



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

**SILVIO MARCIO MUNIZ DE ARAUJO**

**A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA PARA ATUAR NA  
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: uma análise a partir do Projeto Político Pedagógico  
do Curso de Licenciatura em Educação Física da Universidade Federal do Pará /  
Campus Belém.**

BELÉM-PA  
2018



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

**SILVIO MARCIO MUNIZ DE ARAUJO**

**A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA PARA ATUAR NA  
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: uma análise a partir do Projeto Político Pedagógico  
do Curso de Licenciatura em Educação Física da Universidade Federal do Pará /  
Campus Belém.**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à apreciação da Banca Examinadora como requisito parcial para obtenção de Graduação de Licenciatura em Educação Física junto a Faculdade de Educação Física do Instituto de Ciências da Educação da Universidade Federal do Pará.

Orientador Prof. Dr. Carlos Nazareno Ferreira Borges.

**SILVIO MARCIO MUNIZ DE ARAUJO**

**A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA PARA ATUAR NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: Uma análise a partir do Projeto Político Pedagógico do Curso de Licenciatura em Educação Física da Universidade Federal do Pará / Campus Belém.**

Trabalho de Conclusão de Curso submetida à apreciação da Banca Examinadora como requisito parcial para obtenção de Graduação de Licenciatura em Educação Física junto a Faculdade de Educação Física do Instituto de Ciências da Educação da Universidade Federal do Pará.

Orientador: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Carlos Nazareno Ferreira Borges

1º Examinador: \_\_\_\_\_

Prof. Me. Gláucia Lobato Kaneko

2º Examinador: \_\_\_\_\_

Prof. Esp. Daniel Rodrigues Correa

AVALIADO EM: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CONCEITO: \_\_\_\_\_

Dedico este trabalho à minha esposa(Fabia) e filhos(Saulo e Elisabeth), a minha mãe(Antônia) e meus irmãos(Sandro e Sérgio) por estarem juntos comigo nesta jornada e pelo amor que tenho a eles.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, minha fonte infinita de força, fé e amor.

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Carlos Nazareno pela infinita paciência e aos ensinamentos transmitidos a mim.

Agradeço a todos os meus professores por fazerem parte da minha construção profissional.

A minha prima, Débora Renata por sempre acreditar na minha capacidade e pela amizade.

Aos meus amigos que estiveram junto comigo na construção de conhecimentos: Samuel Lopes, Stella Bianca, Jonas Magalhães, Rullien Polizeli, Emerson Thiago, Vanessa Bernardes, Oelgnandes Junior.

*“Quanto mais aprimorada a democracia, mais ampla é a noção de qualidade de vida, o grau de bem-estar da sociedade e de igual acesso a bens materiais e culturais”.*

*Olga Matos*

## RESUMO

Este trabalho buscou analisar o debate sobre a formação e a inserção do Profissional de Educação Física (PEF) na esfera das políticas públicas no âmbito da saúde através de reflexões feitas por vários autores como (BACHETTI, 2014; CARVALHO, 2001; PATROCÍNIO, 2012), trazendo à tona questionamentos sobre as atividades físicas/práticas corporais no atendimento à saúde e da possibilidade da Educação Física como forma de promover à saúde coletiva. O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como objeto de estudo a proposta curricular do Curso de Educação Física da UFPA, Campus Belém adotada a partir do ano de 2012. Possui, também, a seguinte questão norteadora: o currículo de Educação Física da UFPA, Campus Belém, prepara o egresso para atender a demanda da Atenção Básica em Saúde? Para tanto, apresentou-se, historicamente, como se deu a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Básica em Saúde (ABS) no Brasil e para isso procurou-se retratar as transformações e as rupturas existentes na garantia de direitos à saúde da população brasileira. Verificou-se como ocorreu o processo de integração da EF na saúde pública tratando da inserção do PEF na ABS. Compreendeu-se por meio do Projeto Político Pedagógico (PPP) do Curso de Educação Física da UFPA, se o mesmo contemplava, ou não, uma formação que atendesse a atuação dos egressos na ABS. Realizou-se, então, uma pesquisa de caráter documental e qualitativa por meio da análise dos marcos legais (legislação) que compõem o ofício do PEF, a exemplo de resoluções, decretos, diretrizes, dentre outros. Analisou-se também artigos científicos, periódicos e monografias. Diante disto, observou-se que o currículo da UFPA, contém em seu bojo, disciplinas que contemplam, não de forma intencional, a atuação do egresso na ABS, porém, nenhum de seus conteúdos tratam do debate sobre o SUS, o que possibilita a necessidade de se abordar tal assunto ou em disciplina específica, ou como tema transversal em disciplinas pertinentes no decorrer dos períodos letivos como em Políticas Públicas em EF, Esporte e Lazer, e no estágio supervisionado, quando a instrumentalização das técnicas podem ser mais refinadas.

**PALAVRAS-CHAVE:** SUS. ABS. NASF. Educação Física. Currículo.

## ABSTRACT

This work aimed to analyze the debate about the formation and insertion of the Physical Education Professional (PEF) in the sphere of public health policies through reflections made by various authors such as (BACHETTI, 2014, CARVALHO, 2001, PATROCÍNIO, 2012), bringing to light questions about physical activities / corporal practices in health care and the possibility of Physical Education as a way to promote collective health. The purpose of this study is to study the curricular proposal of the Physical Education Course of UFPA, Belem Campus, adopted from the year 2012. It also has the following guiding question: the Physical Education curriculum of UFPA, Campus Belem, prepares the egress to meet the demand of Basic Health Care? In order to do so, it was presented, historically, how the consolidation of the Unified Health System (SUS) and the Basic Health Care (ABS) in Brazil was presented and for this purpose we tried to portray the transformations and ruptures existing in the guarantee of rights health of the Brazilian population. It was verified how the process of integrating PE in public health occurred with the insertion of PEF into ABS. It was understood through the Pedagogical Political Project (PPP) of the Physical Education Course of UFPA, whether or not it contemplated a training that would attend to the performance of the graduates in ABS. Documentary and qualitative research was then carried out by analyzing the legal frameworks (legislation) that make up the office of the PEF, such as resolutions, decrees, guidelines, among others. Scientific articles, periodicals and monographs were also analyzed. In view of this, it was observed that the curriculum of the UFPA, contains within its scope, disciplines that contemplate, not intentionally, the performance of the egress in the ABS, but none of its contents deal with the SUS debate, which the need to address this subject or in specific discipline, or as a cross-cutting theme in relevant disciplines during the academic periods, such as Public Policies in EF, Sports and Leisure, and in the supervised stage, when the instrumentalization of the techniques may be more refined.

