadro 5. Variadas formações do Profissional de Educação Física na área da saúde.

No quadro 6 são apresentados os dados obtidos segundo ao tipo de intervenção do profissional de Educação Física na área da saúde. A variação das respostas corresponde à interpretação de cada voluntário e engloba diversos conteúdos da Educação Física na área da saúde.

<b>6. TIPO DE INTERVENÇÃO</b>	
Voluntário 1	Exercício Resistido
Voluntário 2	Exercício Físico Resistido e Aeróbio
Voluntário 3	Educação em saúde para a população local
Voluntário 4	Interdisciplinar
Voluntário 5	Grupos de ginástica geral, Caminhada, Eventos e Promoção de saúde
Voluntário 6	Discussões científicas, Elaboração de projetos de pesquisa e orientações acadêmicas
Voluntário 7	Encontro semanal
Voluntário 8	Exercício Físico aeróbio e ergômetros/ Jogos pré-desportivos em quadra
Voluntário 9	Atividades em grupo (Exercício Físico, Nutrição e Saúde)
Voluntário 10	Aulas
Voluntário 11	Ginástica Laboral em empresas e Recreação em clínicas e hospitais.
Voluntário 12	Atividades em grupo

Quadro 6. Identificação dos Tipos de Intervenção do Profissional de Educação Física na área da saúde.

No quadro 7 visualiza-se dados referentes aos materiais utilizados durante as intervenções do profissional de Educação Física na área da saúde. Podemos observar semelhanças entre o estilo de material utilizado pelos voluntários (aparelhos tradicionais da Educação Física) e ainda a utilização de recursos presentes em outras áreas da Educação Física.

<b>7. MATERIAIS UTILIZADOS</b>	
Voluntário 1	Pesos livres, Aparelhos de musculação, <i>Thera Band</i> , Bolas
Voluntário 2	Sala de treinamento resistido, Esfigmomanômetro, Oxímetro de pulso, Pesos livres e Bola sueca
Voluntário 3	Papel, Caneta, Garrafas <i>PET</i> , Baldes, Alimentos
Voluntário 4	Materias de Tratamento Clínico
Voluntário 5	Halteres adaptados e convencionais, Caneleiras de até 2 kg, Bastões, Colchonetes, Elásticos, Aparelhos de som, Criatividade
Voluntário 6	Livros, Artigos científicos, Material de laboratório, Computador e <i>Datashow</i>
Voluntário 7	Aparelho de som, Figurinos de teatro, Equipamentos de ginástica artística e acrobática
Voluntário 8	Cicloergômetro, Esteiras, Bolas, Cones, Cordas e Arcos
Voluntário 9	Halteres, Flexores e Extensores elásticos, Caneleiras
Voluntário 10	Colchões
Voluntário 11	Aparelho de som, Brinquedos e Fantasias
Voluntário 12	Objetos recicláveis e Sala de musculação

Quadro 7. Identificação do perfil de intervenção do Profissional de Educação Física: Materiais utilizados durante as intervenções.

No gráfico 7 está representado o tempo médio de cada atividade realizada pelos voluntários. Atribui-se ao tempo de cada atividade, a influência direta do tipo de intervenção, a qual varia de 15 minutos a até 300 minutos. A média geral corresponde a 82,5 minutos.

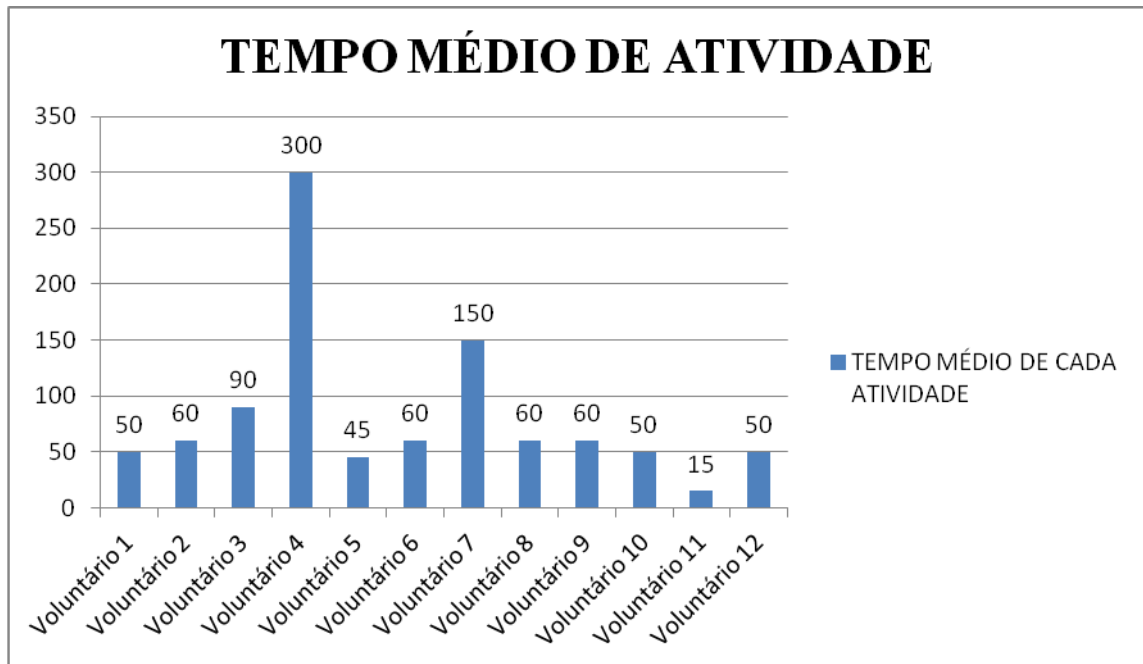


Gráfico 7. Tempo médio de cada atividade em minutos, realizada pelo profissional de Educação Física na área da saúde.