**KEYWORDS:** SUS. ABS. NASF. Physical Education. Curriculum.

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1- Relação doença e atividade física/práticas corporais. ....	39
Quadro 2 - As competências e habilidades gerais nas Diretrizes Curriculares. ....	48
Quadro 3 - Eixo temático 3 .....	61
Quadro 4 - Eixos temáticos 1, 2, 4, 6, 7 e 8. ....	61

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1- Índice de mortalidade por DCNT.....	16
Tabela 2- Demanda candidatos por vagas ao curso de Licenciatura em Educação Física, da Universidade Federal do Campus Belém. ....	34

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Edital SESMA Belém, PA.....	52
--	----

## LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
AB	Atenção Básica
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária á Saúde
BTM	Bases Teóricas e Metodológicas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
CES	Câmara de Educação Superior
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONFED	Conselho Federal de Educação Física
CREF	Conselho Regional de Educação Física
DABEL	Distrito Administrativo de Belém
DAENT	Distrito Administrativo do Entroncamento
DAGUA	Distrito Administrativo do Guamá
DAICO	Distrito Administrativo de Icoaraci
DASAC	Distrito Administrativo da Sacramenta
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Melitus
EF	Educação Física
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
ESB	Estratégia Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEF	Faculdade de Educação Física
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional

GM	Gabinete do Ministro
HAS	Hipertensão Arterial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICED	Instituto de Ciências da Educação
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LEF	Licenciatura em Educação Física
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PCD	Pessoa com Deficiência
PEF	Profissional de Educação Física
PNAB	Programa Nacional de Atenção Básica
PPP	Projeto Político Pedagógico
PSF	Programa Saúde da Família
PSS	Processo Seletivo Simplificado
RMB	Região Metropolitana de Belém
SESMA	Secretaria Municipal de Saúde
SESPA	Secretaria de Estado de Saúde do Pará
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UDME	Unidade Dispensadora de Medicamentos Especializados
UFPA	Universidade Federal do Pará
UNESCO	Organização para a Educação, a Ciência e a Cultura da Nações
UMS	Unidade Municipal de Saúde

URES                      Unidade de Referência Especializada

UTI                        Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
OBJETIVO GERAL:.....	17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	17
JUSTIFICATIVA.....	18
METODOLOGIA.....	20
1 DIREITO À SAÚDE E O SUS: PANORAMAS HISTÓRICOS E SOCIAIS .....	23
1.1 Atenção Básica em Saúde no Sistema Único de Saúde.....	26
2 A EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.....	34
2.1 O processo de adoecimento e seus impactos na saúde .....	37
3 CURRÍCULO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO FÍSICA NO ÂMBITO DA SAÚDE .....	45
3.1 Análise do Currículo do Curso de Licenciatura da Educação Física da Universidade Federal do Pará, Campus Belém.....	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	64
REFERÊNCIAS .....	66

## INTRODUÇÃO

A inserção do PEF na esfera das políticas públicas, principalmente no âmbito da saúde é um debate que vem trazendo reflexões de vários autores (BACHETTI, 2014; CARVALHO, 2001; PATROCÍNIO, 2012), buscando investigar as atividades físicas/práticas corporais<sup>1</sup> no atendimento de saúde, em especial no campo das políticas públicas, trazendo à tona questionamentos, possibilidades acerca da participação da Educação Física (EF) como um meio a ser utilizado para a saúde do corpo, na finalidade de promover a saúde coletiva<sup>2</sup>.

De acordo com a socióloga Madel T. Luz, as atividades corporais são relevantes, à medida que seu avanço, perpassa pelos processos que englobam a vida, saúde e doença. A autora também afirma que as ações corporais entrelaçadas a saúde, “mais que voltadas para ‘forma física’, ditada pela *mídia*, são um *fato social* complexo, presente na vida cultural contemporânea, que como tal suscita interpretações da parte das ciências sociais e humanas” (LUZ, 2007, p. 110).

Para a autora, o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, mesmo com as lacunas existentes, quanto à distribuição de atendimento, recursos e infraestrutura, ainda possibilita positivas transformações na “organização institucional” nas duas últimas décadas, ou seja, sendo fruto das aspirações das reformas sanitárias<sup>3</sup>, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que desde esse período procura universalizar o atendimento das políticas “socioassistenciais” no âmbito da saúde. Luz (2007) afirma ainda que, a municipalização do atendimento do SUS tem tido melhor efeito, apesar das deficiências que se depara com as influências político-partidárias, além de influências familiares, dentre outros.

A inclusão de práticas corporais, entrelaçadas à saúde coletiva, a partir das perspectivas de métodos auxiliares de terapia (ioga, massagens e atividades artísticas, academia, etc), permitiu ao SUS no cenário brasileiro um aspecto inovador, em outras palavras, houve o

---

<sup>1</sup> [...]existe uma diferença no entendimento entre os conceitos: a atividade física está vinculada à física newtoniana e associada ao gasto energético e à idéia de ingestão calórica; as práticas corporais, por sua vez, privilegiam o modo de viver das pessoas e levam em consideração o ser humano em movimento e sua gestualidade. Tais atividades promovem o despertar da consciência e do cuidado de si e com o outro, levando as pessoas praticantes a uma maior sociabilização[...] (CARVALHO, 2015). Disponível em: <<https://www5.usp.br/94723/praticas-corporais-sao-instrumento-eficiente-para-a-promocao-da-saude-coletiva/>> Acesso em: 03 de jun. 2019.

<sup>2</sup> Na sociedade civil brasileira cresce a cada dia a noção dessa importância, não apenas em função da importância cultural do corpo e sua “forma”, mas também, insistimos, através da crescente consciência social que muitas formas de adoecimento e morte podem ser evitadas apenas movimentando-se o corpo regularmente, e que modos de viver socialmente agradáveis, resultantes da prática grupal de atividades corporais, podem alegrar e expandir a vida, pela partilha social de valores de convivialidade (LUZ, 2007, p. 13).

<sup>3</sup> Sobre o assunto, ler: PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contexto e autores.** Rev. História, Ciências, Saúde, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan/mar, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>> Acesso em: 02 de out. 2018.

vislumbramento de incluir essas “práticas” como parte complementar do sistema, dando notoriedade à prevenção, recuperação e promoção da saúde<sup>4</sup>, para uma melhor distribuição de serviços. E foi a partir dessa visão que o Profissional de Educação Física (PEF) começou a ser incorporado na rede de assistência à saúde, podendo ser um integrante útil, trabalhando conjuntamente com profissionais de outras áreas da saúde, a exemplo de médicos, nutricionista, fisioterapeuta, entre outros.

Para fazermos uma análise sobre a necessidade do PEF na Atenção Básica (AB) e sobre a necessidade de um currículo de formação que condiga com tal atuação, será apresentada abaixo uma tabela que traz um panorama da mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)<sup>5</sup> entre os anos de 2009 e 2010 em Belém do Pará, disponibilizado pelo Plano Estadual de Saúde do Pará<sup>6</sup> do ano de 2012:

Tabela 1- Índice de mortalidade por DCNT.

FAIXA ETÁRIA (anos)	2009	2010
	ÓBITOS	ÓBITOS
0-04	648	651
05-09	97	88
10-14	103	106
15-19	181	155
20-24	226	191
25-29	246	242
30-34	300	311
35-39	376	408
40-44	521	559
45-49	768	802
50-54	1009	1077
55-59	1234	1249
60-64	1393	1518
65-69	1691	1686
TOTAL	8793	9043

Tabela produzida pelo autor desta monografia. Extraído do Plano Estadual de Saúde do Pará, 2012.

<sup>4</sup> A saúde da família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, que desempenham ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação (MENDES, et al, S/A, p. 12).

<sup>5</sup> Vide Capítulo II.

<sup>6</sup> PES – PA 2012. Disponível em: <<http://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/pes-2012-2015.pdf>> Acesso em: 02 de out. 2018.

Percebemos, a partir dos dados acima que quanto maior a faixa etária do indivíduo, maior é o número de óbitos, e que houve um aumento deste número de um ano para o outro. Portanto, a partir da visão apresentada no início deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) sobre a Inserção do PEF na AB e da compreensão da necessidade de se utilizar as práticas corporais de forma integrativa no SUS como meio de prevenção, recuperação e promoção da saúde, e diante da complexidade deste assunto Atenção Básica em Saúde (ABS), elenco a seguinte questão norteadora para tratar neste TCC: o currículo de Educação Física da UFPA, Campus Belém, prepara o egresso para atender a demanda da ABS?

O primeiro capítulo deste trabalho intitulado *“Direito à saúde e o SUS: panorama históricos e sociais”*, retrata as transformações e as rupturas existentes na garantia de direitos à saúde da população brasileira, partindo da concepção de Atenção Básica em Saúde (ABS) e o SUS e como o PEF vem ganhando espaço nas redes de atendimento da ABS.

O segundo capítulo denominado *“A Educação Física na Atenção Básica à Saúde”*, trata sobre a inserção do PEF na ABS, onde será feita a análise sobre a necessidade da atividade física na ABS e como esta afeta diretamente os recursos designados para o SUS, e como o sedentarismo e os aspectos sociais influenciam diretamente na saúde das pessoas.

No terceiro capítulo *“Currículo e formação profissional em Educação Física no âmbito da saúde”* abordaremos a partir da análise do Projeto Político Pedagógico (PPP) de Licenciatura em Educação Física (LEF) da UFPA, como os egressos da (EF) estão sendo preparados para atender a demanda social e de promoção da saúde na rede de (AB).

#### **OBJETIVO GERAL:**

- Perceber como vem sendo realizada a formação dos alunos do curso de LEF da UFPA, Campus Belém, quanto ao preparo para atuarem na promoção à saúde, especialmente nas redes de atendimento de AB em âmbito público.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Apresentar, historicamente, como se deu a consolidação do SUS e da ABS no Brasil.
- Verificar como vem sendo o processo de integração da EF na saúde pública.

- Compreender por meio do PPP do curso de EF da UFPA, Campus Belém, se o mesmo consegue contemplar uma formação que atenda a atuação dos egressos na ABS.

## JUSTIFICATIVA

Considerando que a prática da EF é importante na rede de AB, que este trabalho busca analisar e discorrer sobre a formação e atuação do PEF, no âmbito das relações de vida/saúde/doença, nas políticas públicas de saúde, uma vez que a demanda destes profissionais se faz necessária para e na promoção da saúde dos sujeitos sociais.

Para reforçarmos essa ideia da atuação dos PEF, apontamos como parâmetro o quadro da saúde pública no Pará que conforme o relatório<sup>7</sup> detalhado quadrimestral, entre os meses de maio a agosto, elaborado pela Secretaria de Estado de Saúde Pública – SESPA (2015) é responsável pela coordenação da rede assistencial própria do Estado, como também 36 municípios de gestão básica sob a responsabilidade estadual, que caracteriza uma distribuição entre “Unidades de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, Unidades Mistas, Unidades Penal, CAPS, URES, Hemocentros, UDME e hospitais gerais e de especialidades de média e alta complexidade” ( GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ, 2015, p. 26).

Ainda segundo a SESPA (2015), este relatório contém indicadores de Saúde da População (indicadores de ABS; indicadores de saúde de alta e média complexidade; indicadores de saúde de gestão de estratégia e controle social, etc) atribuídas ao ano de 2015.

Entretanto, nos atentaremos para o primeiro indicador denominado “**indicadores de ABS**”<sup>8</sup>, através das coordenações incluídas neste setor, dentre elas; a coordenação Estratégia Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários (este setor até a produção deste relatório ainda não tinha iniciado suas atividades, portanto não atingiu suas metas) e coordenação de Hiperdia – iniciou suas ações no primeiro semestre de 2015.

Também podemos ressaltar aqui o programa Academia da Saúde<sup>9</sup> que teve neste ano visitas técnicas e oficinas de sensibilização/capacitação para os municípios envolvidos, incluiu-se aqui Belém, além de monitoramento nos lugares que o programa estavam inseridos.

---

<sup>7</sup> GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ. **Relatório Detalhado Quadrimestral**. PARÁ: Secretaria de jruEstado de Saúde pública – SESPA. maio a agosto, 2015.

<sup>8</sup> Idem, p 35-38.

<sup>9</sup> Areladas às ações da Atenção Básica, as academias da saúde objetivam se constituir como espaços de fomento à convivência, a praticas corporais, à alimentação saudável, à educação em saúde, a práticas integrativas e complementares, ao lazer e a modos de vida favoráveis à saúde, em espaços especialmente construídos para esse fim (BRASIL, 2014).

Sendo assim, tais indicadores<sup>10</sup> têm como diretrizes a garantia da acessibilidade da população à atenção básica, mediante o aprimoramento da política de atenção, tendo como meta ampliar a cobertura de serviços prestados para estes setores, essa elucidação é importante, tendo em vista que a atuação do PEF neste setor tem expressividade.

Outra fonte de informação, diz respeito, ao relatório<sup>11</sup> produzido pela própria Prefeitura de Belém [entre 2012 e 2014] referente ao quadro da educação, mobilidade, saúde, entre outros no município, relatando que a cidade de Belém é integrante da RMB – Região Metropolitana de Belém, possuindo 505 km<sup>2</sup> de área, composta região continental e ilhas, abrangendo aproximadamente 1.393.399 de contingente populacional.

Sobre o quadro da saúde este relatório [entre 2012 e 2014] alega que a prestação de saúde no referido município, realizada pelo SUS, ao longo dos anos tem apresentado um baixo índice no atendimento na oferta de serviços de saúde para a população, para se ter uma ideia no ano de 2012, o município belenense ficou no segundo lugar com o pior desempenho no cenário brasileiro, de acordo com os dados do Índice de Desempenho do SUS- IDSUS/Ministério da Saúde (2012). (PREFEITURA DE BELÉM, [entre 2012 e 2014], p. 4).

Ainda de acordo com o relatório elaborado pela Prefeitura Municipal de Belém o programa conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) utilizada como “porta de entrada” de ABS, não teve bons resultados quanto a cobertura “ que decresceu nos últimos anos chegando a 15,75% em 2012, [...], comprometendo as ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos” (PREFEITURA DE BELÉM, [entre 2012 e 2014], p.4), em especial os bairros que comportam os “Distritos Administrativos<sup>12</sup> de Icoaraci - DAICO, do Entroncamento - DAENT, da Sacramento – DASAC, do Guamá – DAGUA e de Belém – DABEL, que apresentam menor cobertura de equipes de ESF” (PREFEITURA DE BELÉM, [entre 2012 e 2014], p. 4).

E ainda afirma que:

O sucateamento da rede física e dos equipamentos das 29 Unidades Municipais de Saúde – UMS, somado a insuficiência de profissionais e a ausência de uma política de qualificação permanente, de insumos básicos e materiais técnicos, e a incipiente

---

<sup>10</sup> Idem, p. 64-70.

<sup>11</sup> PREFEITURA DE BELÉM. **Contextualização das Dimensões Estratégicas**. ANEXO I. Belém,[entre 2012 e 2014] .

<sup>12</sup> Conforme as informações “Censo 2010 (IBGE), o município apresenta um contingente populacional de 1.393.399 habitantes distribuídos em 71 bairros compondo 08 Distritos Administrativos que funcionam como unidade de planejamento territorial” (PREFEITURA DE BELÉM, [entre 2012 e 2014], p. 1).

cobertura das equipes de ESFs e da Estratégia Saúde Bucal - ESBs, contribuíram para a baixa qualidade dos serviços ofertados à população. Demonstrando a ausência de comprometimento com a política da Atenção Básica/Primária e com a resolutividade dos Hospitais Municipais de Pronto Socorro, visto que 60 % dos atendimentos prestados à população são de doenças crônicas que deveriam ser evitadas e controladas na atenção básica como hipertensão, diabetes, doenças diarreicas, entre outras (Sistema de Classificação de Risco - Protocolo de Manchester). (PREFEITURA DE BELÉM, [entre 2012 e 2014], p. 5).