O quadro 8 traz os resultados referentes aos locais das intervenções do profissional de Educação Física na área da saúde. Os locais variam de acordo com a intervenção e correspondem, na maioria, em empresas públicas e privadas, instituições de ensino e de pesquisa.

<b>8. LOCAL DAS INTERVENÇÕES</b>	
Voluntário 1	Empresa particular/ Praia
Voluntário 2	Empresa particular/ Praia
Voluntário 3	Na residência do munícipe ou no Emissário de Santos
Voluntário 4	Universidade/ Centro de Pesquisa
Voluntário 5	Igreja/ Escola/ Espaço de empresa particular
Voluntário 6	Centro de Pesquisa
Voluntário 7	Sala de Aula/ Sala de ginástica/ Clube
Voluntário 8	Salas de orientação/ Sala de exercício/ Quadra e Pistas
Voluntário 9	Emissário/ Atividades ao ar livre
Voluntário 10	Universidade/ Clube
Voluntário 11	Empresas públicas e particulares/ Clínicas e Hospitais
Voluntário 12	Empresas e Instituições particulares

Quadro 8. Diferentes locais para a realização das intervenções do profissional de Educação Física na área da saúde.

O quadro 9 apresenta resultados referentes à população alvo inserida nas intervenções do profissional de Educação Física na área da saúde. As populações citadas variam de acordo com a intervenção e configuram grupos distintos (doentes crônicos, idosos, indivíduos inseridos no contexto universitário e funcionários das instituições onde ocorrem as intervenções).

<b>9. POPULAÇÃO ALVO</b>	
Voluntário 1	Indivíduos com mais de 45 anos (com mais de um fator de risco)/ Idosos
Voluntário 2	Idosos portadores de doenças cardiovasculares e metabólicas
Voluntário 3	Variado
Voluntário 4	Obesos jovens e Adultos
Voluntário 5	Hipertensos, Diabéticos ou ambos/ Indivíduos com sobrepeso ou obesidade maiores de 50 anos/ Idosos
Voluntário 6	Alunos de graduação e pós-graduação
Voluntário 7	Comunidade acadêmica e demais interessados
Voluntário 8	Mulheres obesas idosas
Voluntário 9	Diabéticos e Hipertensos
Voluntário 10	Estudantes, Docentes e Funcionários da Universidade
Voluntário 11	Indivíduos hospitalizados e funcionários
Voluntário 12	Idosos e Obesos

Quadro 9. Diversas populações alvo da intervenção do profissional de Educação Física na área da saúde.

O quadro 10 representa os objetivos de cada intervenção do profissional de Educação Física na área da saúde. Em geral, podemos observar a relação positiva entre as práticas de saúde e corporais de cada intervenção a parâmetros de qualidade de vida, além da formação em saúde inserida no contexto da Universidade.

<b>10. OBJETIVOS</b>	
Voluntário 1	Melhora da qualidade de vida do beneficiário
Voluntário 2	Melhora dos parâmetros clínicos e redução da utilização do SUS
Voluntário 3	Trazer à consciência do sujeito a importância de sua história de vida no processo saúde-doença/ Levar informações e criar hábitos saudáveis aos sujeitos participantes dos grupos
Voluntário 4	Melhora da qualidade de vida
Voluntário 5	Promover a prática regular da atividade física como método não farmacológico na atenuação e/ou prevenção de patologias/ Melhora na qualidade de vida pela facilitação da execução das atividades de vida diária normais
Voluntário 6	Formação acadêmica de alunos de iniciação científica, mestrado e doutorado
Voluntário 7	Formação corporal por meio de linguagens artísticas
Voluntário 8	Observar os efeitos da prática regular de jogos pré-desportivos realizados três vezes por semana/ Orientação nutricional e psicológica durante um ano, sobre a qualidade de vida, adaptações na composição corporal, força muscular, perfil lipídico e glicose sanguínea
Voluntário 9	Controle de diabetes e hipertensão, além de estimular o auto-cuidado e a promoção de saúde/ integração social
Voluntário 10	Educação para a saúde
Voluntário 11	Promover e estimular práticas de saúde, combater inatividade, motivação e sociabilização
Voluntário 12	Controle de doenças, qualidade de vida e bem estar

Quadro 10. Diferentes objetivos da intervenção do profissional de Educação Física na área da saúde.

No quadro 11 os dados dizem respeito ao conteúdo das intervenções realizadas pelos profissionais de Educação Física na área da saúde. Muitos deles correspondem aos próprios conteúdos da Educação Física enquanto disciplina acadêmica, apresentando relações diretas com a área da saúde.