Entretanto, este mesmo relatório aponta que alguns indicadores a serem alcançados, entre os anos de 2014 a 2017, estão relacionados a “cobertura populacional estimada pelas equipes de AB”, como também a “cobertura populacional estimada pelas equipes de Estratégia de Saúde Básica”. Tendo como um dos objetivos o atendimento integral da saúde do idoso, dos portadores de doenças crônicas e de indivíduos com a mobilidade reduzida, aplicando a estes serviços especializados a partir de ações de promoção e prevenção, tendo como meta a ser alcançada “implantar 1 (um) centro de reabilitação Física [...] fortalecer a articulação intersetorial visando a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da pessoa idosa” (PREFEITURA DE BELÉM, [entre 2012 e 2014], p. 44-45).

Informando ainda que pretende qualificar 80% dos profissionais de saúde da rede municipal, com a finalidade de “qualificar os instrumentos de planejamento e gestão do SUS” (PREFEITURA DE BELÉM, [entre 2012 e 2014], p. 47).

Considerando às questões que permeiam os serviços de atendimento e atuação dos profissionais da saúde na AB, é primordial compreendermos a importância do projeto de formação que se coloca nos cursos de EF, uma vez que os egressos, devem estar habilitados a lidar com situações e realidades postas no âmbito da saúde, a exemplo da falta de recursos materiais e humanos. Entretanto, ressalta-se que esta monografia ao se debruçar e analisar o PPP do Curso de EF, da UFPA, Campus Belém, procura evidenciar de que forma está sendo projetado a formação dos futuros PEF no âmbito da saúde, especificamente no setor público.

## **METODOLOGIA**

O método a ser seguido para a construção do presente estudo deve ser aquele que melhor atender as necessidades da pesquisa pretendida, é o que dará um melhor entendimento no processo de investigação entre sujeito e objeto.

Para Chauí (1999), método:

[...] é o caminho ordenado que o pensamento segue por meio de um conjunto de regras e procedimentos racionais, com três finalidades: 1. Conduzir a descoberta de uma

verdade até então desconhecida; 2. Permitir a demonstração e a prova de uma verdade já conhecida; 3. Permitir a verificação de conhecimentos para averiguar se são ou não verdadeiros. (1999, p. 157)

Embora sejam empregados frequentemente como sinônimos, metodologia tem o conceito diferente de método.

Para Michalyszyn e Tomasini (2012), metodologia:

É o ramo da lógica que se ocupa dos métodos utilizados nas diferentes ciências. Pode-se conceituá-la ainda como parte de uma ciência que estuda os métodos aos quais ela própria recorre. Tais métodos caracterizam-se como o corpo de regras e diligências estabelecidas para se realizar uma pesquisa. (2012, p. 47)

Neste sentido as ações de pesquisas foram assim delineadas: levantamento bibliográfico e pesquisa documental. Para isso houve as leituras de artigos, dissertações e teses de doutorado para fundamentar principalmente a análise dos dados coletados.

A metodologia deste trabalho buscou favorecer a realização de pesquisa qualitativa por meio da análise dos marcos legais (legislação) que compõem a profissão do educador físico<sup>13</sup>, a exemplo de resoluções, decretos, diretrizes, entre outros, em âmbito nacional, ressalta-se também editais ofertados a nível estadual e municipais para compreendermos de que forma esses profissionais vêm sendo absorvidos pelo mercado de trabalho, por fim o PPP do Curso de LEF da UFPA, Campus Belém, é um documento norteador para percebermos como foi pensado a atuação dos alunos para a demanda que se apresenta no campo da saúde pública.

Assim, a escolha pela pesquisa documental foi pautada nas orientações de Silva et al (2009) que diz o seguinte:

A pesquisa documental, enquanto método de investigação da realidade social, não traz uma única concepção filosófica de pesquisa, pode ser utilizada tanto nas abordagens de natureza positivista como também naquelas de caráter compreensivo, com enfoque mais crítico. Essa característica toma corpo de acordo com o referencial teórico que nutre o pensamento do pesquisador, pois não só os documentos escolhidos, mas a análise deles deve responder às questões da pesquisa, exigindo do pesquisador uma capacidade reflexiva e criativa não só na forma como compreende o problema, mas nas relações que consegue estabelecer entre este e seu contexto, no modo como elabora suas conclusões e como as comunica (SILVA et al., 2009, p. 3).

---

<sup>13</sup> Segundo o Conselho Regional de Educação Física de Santa Catarina (CREF3/SC) que usar a terminologia educador físico, para quem é formado em educação física, está incorreta, apesar de seu uso ser comum. Tal nomenclatura não encontra-se na legislação brasileira. Portanto, o correto é profissional de educação física ou professor de educação física. Disponível em: <<http://www.crefsc.org.br>> Acesso em: 28/09/2018.

Desta maneira o presente estudo, buscou investigar como é percebido o processo de formação dos ingressos em EF, da UFPA, Campus Belém, na tentativa de compreender como estes futuros profissionais estão sendo formados para a atuação na ABS, partindo da análise do PPP, do supracitado curso de licenciatura. Para tanto o autor deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) se debruçou em leituras de cunho bibliográfico e documental, como forma de perceber como se deu o processo de direito à saúde da população, pelo SUS, e de como foi construído e constituído o perfil do educador físico, em relação a sua competência e conduta ética para trabalhar como um dos multiprofissionais da ABS.

## 1 DIREITO À SAÚDE E O SUS: PANORAMAS HISTÓRICOS E SOCIAIS

O primeiro capítulo irá abordar sobre o direito à saúde, partindo do pressuposto das concepções históricas e sociais que foram entrelaçadas à saúde no Brasil, a partir da ABS e o SUS. Assim, tal abordagem se faz necessária para que possamos compreender de que maneira se deram as políticas públicas, na tentativa de entender um dos princípios deste sistema, ou seja, o direito a “universalização” da saúde pública, de forma gratuita de qualidade.

Desta maneira, as discussões e sistematizações do direito à saúde encontram-se como algo intimamente ligado a necessidades da população, e vem desde o século XIX consolidando-se prioritariamente após o fim da Segunda Guerra Mundial. Neste contexto foram criados órgãos, que assumiam a responsabilidade “a promoção e garantia de alguns direitos considerados essenciais aos homens, entre os quais a Organização Mundial de Saúde (OMS)” (DUARTE, 2013, p. 91).

No cenário brasileiro podemos ver essa preocupação a partir da Constituição Brasileira de 1988, havendo uma transformação sobre a maneira de “pensar” a saúde brasileira. Percebia-se o “bem-estar” social entrelaçado com a esfera pública, no sentido de *integralizar o direito social* dos indivíduos, dentre os quais; destaca-se a saúde como sinônimo de cidadania. Essa Constituição também conhecida como “Constituição Cidadã” foi um marco de direitos da população, ressaltando-se a obrigação do Estado com a garantia efetiva do direito à saúde (BOZO; GUASQUE, [2013]).

Nesta concepção, o direito à saúde vai atingir a responsabilidade da esfera estatal, como podemos ver abaixo:

[...] o direito à saúde é estabelecido pelo artigo 196 da Constituição Federal como (1) ‘direito de todos’ e (2) ‘dever do Estado’ (3) garantido mediante ‘políticas sociais e econômicas’ (4) que vise à redução de doenças e de outros agravos, (5) regido pelo princípio do ‘acesso universal e igualitário’ (6) às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (MENDES, 2010 apud, BOZO; GUASQUE, [2013], p. 11).

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988, acima citado, elenca que o direito à saúde é tanto um direito coletivo, quanto individual, preconizado como responsabilidade legal do Estado nas esferas administrativas (federal, estadual e municipal), e deve ser materializado nas ações das políticas públicas como medida da diminuição de doenças: promovendo, protegendo e recuperando de forma sistemática à saúde da população (BOZO; GUASZQUE, [2013]).

De acordo com os autores, supracitados, foi a partir dessa demanda (da saúde) e na tentativa de ampliar a qualidade e acessibilidade dos serviços de saúde, que a criação do SUS

foi elaborada, isto é, o SUS “baseia-se no financiamento público e na cobertura universal das ações da saúde” (BOZO; GUASZQUE, [2013], p. 13).

Nesse intuito a implementação do SUS garantia os direitos da população, a partir da concepção de um modelo administrativo (SUS) que assegurasse o caráter formal de se comprometer com a sociedade, preconizando princípios, tais como “universalidade e igualdade, e organizado sob as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade”. (MENICUCCI, 2009, p. 1620).

Para Patrocínio (2012) o papel das esferas do governo brasileiro, foi bastante modificado após a implementação do SUS, haja vista que isso se deu por conta da descentralização político-administrativa, regida por normas federais na década de 90, possibilitando a ampliação, naquele contexto, do modo de pensar e fazer saúde.

A autora afirma ainda que, a “8ª Conferência Nacional de saúde realizada em 1986, constituiu um marco no processo de Reforma Sanitária Brasileira, em que os princípios políticos/ideológicos e diretrizes do SUS foram legitimados” (PATROCÍNIO, 2012 p. 41). Sendo um dos desafios do SUS, desde sua criação considerada como uma política de estado<sup>14</sup> garantir a saúde a todos os cidadãos em território nacional, visando como eixo central a universalidade e integralidade dos serviços.

Desta forma a atenção sobre a saúde, no final dos anos 80, período que o Brasil passou por um processo de redemocratização, foi o resultado de reivindicações sociais, que se ampliou para a esfera estatal, permitindo a ideia de um corpo saudável não se restringir somente a um corpo doente, porém a uma vida com qualidade (PATROCÍNIO, 2012).

Navarro (2006) aponta que essas mudanças/reivindicações (desde a década 70) em relação ao atendimento e visão aos serviços de saúde oferecidos ou prestados, se devem às transformações ocorridas no mundo do trabalho, haja vista que a exploração do trabalhador intensificou-se, ou seja, entre empregador e empregado, soma-se também o desemprego em parâmetro global, que é um dos motivos que prejudicou a saúde da população, mais precisamente dos trabalhadores, sendo uma preocupação latente do Estado. Navarro (2006) ainda destaca que isso se deu em razão das profundas alterações, ao término do século XX, na organização produtora nos países de economia capitalista (Estados Unidos, Inglaterra, Brasil,

---

<sup>14</sup> Políticas de Estado, por sua vez, são aquelas que envolvem as burocracias de mais de uma agência do Estado, justamente, e acabam passando pelo Parlamento ou por instâncias diversas de discussão, depois que sua tramitação dentro de uma esfera (ou mais de uma) da máquina do Estado envolve estudos técnicos, simulações, análises de impacto horizontal e vertical, efeitos econômicos ou orçamentários, quando não um cálculo de custo-benefício levando em conta a trajetória completa da política que se pretende implantar. Disponível em: <<http://www.institutomillennium.org.br>> Acesso em: 30 de set. 2018.

etc) sejam daqueles que avançados ou tardios no desenvolvimento do aparato tecnológico, começaram a passar e agregar, de forma progressiva, a microeletrônica, a informática, a robótica e variados mecanismos de inovações na área organizacional das empresas.

Desta forma, Navarro (2006) demonstra que esse conjunto de mudanças vem desde a década de 70 quando há uma crise na estrutura da experiência capitalista, “*que demanda várias mediações*” (NAVARRO, 2006, p. 51). É necessário, portanto, a produção do capitalismo seguir por uma lógica de “reestruturação” na estrutura organizacional, que ganha forma nos anos 80, se intensificando na década seguinte.

É a partir desse período (década de 90), conforme Navarro (2016), que acelera o desenvolvimento de globalização de ordem econômica, permitindo a propagação da ideologia política neoliberal refletindo nas transformações das relações de trabalho e na nova forma de pensar a organização das empresas. O impacto destas mudanças para chamada “classe trabalhadora” reverberou negativamente, pois elevou o índice de desemprego e subemprego, que afetou o mercado de trabalho em âmbito mundial.

No Brasil tais problemáticas eram visíveis nos anos 90, devido ao “*desemprego e subemprego*” demonstrado por Navarro (2006), uma vez que se pode considerar que a ordem capitalista implementada no mundo do trabalho, afetou de forma considerável a saúde dos trabalhadores brasileiros, que estão inclusos na grande massa da população. A criação do SUS foi uma resposta para “conter” o avanço das mazelas e/ou enfermidades que afetavam a maioria da população, dentre eles: a classe trabalhadora.

Todavia pontuamos que o surgimento do SUS só foi realizado devido aos esforços, dos movimentos sociais, dos próprios trabalhadores, de intelectuais, entre outros, que lutavam e reivindicavam do governo brasileiro melhorias nas redes de Atenção a Saúde (PATROCÍNIO, 2012).

Ao longo da trajetória do SUS, desde a sua criação, a responsabilidade do governo em tornar possíveis os princípios éticos deste programa, quanto à universalidade, igualdade e integralidade, ainda é um desafio. Pois, falta uma melhor articulação entre os setores de saúde (federal, estadual, municipal), além dos servidores e usuários. As políticas públicas só serão possíveis mediante comprometimento e a responsabilidade social destes com a saúde (SOUZA; COSTA, 2010, p. 516).

## 1.1 Atenção Básica em Saúde no Sistema Único de Saúde

A conceituação da ABS é algo bastante debatido na literatura<sup>15</sup>, tendo em vista que esbarra no contexto internacional das políticas de saúde voltadas para Atenção Primária (AP). Aquele termo foi utilizado em vários países, como por exemplo o Reino Unido. Esse país foi importante, uma vez que nele, segundo Patrocínio (2012) foi produzido o relatório Dawson<sup>16</sup>, na década de 1920, sendo um marco na organização do sistema de saúde, e porque nesse documento são apontados:

Três níveis distintos com vínculos formais entre si: centros de saúde primários, secundários e hospitais-escolas. Nas décadas seguintes, as descrições e funções de cada nível proporcionaram um fundamento para a organização dos serviços de saúde que influenciaram outros países, sugerindo um arranjo com níveis de atenção claramente definidos, onde centros de saúde situavam-se ao nível primário da atenção (PATROCÍNIO, 2012, p. 29).

De acordo com Patrocínio (2012), em 1977 a OMS realizou um evento que norteou a concepção da AP, reafirmando o compromisso com a “saúde de todos”. Naquele momento foi elaborado a declaração “*Saúde para Todos no Ano 2000*”, a qual propunha um nível de saúde que permitisse uma vida social e economicamente produtiva para todos os cidadãos do mundo” (PATROCÍNIO, 2012, p. 29).

Em 1978, na cidade de Alma-Ata<sup>17</sup>, em Cazaquistão, atrelado naquele período a União Soviética, realizou-se uma Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Este evento foi primordial para assegurar um pacto pelos estados-membros, quanto a disponibilidade de assistência em saúde para a população, em especial para famílias e comunidades. Ampliando a Atenção Primária à Saúde (APS) em despesas não oneráveis nos vários sistemas de saúde, nos países envolvidos naquele contexto (PATROCÍNIO, 2012).

<sup>15</sup> Sobre o assunto ler: MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos e DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. **Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – origens e diferenças conceituais**. Rev. APS, V. 12, abr/jun, 2009.