<b>11. CONTEÚDO</b>	
Voluntário 1	Exercício físico, alimentação adequada, auto-cuidado da saúde
Voluntário 2	Treinamento resistido e aeróbio, aconselhamento sobre consciência sanitária
Voluntário 3	De acordo com as características dos sujeitos participantes da intervenção
Voluntário 4	Palestras e Intervenções (Exercício Físico, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia)
Voluntário 5	Exercícios resistidos manuais ou com equipamentos, alongamento estático e passivo, exercícios de equilíbrio estático, dinâmico e recuperado e grupos de caminhada
Voluntário 6	Fisiologia do exercício, imunologia do exercício e bioquímica do exercício e suas relações com a nutrição e os aspectos psicobiológicos
Voluntário 7	Técnicas de jogo cênico, danças, circo e música
Voluntário 8	Orientações nutricionais, psicológicas e práticas de jogos pré-desportivos
Voluntário 9	Exercícios e oficinas de promoção de saúde/ Atividades de grupo relacionadas a aulas da universidade
Voluntário 10	Práticas corporais integrativas e complementares
Voluntário 11	Alongamentos, danças, recreação infantil e música
Voluntário 12	Danças, jogos cooperativos, ginástica livre, orientações multidisciplinares e exercícios físicos em geral

Quadro 11. Conteúdos correspondentes a diferentes práticas de atuação e intervenção do profissional de Educação Física na área da saúde.



O quadro 12 demonstra os dados referentes ao planejamento das intervenções de cada voluntário. São abordados diferentes tipos de planejamento, como os de ordem cronológica e os de ordem metodológica (os quais relacionam a população alvo com o conteúdo/ objetivo de cada atividade).

<b>12. PLANEJAMENTO</b>	
Voluntário 1	Palestras relacionadas à melhora da qualidade de vida
Voluntário 2	Periodização por valências físicas
Voluntário 3	De acordo com as características dos sujeitos participantes da intervenção/ Por professores e alunos universitários
Voluntário 4	Anual
Voluntário 5	Periodização linear, Individualização de movimentos de acordo com as patologias/ Semanal
Voluntário 6	Não soube responder
Voluntário 7	Semanal, de acordo com o fluxo e presença dos participantes
Voluntário 8	Reuniões semanais durante todo o projeto entre os profissionais envolvidos
Voluntário 9	Periodização do treinamento, discussão de casos em grupo e conversas com os usuários para direcionar as estratégias de intervenção
Voluntário 10	Semestral
Voluntário 11	Semanal, de acordo com cada cenário
Voluntário 12	Semanal

Quadro 12. Planejamento correspondente às atividades de intervenção do profissional de Educação Física na área da saúde.

No quadro 13 os dados apresentados condizem às avaliações realizadas pelos voluntários antes/durante/após as intervenções. A maioria das respostas estão relacionadas a componentes funcionais, físicos e morfológicos. Pode-se observar que as interpretações variam de acordo com o tipo de intervenção e o tipo de cenário de atuação.

<b>13. AVALIAÇÃO (Critério/Instrumento)</b>	
Voluntário 1	Avaliação funcional e <i>IPAQ</i>
Voluntário 2	Bateria de testes funcionais, aferição da pressão arterial, glicemia capilar e oximetria de pulso
Voluntário 3	Variadas
Voluntário 4	Antropométrica, metabólica, fisiológica, nutricional, psíquica e médica
Voluntário 5	Escala de <i>BORG</i> adaptada, entrevistas informais, avaliação de ocorrências de quedas, glicemia e pressão arterial
Voluntário 6	Por pares de artigos, TCC e teses
Voluntário 7	Semestral
Voluntário 8	Antropométrica, metabólica, fisiológica, nutricional, psíquica e sobre as atividades
Voluntário 9	Funcionais, bioquímicas, antropométricas, questionários e avaliações qualitativas/ Diário de campo
Voluntário 10	Qualitativa
Voluntário 11	Auto-avaliação, devolutivas
Voluntário 12	Médica, física e psicológica

Quadro 13. Diferentes modos de avaliação das intervenções do profissional de Educação Física na área da saúde.

No quadro 14 são apresentados os resultados esperados de cada intervenção realizada pelos voluntários. Considerando os objetivos, o conteúdo, o planejamento e avaliação, os resultados esperados revelam características alcançáveis, positivas e amplas dentre as diversas variáveis consideradas na intervenção em saúde.

<b>14. RESULTADOS ESPERADOS</b>	
Voluntário 1	Melhora na coordenação, agilidade, força, flexibilidade e equilíbrio
Voluntário 2	Redução dos níveis de pressão arterial, dos níveis glicêmicos, melhora na capacidade funcional, independência física e redução da utilização do sistema de saúde suplementar
Voluntário 3	Mudança/ Melhora dos hábitos saudáveis dos sujeitos envolvidos nas atividades
Voluntário 4	Melhora das variáveis estudadas
Voluntário 5	Melhora da capacidade motora força (resistência e potência muscular)/ melhora e manutenção do equilíbrio, flexibilidade geral/ Melhora nos indicadores fisiológicos de pressão arterial e glicemia <i>nos doentes</i>
Voluntário 6	Proporcionar ao aluno uma visão mais integrada dos aspectos estudados
Voluntário 7	Produção de conhecimento criativo sobre o corpo
Voluntário 8	Melhoria das atividades estudadas
Voluntário 9	Melhora do bem estar geral, na autonomia funcional, controle das doenças e aumento da integração social
Voluntário 10	Melhora da qualidade de vida, consciência corporal e equilíbrio emocional (atenção e concentração)
Voluntário 11	Satisfação do cliente, melhora do quadro geral
Voluntário 12	Melhora dos parâmetros avaliados

Quadro 14. Resultados esperados referentes às intervenções do profissional de Educação Física na área da saúde.