<sup>16</sup> “O Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido em 1920, é considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde em uma perspectiva de organização Sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços da saúde, por nível de complexibilidade e sob uma base geográfica definida” (LAVRAS, 2011, p. 868).

<sup>17</sup> A Declaração de Alma-Ata de 1978, em uma cidade da URSS, foi primordial para estabelecer “cuidados primários da saúde baseados em métodos e tecnologias práticas [...], colocadas em alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do desenvolvimento [...] Representam o primeiro nível de contatos dos indivíduos, da família e da comunidade como o sistema nacional de saúde [...]” (OMS, 1978, p.1-2, apud, LAVRAS, 2011, p. 869).

A Declaração de Alma-Ata<sup>18</sup> de 1978 foi vista como inovadora por elencar um discurso baseado no direito da saúde como estratégia a ser alcançada, identificando elementos primários de saúde como primordiais para diminuir a desigualdade entre as nações.

Esta declaração tinha como intencionalidade o desenvolvimento de um projeto desafiador que pudesse atingir nesses países “*Saúde para Todos até 2000*”, buscando garantir cuidados básicos à saúde na tentativa de assegurar a universalidade do direito a saúde de forma acessível à população (PATROCÍNIO, 2012). Essa intenção fica bem clara, segundo os autores Ferreira e Buss (2002) quando se examina alguns trechos da supracitada Declaração, como veremos abaixo:

- I. A conquista do mais alto grau de saúde exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde;
- III. A promoção e a proteção da Saúde da População é indispensável para o desenvolvimento econômico e social sustentado e contribui para melhorar a qualidade de vida e alcançar a paz mundial;
- IV. A população tem o direito e o dever de participar individual e coletivamente na planificação e aplicação das ações de saúde;
- VII-1. A Atenção Primária de Saúde é, ao mesmo tempo, um reflexo e consequência das condições econômicas e características sócio culturais e políticas do país e de suas comunidades;
- VII-3. Compreende, pelo menos, as seguintes áreas: a educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta correspondentes; a promoção da aptidão de alimentos e de uma alimentação apropriada; um abastecimento adequado de água potável e saneamento básico; assistência materno-infantil com inclusão de planificação familiar; a imunização contra as principais enfermidades endêmicas locais; o tratamento apropriado das enfermidades e traumatismo comuns e a disponibilidade de medicamentos essenciais;
- VII-4 Inclui a participação, ademais do setor saúde, de todos os setores e campos de atividades conexas do desenvolvimento nacional e comunitário, em particular o agropecuário, a alimentação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros, exigindo espaços coordenados de todos esses setores;
- VII-5. Exige a fomenta, em grau máximo, a auto-responsabilidade e a participação da comunidade e do indivíduo na planificação, organização, funcionamento e controle de Atenção Primária em Saúde (Apud FERREIRA; BUSS, 2002, p. 9-10).

Como se verifica acima a Declaração de Alma-Ata (1978) colaborou nos anos subsequentes na assistência em saúde, em especial no ano de 2005 para a construção de um documento intitulado “*Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*”.Reforçando a ideia exposta em Alma-Ata na tentativa de fortalecer a APS no continente americano (PATROCÍNIO, 2012).

---

<sup>18</sup>Em setembro de 1978 foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, organizada pela OMS e UNICEF em Alma-Ata, capital do Kazaquistão. A conferência foi assistida por mais de 700 participantes e resultou na adoção de uma declaração que reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais (MENDES, 2004, p. 447).

Três anos mais tarde, precisamente em 2008, foi elaborado um relatório denominado “*Atenção Primária em Saúde Agora Mais do que Nunca*”, em caráter mundial, que busca solidificar os sistemas de saúde pelo mundo, afim de ampliar seu desempenho, quanto sua aplicabilidade renovando e sistematizando cada vez a APS para atender as demandas da população, como havia sido definido tempos atrás na cidade de Alma-Ata (PATROCÍNIO, 2012, p. 30-31).

No Brasil, o nome utilizado é ABS, por conta das políticas públicas do próprio cenário existente desde a década de 80. Anteriormente, estas políticas eram geridas pelo “modelo médico assistente-privatista no país”, em especial, na década de 70, que ampliou-se até a década de 80, no qual ficou conhecida como Reforma Sanitária (PATROCÍNIO, 2012, p. 39).

Entretanto, este modelo sanitarista, segundo Patrocínio (2012), perde sua legitimidade no final da década de 80, mais precisamente através da promulgação da Constituição de 1988, que definiu em suas diretrizes a saúde como um dos focos a ser realizado pelo governo, mudando a atuação dos serviços oferecidos no campo da saúde, a partir da criação e/ou implementação do SUS, em 1990, conduzindo em seu bojo inovações no atendimento básico em saúde.

Essas mudanças dizem respeito a forma descentralizada na distribuição de serviços da saúde, cujo contexto está arraigado nas relações federativas e, é regulado por normas nacionais, e fortemente financiado por recursos federais, que contribuem diretamente para a atuação da ABS (PATROCÍNIO, 2012).

Nesse sentido, a ABS vem sendo concebida pela efetivação e ampliação das redes de atendimento do SUS, que baseia-se em princípios pautados na universalidade e integralidade dos serviços prestados à população, e que tem sido reafirmada na política nacional (PATROCÍNIO, 2012).

Os esforços para essa distribuição de atendimento da saúde, permitiu articulações do próprio governo para e na elaboração do documento intitulado “*Manual de Saúde em Atenção Básica*”, em 1998, sendo que “este manual está relacionado a organização da atenção básica, com base na lei nº 8.080/90, que tem como fundamentos os princípios do SUS” (BRASIL, 1998, p. 10).

Esse manual trata sobre as responsabilidades dos municípios, enquanto administradores e/ou gestores desse tipo de atendimento. Desse modo, a ABS deixa de ser uma reponsabilidade apenas estatal e perpassa pelo processo de municipalização ficando a cargo do gestor público municipal, sendo, portanto, a tarefa do Município realizar atividades e/ou ações que vislumbrem

o acompanhamento da saúde pública de forma autônoma, hierarquizada, com o objetivo de atender as demandas dos princípios do SUS (BRASIL, 1998).

Seguindo esse pensamento, o Manual de Saúde em Atenção Básica (BRASIL, 1998) descreve os seguintes princípios:

**Saúde como Direito** – O Estado surge como órgão público promotor das condições necessárias à garantia plena da saúde coletiva e individual, e é responsável por promover políticas públicas voltadas para a “redução de doenças e outros agravos”, promovendo assim a proteção e a recuperação da população;

**Integralidade da Assistência** – esse princípio é responsável pela articulação contínua de atividades voltadas para um atendimento preventivo e curativo, atrelado à necessidade específica do paciente, seja de modo individual ou coletivo;

**Universalidade** – nele é composto todo e qualquer acesso aos serviços de saúde direcionada ao usuário, isto é, relacionada à garantia em todos os níveis de atendimento sem “preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”;

**Equidade** – condiz a cobertura do serviço em Atenção Básica de Saúde, concernentes a vulnerabilidade que se encontram as situações de “vida e saúde” das pessoas e grupos específicos da população.

**Resolutividade** – das atividades e/ou serviços de saúde, que seja disponível de forma eficiente e qualitativa para a população seja nas Unidades Básicas de Saúde, como nas residências independentemente da situação do risco que e o indivíduo está exposto, sendo, também dever do Sistema Único de Saúde identificar e intervir nestes casos;

**Intersetorialidade** – é relacionado ao processo das atividades integradas entre “a saúde de serviços e outros órgãos públicos” na possibilidade de articular programas e estratégias que venham potencializar os recursos/custos orçamentários, a exemplo dos financeiros, tecnológicos e humanos;

**Humanização de Atendimento** – diz respeito a uma visão ampliada de acolhimento, buscando humanizar as relações entre os prestadores de serviço de saúde e a população, em outras palavras, entre as equipes de profissionais e a comunidade;

**Participação Social** – é vinculado a acessibilidade e disponibilidade do saber/conhecimento enquanto forma de melhorar o processo de entendimento quanto as categorias saúde e doença, além de estimular o desenvolvimento organizacional dos serviços relativos ao atendimento à comunidade como forma de controle social para uma melhor eficácia na “gestão do sistema” (BRASIL, 1998, p. 9, grifo nosso).

Estes princípios preconizados, no Manual de Atenção Básica (BRASIL,1998) contribuem para o avanço e efetividade das políticas públicas em saúde, mas, principalmente, dá margem aos:

Esforços para organização e desenvolvimento da Atenção Básica devem apontar para o redirecionamento do modelo de atenção buscando a integralidade de assistência no âmbito de um sistema que é constituído por uma rede hierarquizada e regionalizada e resguardando sempre, o preceito constitucional da autonomia do município no processo de descentralização e o cumprimento dos demais princípios – Saúde como Direito, Integralidade da Assistência, Universalidade, Equidade, Resolutividade, Intersoterialidade, Humanização do Atendimento e Participação Social – que norteiam o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1998, p. 10).

Nesta perspectiva cabe à gestão municipal direcionar e/ou gerenciar as unidades de saúde próprias, promovendo estratégias para potencializar a assistência em saúde, além de promover formações continuadas aos seus profissionais, além de alimentar constantemente os dados sobre os usuários em caráter nacional para uma melhor maneira de democratizar e controlar os serviços oferecidos pelo SUS (BRASIL, 1998).

Assim, cabe ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS trazer em seu bojo tais atribuições comuns da União (Estado, Distrito Federal e Municípios), tendo como missão administrar os recursos orçamentários e financeiros, destinados para cada Unidade de Saúde, além de garantir meios para formação política de recursos humanos e melhoras ou inovações técnicas para a saúde do trabalhador, entre outros (BRASIL, 2003).

O controle ou administração da ABS, conforme Patrocínio (2012) se dá por meio de políticas através de implementação de legislação específica, a exemplo da promulgação da Portaria MS/GM 154/08, de 24 de janeiro de 2008 o qual explicita que a:

Atenção Básica é normatizada por meio de uma política nacional, que a define como um conjunto de fundamentos e diretrizes capazes de “*desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades*” (PATROCÍNIO, 2012, p.15).

Essa política, conforme Patrocínio (2012), objetiva melhorar a AB como “porta de entrada” na utilização de prestação de serviços de saúde, consolidando-a como sistema fundamental no funcionamento de atenção no SUS. Desse modo no cenário brasileiro a:

Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012, p. 9).

Não à toa que desde a criação do SUS a ABS tem passado por constantes reformulações: a exemplo da própria orientação do Ministério da Saúde, no ano de 2012, que produziu um documento que trazia como diretrizes a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), conduzindo em sua estrutura orientações sobre as maneiras de administrar os serviços de saúde.

A PNAB<sup>19</sup> orienta o profissional quanto à prestação de serviço em saúde, ampliando o atendimento nas redes de atenção, utilizando-se do “reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil” (BRASIL, 2012, p. 10).

Em outras palavras, a PNAB se materializa nas políticas públicas de saúde na fomentação e organização dos diversos trabalhos voltados para a promoção da saúde de qualidade como a ESF, NASF, Academia da Saúde, Programa Saúde na Escola<sup>20</sup>. São esses serviços de atendimento que demonstram a preocupação de uma Política Nacional voltada para a ABS (BRASIL, 2012; PATROCÍNIO, 2012).

É sob essa perspectiva que a inserção do PEF no campo da saúde se fez e faz presente, mesmo de maneira lenta. Todavia, de acordo com Coutinho (2010), isso é devido a uma visão da gestão, em especial a Municipal, relativo a “realização de atividades físicas<sup>21</sup> junto às equipes da ESF, verificamos que poucas equipes tinham à prática de atividade física, sendo organizada, e que na maioria das vezes não era o PEF que estava à frente das atividades” (COUTINHO, 2011, p. 19).

Por outro lado, o autor aponta que é necessário compreender o PEF como um trabalhador importante para auxiliar nos processos, nas ações de saúde, tendo em vista, que este ajuda no cumprimento “de promoção da saúde e à prevenção de doenças e também possibilita a construção do trabalho em equipe, a partir de diferentes conhecimentos (COUTINHO, 2011, p. 19).

Conforme, os autores Jayanna de Rezende Bachetti e Carlos Nazareno Ferreira Borges (2016), no artigo intitulado “*Políticas públicas de Saúde no Município de Vitória/ES: práticas corporais como estratégia*”, é recorrente nos discursos da saúde a noção da importância da atividade física, no qual ultimamente esta tem ganhado destaque, embora os autores afirmem que as práticas corporais exercidas pelo PEF, ainda tem pouca expressividade nos espaços concernentes a saúde pública.

---

<sup>19</sup> Política Nacional aprovada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 13). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>> Acesso: 02 de out. 2018.

<sup>20</sup> O Programa Saúde na Escola, política intersetorial da Saúde e Educação, foi instituído em 2007. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral. Disponível em: <[dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php)> Acesso em: 28 de nov. 2018.

<sup>21</sup> Atividades físicas são movimentos corporais produzidos pelos músculos esqueléticos, que tem como resultado um gasto de energia maior do que os níveis de repouso. Disponível em: <[atividades-fisicas.info](http://atividades-fisicas.info)> Acesso em: 03 de jan. 2019.

Os autores apontam que ao adentrar o site do Ministério de Saúde, perceberam que existem programas voltados para a inserção deste profissional na área da saúde, os mesmos, citam a ESF, que trabalha com a implantação de equipes de várias áreas de atuação profissional, em Unidades Básicas de Saúde (BACHETTI; BORGES, 2016).

Todavia, os programas supracitados se voltam para o acompanhamento de famílias, que estão inseridas em locais delimitados, onde estes profissionais atuam em ações que promovam a saúde, além de prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos subsequentes oriundos de múltiplos fatores, fazendo sempre a manutenção dessa comunidade (BACHETTI; BORGES, 2016).

Outra prerrogativa, diz respeito, ao NASF, que elenca a ABS, como objetivo de ampliar as redes de serviço da ESF, para a melhoria do desenvolvimento de “territorialização e regionalização” a partir da concepção de AB, baseado na:

Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), complementada pela Portaria Nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): médico acupunturista, assistente social, profissional da Educação Física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional (BACHETTI; BORGES, 2016, p.65-66).

Percebe-se que a aplicação das práticas corporais também é uma atribuição do PEF. De acordo com Patrocínio (2012), em sua dissertação denominada “Núcleo de Apoio a Saúde da Família: proposta nacional e a implementação em municípios do Estado do Rio de Janeiro”, a partir de 2011 através da divulgação das novas diretrizes da PNAB, houve a expansão de serviços e aumento da categoria profissional para compor o NASF. Desta maneira, o número de trabalhadores passam de treze para dezenove, inovando também nos lugares de atendimento vinculando as equipes de AB para comunidades específicas, que vai desde um consultório de rua, a atenção a populações ribeirinhas/fluviais, além da implementação da Academia da Saúde (PATROCÍNIO, 2012, p. 74).