O quadro 15 diz respeito aos resultados obtidos de acordo com cada intervenção realizada pelos profissionais de Educação Física na área da saúde (voluntários). Assim como no quadro anterior, foram revelados resultados positivos - em sua maioria - indicando uma metodologia adequada.

<b>15. RESULTADOS OBTIDOS</b>	
Voluntário 1	Bons resultados em mais de 70% dos beneficiários em seis meses de treinamento
Voluntário 2	Melhora de parâmetros clínicos, capacidade funcional e redução dos gastos em saúde
Voluntário 3	Estão sendo analisados
Voluntário 4	Positivos em sua maioria
Voluntário 5	Melhora dos indicadores pela evolução das cargas de treinamento das aulas das aulas e/ou facilitação de execução/evolução no quesito hábitos saudáveis
Voluntário 6	Trabalhos de conclusão de curso, artigos e teses na qual tentamos dar um caráter multidisciplinar a discussão dos resultados
Voluntário 7	Apresentações e exercícios artísticos diversos com qualidade expressiva
Voluntário 8	Positivos
Voluntário 9	Ainda em curso, porém os objetivos têm sido atingidos
Voluntário 10	Em análise
Voluntário 11	Melhora de parâmetros físicos, médicos e sociais, aproveitamento satisfatório
Voluntário 12	Positivos, em torno de 60% dos casos

Quadro 15. Resultados obtidos pela intervenção do profissional de Educação Física na área da saúde.

## 5 - DISCUSSÃO

De acordo com os resultados encontrados no presente estudo podemos observar e discutir diversos aspectos encontrados e analisados: o perfil, a atuação, a inserção, os modelos de intervenção do profissional e a avaliação com base nos instrumentos presentes no campo da Educação Física, os resultados se revelam variados, porém que estão conectados a conceitos formativos e específicos de acordo com o cenário em que esteja inserido.

A influência da universidade na atuação varia de acordo com os referenciais de formação, ou seja, o processo formativo em saúde deriva e aponta novas perspectivas - tanto do professor como do estudante – as quais ampliarão cenários de atuação e de ensino.

Segundo o projeto pedagógico do curso de Educação Física Modalidade Saúde da Universidade Federal de São Paulo, conteúdos que visam uma formação acadêmica voltada à atuação em diferentes fases do crescimento e desenvolvimento normais/ pessoas portadoras de necessidades especiais, resultando acima de tudo, em uma visão integral da saúde.

A idade do profissional de Educação inserido na área da saúde corresponde ao momento de vida em que depois da graduação em Educação Física, as especializações tornam a prática, a atuação e a intervenção mais seguras e específicas. Ou seja, este profissional adquire ao longo de sua formação maior experiência e aprendizado prático/conceitual, os quais caracterizam um perfil de idade mais consistente às práticas de saúde, relacionadas com as práticas corporais.

A predominância do gênero masculino no perfil da amostra não demonstra relação com a disposição dos gêneros entre o cenário, a prática e intervenção do profissional de Educação Física na área da saúde. Pode-se considerar a derivação social ao longo da história, a qual atribui a inserção da mulher posteriormente à inserção e monopolização do homem nos processos de trabalho, profissional e acadêmico, que nos dias atuais vem quebrando barreiras (ALTMANN, 1999).

Os cenários de inserção do profissional em Educação Física são extensos e diversificados, dispostos em segmentos de organizações sociais, públicas e particulares, podem em alguns casos adaptar-se a área da saúde.

De acordo com os resultados obtidos, o profissional de Educação Física inserido na área da saúde pode atuar em diversas instituições que ofereçam práticas corporais (orientais e ocidentais); academias (especializadas e dirigidas a públicos específicos ou gerais); clubes recreativos e esportivos (adaptando técnicas de saúde); associações atléticas e

no desporto comunitário, organizações não-governamentais (em casos de reabilitação, por exemplo, na reintegração de jovens infratores à sociedade); hospitais e clínicas (populações especiais acometidas por doenças crônicas); hotéis e spas; programas para terceira idade; programas de educação física adaptada; programas de atividades físicas e de lazer; programas de ginástica laboral em empresas/indústrias; *Personal Training*; creches, escolas em geral e Universidades (pesquisa, extensão e estágios); recreação (centros turísticos, camping) e em instituições de saúde gerais e específicas (CONFEEF, 2002).

Os resultados deste estudo quanto ao cenário de atuação compreendem a maioria dos citados acima, porém há uma tendência atual da Educação Física na formação de profissionais: inserção de docentes e profissionais graduados em Educação Física na área da saúde. Esta questão abrange interrogações do ponto de vista da intervenção em saúde, ou seja, o fato de ser docente em uma instituição de ensino em saúde e estar inserido neste contexto faz com que este seja um profissional de saúde?

Quais critérios devemos atribuir a um profissional de Educação Física para considerá-lo profissional de saúde? Talvez o cenário de atuação, o tipo de intervenção e o tipo de formação possam influenciar e direcionar este profissional a práticas de saúde inseridas ou não em sua denominação. Ou seja, o profissional irá seguir a denominação que corresponde a sua formação, especialização, inserção - saúde, esporte, lazer e escolar – de acordo com o contexto inserido.

O profissional de Educação Física enfrenta alguns dilemas desde sua escolha de carreira até a graduação e futuras especializações. A sociedade não compreende com clareza suficiente os serviços prestados por este profissional, gerando conceitos genéricos e frágeis - preocupação com o corpo (estética e saúde), aptidão física e qualidade de vida - que garantem a inespecificidade da profissão (FREIRE *et al*, 2002).

Podemos definir o campo de intervenção profissional da Educação Física em quatro grandes correntes: vertente educativa tradicional (escolar) e outras três vertentes voltadas ao esporte, saúde e lazer. Ou seja, centra-se na análise, no ensino e na aplicação do conjunto de conhecimentos sobre o movimento humano intencional e consciente nas suas dimensões biológica, comportamental, sociocultural e corporeidade (SHERER, 2005).

As especificidades de intervenção do profissional de Educação Física na área da saúde – diversas manifestações e objetivos das atividades físicas – estão diretamente relacionadas à sua atuação seja como autônomo e/ou em Instituições e Órgãos públicos e privados de prestação de serviços em atividades físicas, desportivas e recreativas (SHERER, 2005).

A intervenção desse profissional na área da saúde deve seguir uma sequência de acontecimentos: Avaliação do contexto; desenvolvimento de diagnóstico; identificação das qualidades do problema; análise das competências que possui, visando a resolução do problema; verificação das possibilidades de atendimento com benefícios; decisão dos procedimentos mais adequados a serem adotados; desenvolvimento da intervenção propriamente dita e avaliação dos resultados alcançados. Baseadas na ética e a na bioética, a sequência acima nos remete deveres e responsabilidades da preparação e intervenção do Profissional de Educação Física na área da saúde (CONFEEF, 2002).

O setor da saúde representa um campo de intervenção com atuação de mais de uma dezena de categorias profissionais – Educação Física, Medicina, fisioterapia, nutrição, psicologia, fonoaudiologia, etc. – porém, sempre existirá uma profissão com maior autonomia técnica que coordenará e controlará as ações (MINELLI *et al*, 2009).

O bom profissional de Educação Física não é aquele que pratica e sabe executar determinada tarefa motora. Mas o bom profissional é aquele que compreende as necessidades do indivíduo, respeita as suas limitações porque seu conhecimento permite detectar seu nível de aprendizagem e suas capacidades e, além disso, é capaz de despertar nos indivíduos a consciência de que a atividade física é uma arma eficaz para proporcionar um nível de excelência em sua qualidade de vida (GHILARDI, 1998).

## 6 - CONCLUSÃO

Em conclusão, o presente estudo possibilitou conhecer e identificar modelos de intervenção do Profissional de Educação Física na área da saúde. Assim, o perfil corresponde a profissionais de uma faixa etária entre 30 a 50 anos, predominantemente do sexo masculino, os quais atuam em média de 8,916 anos na modalidade de intervenção em que estão inseridos, e estas concentram-se principalmente em cenários/áreas de saúde (SUS e Sistemas de Saúde Complementares) e da universidade (Formação, Pesquisa e Extensão).

Ainda sobre o perfil profissional, questões interdisciplinares mostraram-se constantes – seja na participação de grupos, no planejamento e na realização das intervenções; A formação destes profissionais mostra-se diversificada, porém possui relação direta e indireta com a área da saúde e com a educação em saúde.

O tipo de intervenção – planejamento, método e conteúdo – mostra-se complementado pelos materiais utilizados pelos profissionais, pelo tempo de duração de cada atividade, pelo local das intervenções, pela população-alvo e principalmente pelos objetivos e resultados destas intervenções.

Sugere-se assim, uma inserção atuante dentre as diversas possibilidades discutidas e relatadas. Neste sentido, a partir do referencial do estudo, os limites de atuação se potencializam quando o profissional não possui uma formação interdisciplinar que direcione e seja mediadora das práticas corporais no binômio saúde-doença, reforçando a necessidade de novos debates e reflexões que embasem a atuação do profissional de Educação Física.



## 7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALTMANN, H; SOUSA, E. S. Meninos e meninas: expectativas corporais e implicações na educação física escolar. *Cadernos Cedes*, Campinas, ano XIX, n. 48, p. 52-64, ago.1999.
- BRASIL. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS — Doutrinas e princípios. Brasília: 1990.
- BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: n. 43, mar. 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- BUSS, P. M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Revista Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, jan. 2000.
- CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- CARVALHO, F. F. B. Análise Crítica da Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da Saúde na Perspectiva da Educação Física Através do Enfoque Radical de Promoção da Saúde. *Saúde Soc. São Paulo*, v.18, n.2, p.227-236, 2009.
- CARVALHO, Y. M. Saúde Sociedade e Vida: um olhar da Educação Física. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 27, n. 3, p.153- 168. Maio, 2006.
- CARVALHO, Y. M; FERNANDES, F F. Atividade física, saúde e comunidade. **Cadernos Saúde Coletiva**, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, v. 15, n. 3, jul./set. 2006.
- CARVALHO, F. F. B. de. Análise crítica da Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da Saúde na Perspectiva da Educação Física através do enfoque radical de promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*. [online], v. 18, n. 2, p. 227-236, 2009.
- CAVALCANTI, K. B. Para abraçar a humanescência na pedagogia vivencial. Trabalho apresentado no XIII Endipe. Recife, 2006.
- Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, set/2004- fev/2005, p. 161-178.
- CHACON - MIKAHIL, M. P. T; MONTAGNER, P. C; MADRUGA, V. A. Educação Física: formação acadêmica e atuação profissional no campo da saúde. **Motriz**, Rio Claro, v.15 n.1 p.192-198, jan./mar. 2009.

COELHO, M. T. A. D; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-333, ago. 2002.

CONFED – DOCUMENTO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. Rio de Janeiro, **Resolução n° 046/2002**, fev. 2002.

COSTA, J. S. D; VICTORA, C. G. O que é "um problema de saúde pública"? **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, vol. 9, n. 1, p. 144-146, 2006.

CUNHA, G T. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica. Campinas, SP. Dissertação de Mestrado, 2004.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. Saúde escolar e escolas promotoras de saúde. In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed, 2008. vol. 3, p. 49-76.

EVANS, A. S. *Ruminations on Infections Disease Epidemiology, retrospective, curspective and prospective*. *Int. J. Epid.* v.14, p. 205 – 214, 1985.

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

FREIRE, E. S; REIS, M. C. C; VERENGUER, R. C. Educação Física: pensando a profissão e a preparação profissional. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte – Ano 1, Número 1*, 2002.

GHIRALDELLI, J. P. A pedagogia crítico-social dos conteúdos e a educação física brasileira. In: *Educação Física Progressista*. São Paulo: Loyola, mar 2007, p. 17.

GOMES, M. D. O Cuidado como Elo entre Saúde e Educação. *Cadernos de Pesquisa*, n. 111, p. 115-133, dez. 2000.

GONCALVES, A. A saúde em debate na educação física: volume 2. *Caderno de Saúde Pública [online]*, São Paulo, v. 23, n.6, p. 1496-1497, 2007.

GUALDA, D. M. R. A abordagem fotoetnográfica na avaliação de serviços de saúde e de enfermagem.1 *Texto contexto - enfermagem*. v.15 n.1 Florianópolis jan./mar. 2006.

GHILARDI, R. Formação Profissional em Educação Física. *Motriz - Volume 4, Número 1*, Junho/1998.

HEIDMANN, I. T. S. B; ALMEIDA, M. C. P; BOEHS, A. E; WOSNY, A. M; MONTICELLI, M. Promoção à Saúde: Trajetória Histórica de suas Concepções. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 15, n. 2, p. 352-8, abr/jun. 2006.

AYRES, J. R. C. M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. vol. 5, supl. 1, 2002.

KOMI, P. V., Força e Potência no esporte – 2º ed. - Porto Alegre: Artemed, 2006.

LAST, J. M. *A dictionary of epidemiolog.* 2ª edição. Nova York: Oxford University Press, 1988.

LAURELL, A C. *El estudio social Del proceso salud-enfermedad em America Latina.* Revista Cuidados Médicos, v. 37, p 03-18, 1986.

LEWIS, A. Saúde. In: SILVA, B. (Org.). **Dicionário de ciências sociais.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1986, p. 1099-1101.

LÓPEZ, R. F. A; SAFONS, M. P. A Reabilitação física e o professor de Educação Física. *Lecturas: Educación Física y Deportes* | <http://www.efdeportes.com/> revista digital | Buenos Aires | Año 5 - Nº 18 - Febrero 2000. (acessado em: 21/08/2011).

MALTA, D. C; MIRANDA, A. C; CRUZ, D. K. A; GOSH, C. S; A Promoção da Saúde e da Atividade Física no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 13, n. 1, 2008.

MARCONDES, R. As práticas corporais no serviço público de saúde: uma aproximação entre a Educação Física e a Saúde Coletiva. Dissertação de Mestrado – Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

MARTINEZ, J. F; BACHELADENSKI, M. S. Educação Física e Saúde Coletiva: Possibilidades de inserção e formação profissional no SUS. Anais do XVI Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e III Congresso Internacional de Ciências do Esporte Salvador – Bahia – Brasil 20 a 25 de setembro de 2009.

MATARUNA, L. A Educação Física Hospitalar em Desenvolvimento: uma Breve Apresentação das 32 Sub-Especialidades de Atuação Profissional no Campo da Saúde. *Lecturas Educación Física y Deportes*, Buenos Aires, v. 27, 2000.

MATTA, G. C; PONTES, A. L. M. (Orgs.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 61-80.

MELO, V. A. de. História da Educação Física e do Esporte no Brasil – Panoramas, perspectivas e propostas. Novo Enfoque Revista Eletrônica, (s/d).

MENDES, M. I. B. S. ***Mens sana in corpore sano: saberes e prática educativas sobre corpo e saúde.*** 1º Edição. Porto Alegre: Sulina, 2007.

MCARDLE, W. D., Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MINAYO, M. C. S. Social Violence from a Public Health Perspective. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 07-18, 1994.

MINAYO, M. C. de S; (Org) Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINELLI, S. D; BARCELOS, S. J; FÁVARO, E. P. O profissional de Educação Física e a intervenção em equipes multiprofissionais. Fundação Universidade Federal do Rio Grande Brasil. Movimento, Vol. 15, Núm. 4, out/dez, 2009, p. 35-62.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006. 92 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília, p. 64, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica ; n. 27. Brasília, p. 160, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 152 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27)

MIRA, C. M. **EF e Saúde: da Crítica Prudente**. 2. Ed. Santa Catarina: Edibes, 2003.

MORAIS, A. M; NEVES, I. P. Fazer investigação usando uma abordagem metodológica mista. Revista Portuguesa de Educação, 2007, 20(2), pp. 75-104

NAHAS, M. V., Atividade física, saúde e qualidade de vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. – 4. ed. rev. e atual. - Londrina: Midiograf, 2006.

NÓBREGA, T. P. **Corporeidade e educação física: do corpo-objeto ao corpo-sujeito**. 2º edição. Natal (RN): EDUFRN, 2005.

NOVO JR., J M; LIMA, J R P; MATTA, M O; DA SILVA, L P; CHICOUREL, E L. Programa de Caminhada Orientada. IN: SOUSA, Ana Inês (Org.). Navegar é preciso...transformar é possível. VIII Congresso Ibero-Americano de Extensão. Rio de Janeiro: UFRJ/Pró-Reitoria de Extensão, novembro de 2005. 728 p., p.543-547.

NUNES, E. D. Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. Physis: Rev Saúde Colet. 2005;15(1):13-38.

NASCIMENTO D. D. G. A residência multiprofissional em saúde da família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008. p. 154.

OLIVEIRA, V. M. de. O que é educação física. 11. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

PALMA, A; BAGRICHEVSKY, M; ESTEVÃO, A. Considerações teóricas acerca das questões relacionadas à promoção de saúde. **In: A saúde em debate na educação física.** Blumenau: Edibes, p. 15-31, 2003.

PEREIRA, L. E. O Impacto da Mídia e Novas Tecnologias de Comunicação na Profissão. Rio Claro, SP, Anais do V Simpósio Paulista de Educação Física, Departamento de Educação Física-UNESP, p. 18, jun. 1995.

PROJETO PEDAGÓGICO. Universidade Federal de São Paulo – curso Educação Física Modalidade Saúde. Disponível em: <[www.unifesp.br/baixadasantista](http://www.unifesp.br/baixadasantista)>. Acesso em: 14/11/2011.

SAVASTANO, H. Abordagem do binômio saúde-doença e do conceito de personalidade no ecossistema: implicações em saúde pública. **Revista Saúde pública**, São Paulo, c. 14, p 137-42, 1980.

SILVA, E. C; COLLAÇO, J. T. D; DUARTE, M. F. S. Educação Física e Saúde Pública: Uma Proposta de Intervenção do Centro de Orientação de Atividade Física e Saúde UFSC. *Revista Eletrônica de Extensão*, n. 3, 2005.

SILVA, A. M; DAMIANI, I. R. (Orgs). Práticas Corporais: experiências em Educação Física para outra formação humana. Florianópolis: Naemblu Ciência & Arte, 2005.

ROSA, M. L. Educação Física no Brasil: Uma História Política. Trabalho de Conclusão de Curso. Centro Universitário UNIFMU Curso de Educação Física, São Paulo, 2002.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

VALLADÃO, R. Breve Ensaio sobre a História da Educação Física. *Revista Digital - Buenos Aires - Nº 129 – Fev, 2009.*

WARSCHAUER, M; CARVALHO, Y. M. M; FREITAS, F. F. As escolhas das práticas corporais e dos profissionais que as conduzem nas unidades básicas de saúde do distrito Butantã - SP. In: Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e II Congresso Internacional de Ciências do Esporte. Recife: Edupe, 2007. v. 1.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS G. W. S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 635-667.

SCHERER, A. Educação Física e os Mercados de Trabalho no Brasil: Quem Somos, Onde estamos e para onde Vamos? In: FIGUEIREDO, Zenólia C. C. *Formação Profissional em*

Educação Física e Mundo do Trabalho. Vitória/ES: Gráfica da Faculdade Salesiana, 2005, p. 31-45.

## 8 - APÊNDICE I

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
CAMPUS BAIXADA SANTISTA



### Questionário

Prezado Voluntário, este questionário tem como objetivo a coleta de informações para a realização da pesquisa: Intervenção do Profissional de Educação Física na Área da Saúde: Possibilidades e Limites de Atuação, realizada pela Universidade Federal de São Paulo. Agradeço sua atenção e disponibilidade para responder as perguntas.

#### 1 – IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Idade: \_\_\_\_\_ anos.

Sexo:            Feminino [  ] Masculino [  ]

Tempo de atuação na modalidade: \_\_\_\_\_.

Cenário de atuação: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Área de Atuação: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Intervenção ou Programa de Atuação: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Unidade de Atuação: \_\_\_\_\_.

Participa de Grupo Interdisciplinar? SIM [  ] NÃO [  ]

Em caso afirmativo responda:

- O planejamento é feito de forma Interdisciplinar? SIM [  ] NÃO [  ]

- As intervenções são realizadas por equipe Interdisciplinar? SIM [  ] NÃO [  ]

#### FORMAÇÃO

( ) Ensino Superior    Curso: \_\_\_\_\_

( ) Especialização    Curso: \_\_\_\_\_

( ) Mestrado            Curso: \_\_\_\_\_

( ) Doutorado            Curso: \_\_\_\_\_

**METODOLOGIA**

Tipo da Intervenção: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Materiais Utilizados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tempo Médio de Duração de cada atividade: \_\_\_\_\_

Local das Intervenções: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

População Alvo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Objetivo(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Conteúdo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Planejamento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avaliação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Resultados esperados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Resultados obtidos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## 9 - APÊNDICE II

**Universidade Federal de São Paulo  
Campus Baixada Santista**



---

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

---

Informamos através deste termo, os procedimentos a que você será submetido durante a participação como voluntário no projeto intitulado: Intervenção do Profissional de Educação Física na Área da Saúde: Possibilidades e Limites de Atuação.

Essas informações estão sendo fornecidas, para sua participação voluntária e esclarecida no estudo que tem por objetivo, mapear e identificar práticas de atuação e intervenção do profissional de Educação Física na área da saúde, sugerindo possibilidades e limites.

Procedimentos: Você será convidado a responder questionários sobre o perfil do profissional de Educação Física que atua na mesma.

Caso não queira responder a alguma pergunta será livre para não responder.

O estudo não implica em procedimentos invasivos e você poderá se beneficiar de informações sobre a atuação e intervenção de profissionais de Educação Física na área da saúde. Não haverá nenhum risco ao voluntário.

Você será esclarecido sobre a pesquisa em qualquer aspecto adicional que desejar e estará livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e não acarretará em qualquer penalidade ou perda de benefícios. Sua identidade, assim como seus dados individuais serão mantidos em sigilo, sendo utilizados exclusivamente para os fins da pesquisa. Seu nome ou materiais que indiquem a sua participação no projeto não serão divulgados em quaisquer meios sem sua autorização prévia.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora será a Prof<sup>ª</sup>. Dra. Danielle Arisa Caranti, com participação dos discentes nas coletas de dados: Tatiana Colleto dos Anjos e a aluna Caroline Ferreira Rocha que poderão ser encontrados no endereço Avenida Ana Costa 95, Telefone (13) 3232-2569, Fax: (13) 3223-2592. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em

Pesquisa da UNIFESP (CEP), que fica localizado na Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, (11) 5571-1062, FAX: (11) 5539-7162 – E-mail: [cepunifesp@epm.br](mailto:cepunifesp@epm.br).

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li e/ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Intervenção do Profissional de Educação Física na Área da Saúde: Possibilidades e Limites de Atuação”.

Eu discuti com a aluna Caroline Ferreira Rocha, sob orientação da Profª. Dra. Danielle Arisa Caranti e co-orientação de Tatiana Coletto dos Anjos sobre a minha decisão em participar deste estudo, tendo ficado claro quais são os propósitos do mesmo, os procedimentos a que serei submetido, os possíveis riscos e benefícios de minha participação, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Estou esclarecido também de que minha participação é voluntária, isentando ambas as partes de quaisquer despesas para minha participação no estudo. Deste modo, concordo voluntariamente em participar deste estudo, ciente de que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido durante minha participação na pesquisa.

Nome do voluntário: \_\_\_\_\_.

Assinatura do voluntário: \_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para participação no estudo supracitado.

Nome do responsável pelo estudo: \_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do responsável pelo estudo: \_\_\_\_\_.

## APÊNDICE III

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
Campus Baixada Santista



### **Breve Resumo do Projeto de Pesquisa**

#### **INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA ÁREA DA SAÚDE: Possibilidades e Limites de Atuação**

Este projeto de pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como orientadora a Prof. Dra. Danielle Arisa Caranti, como co-orientadora a Ms. Tatiana Coletto dos Anjos e como orientanda a aluna Caroline Ferreira Rocha. Tem como objetivo geral identificar o perfil e inserção do profissional de Educação Física na área da saúde, com o objetivo de conhecer modelos de intervenção do mesmo profissional, sugerindo possibilidades e limites de atuação.

Especificamente, procuramos ampliar, conhecer e explicitar a oferta de atividades que incentivem a realização de práticas corporais em todos os níveis de atenção em saúde. Além de difundir e compreender a recente inserção do profissional de Educação Física na área da saúde;

Trata-se de uma pesquisa com abordagens qualitativas e quantitativas, através de aplicação de questionário (aberto e fechado) para análise do perfil e caracterização dos profissionais de Educação Física que atuam em diferentes cenários da saúde.

A população do estudo será composta por Profissionais de Educação Física que atuam na área da saúde em diferentes cenários que promovam saúde e cuidado situados na Baixada Santista – SP que ofereçam serviços de promoção, prevenção/controle e reabilitação na área de Educação Física e saúde;

Inicialmente haverá o mapeamento de Profissionais de Educação Física na região mencionada acima. Após este mapeamento, estes profissionais responderão a um questionário que será aplicado individualmente com o intuito de identificar características e perfil de atuação dos profissionais de educação física envolvidos na área da saúde.

Espera-se que através deste estudo, sejam identificadas distintas práticas do profissional de Educação Física na área da saúde em todos os níveis de atenção em que estejam inseridos, além de expor novas perspectivas de atuação e qualificar o perfil deste profissional, admitindo e relacionando suas práticas a métodos plausíveis e correspondentes ao campo da Educação Física e saúde, interferindo sobre o processo saúde/doença da sociedade, atuando em ambientes de trabalho favoráveis à mudança de padrões de vida.

Agradecemos antecipadamente a colaboração de cada um de vocês.

Orientanda: Caroline Ferreira Rocha.