Em outubro de 2015 o Ministério da Saúde lançou o primeiro boletim, através da Coordenação-Geral de Gestão de Atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família, onde desvelou dados concernentes ao atendimento e expansão desse tipo de atendimento, explicando que até aquele momento existiam:

5.067 equipes do Nasf credenciadas no País, das quais 4.230 estão implantadas em 3.329 municípios brasileiros. Das equipes implantadas, 2.419 são modalidade de Nasf

1.842 são modalidade de Nasf 2 e 969 são modalidade de Nasf 3 (competência agosto/2015). Mais de 23 mil profissionais compõem essas equipes. As cinco categorias profissionais que mais aparecem na composição delas são fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e educadores físicos (BRASIL, 2015).

Este boletim trouxe implicações sobre ABS, através da aplicação de questionários que foram elaborados no final do ano de 2014, com a finalidade de perceber a atuação e aproximar as ações das secretarias Estaduais de Saúde em relação ao NASF. Tais questionários explicaram que dos 27 estados brasileiros, somente 26 responderam o questionário. Demonstrando dentre os respondentes, 46% estão inseridos em cargos de gestão e gerência na prestação de serviço da saúde, enquanto 15% afirmaram que ocupam cargos de técnicos de Atenção Básica (BRASIL, 2015).

Segundo Garcia (2014) incluir profissionais da área de EF nas práticas corporais, voltadas para a ABS, é crucial para fortalecer a dimensão da prática profissional, que perpassa por uma visão ética, humanista e crítico-reflexivo. A mesma aponta que o documento elaborado pela (OMS), no ano de 2010, avançou para essa perspectiva a medida que afirma a importância das “práticas corporais/atividades físicas” como forma de contribuição para a ABS.

Essa posição da OMS, possibilitou a implementação da portaria 179 pelo governo federal, em 07 de abril de 2011, que instituiu o Programa Academia da Saúde como política pública do SUS, medida que avançou na inserção do PEF neste espaço, tendo como objetivo o fortalecimento do SUS, contribuindo para a promoção e prevenção da saúde da população (CRUZ; MALTA, 2014, p. 39-40).

O programa vem sendo gerido e/ou planejado pelo “Grupo de Apoio à Gestão do polo formado por profissionais do programa, da ESF, do NASF e de outros setores de gestão pública e comunidade” (CRUZ; MALTA, 2014, p. 41). Desta forma o profissional do campo de conhecimento da EF que atuar, em especial no NASF “devem reforçar as nove diretrizes na atenção à saúde: interdisciplinaridade; intersetorialidade; educação popular; território; integralidade; controle social; educação permanente em saúde; promoção da saúde; humanização” (BENEDETTI; BORGES, 2014, p. 55).

E é nessa demanda de inserção dos PEF no âmbito da saúde, entrelaçado às políticas do SUS, dos limites e avanços da ABS acima exposto, que o autor deste trabalho de conclusão de curso, busca compreender no segundo capítulo quais as expectativas do profissional da EF, em relação a sua atuação no campo da saúde.

## 2 A EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Não é de hoje a crescente importância que vem sendo dada à profissão de EF. Principalmente pelo vasto desenvolvimento que o mundo da prática das atividades físicas vêm adquirindo através das divulgações feitas pela mídia e redes sociais. Nesse contexto emergem novas oportunidades para uma rápida inserção no mercado de trabalho, uma vez que, tal profissão tem o seu espaço garantido na atuação no campo escolar e não escolar como é o caso de academias, clubes, ou seja, uma atuação que caminha entre as áreas da saúde e educação, corroborando com o que Antunes (2007) expõe abaixo:

Nesse contexto, houve uma ampliação nas áreas de atuação do profissional de educação física. A área de educação física escolar, a mais tradicional, oferece possibilidades na educação infantil, ensino fundamental, médio e superior. Na área da saúde surgem maiores oportunidades de trabalhos com equipes multiprofissionais em hospitais, clínicas e centros de tratamentos. No lazer podem ser desenvolvidos trabalhos em prefeituras, clubes, hotéis, entre outros locais que oferecem atividades de lazer. No esporte as ações dos profissionais de educação física podem ocorrer no contexto profissional, amador e de iniciação. Ainda, surgem oportunidades em empresas, principalmente em academias e escolas de iniciação esportiva (ANTUNES, 2007, P.141).

Esse panorama acima contribui para a crescente procura das pessoas em relação aos cursos de EF no Brasil, como podemos ver no censo do ano de 2016<sup>22</sup>, que demonstrou neste mesmo ano a demanda por frequência de matrículas por graduação em licenciaturas a âmbito nacional, compreendendo as instituições públicas e privadas do país, onde o curso de EF aparece em segundo lugar com 185.554 de alunos matriculados, perdendo apenas para o curso de Pedagogia, que comportou 675.644 dos discentes matriculados naquele mesmo período (CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, 2016). A tabela abaixo mostra como é o caso do curso de LEF da UFPA, Campus Belém, no quesito demanda e procura pelo curso, compreendendo os anos de 2011 a 2018:

Tabela 2- Demanda candidatos por vagas ao curso de Licenciatura em Educação Física, da Universidade Federal do Campus Belém.

ANO	Nº DE VAGAS	COLOCAÇÃO	COTISTA	NÃO COTISTA	PCD	TOTAL
2011	46	9º	634	549	3	1186
2012	46	7º	1055	602	2	1659

<sup>22</sup> DEED. **Censo da Educação Superior**, 2016. Principais Resultados. Disponível em: <<http://download.inep.gov.br/educacaosuperior/censosuperior/documentos/2016/censosuperiortabelas.pdf>> Acesso em: 02 de out. 2018.

2013	46	8°	954	574	4	1532
2014	41	8°	2576	918	6	3500
2015	38	6°	3068	993	9	4070
2016	38	7°	2709	625	13	3347
2017	38	8°	2675	321	6	3002
2018	46	8°	2706	306	–	3012

Tabela produzida pelo autor deste trabalho. Informações retiradas do site: [www.ceps.ufpa.br](http://www.ceps.ufpa.br). Acesso em: 12 de fev. 2018.

Nos anos de 2011 a 2013 o PSS da UFPA era dividido em primeira fase ENEM e segunda fase vestibular tradicional. A partir do ano de 2014 a UFPA aderiu ao ENEM como única etapa para ingressar na Instituição. Percebe-se que o curso de LEF, conforme a tabela acima, sempre esteve entre os dez primeiros no quesito de procura e demanda pelos vestibulandos, contudo, ressalta-se que no de 2018, o curso de EF esteve em oitavo lugar frente a sessenta e três cursos<sup>23</sup> ofertados pela UFPA.

Para Razeira (2014) a EF tem sido atrativa devido a amplitude do seu campo de trabalho, em outras palavras:

[...] o esporte ainda parece ser o grande incentivador para o opção profissional de muito jovens. Por outro lado, o treinamento físico e a atividade física voltada para a saúde, têm sido alvos de muito interesse. Para os outros, as recentes modificações curriculares, advindas inclusivas das novas demandas do mercado de trabalho e da regulamentação da profissão de Educação Física, obrigam os acadêmicos da área a escolher entre mais de uma opção de curso e, por consequência, seu campo de atuação profissional (RAZEIRA et al., 2014. p. 131).

Por sua vez, a EF embora tenha a sua imagem atrelada à atuação na escola e práticas esportivas, outras espaços de ocupação vem ganhando notoriedade para o exercício profissional da EF, dentre eles; o SUS, mais especificamente na ABS, onde Coutinho (2013) afirma que a AB no SUS possui particularidades que nenhum outro espaço “habitual” (academia, escola,

<sup>23</sup> Administração; Arquitetura e Urbanismo; Arquivologia; Arte Visuais; Biblioteconomia; Biomedicina; Biotecnologia; Ciências da Computação; Ciências Biológicas; Ciências Contábeis; Ciências Naturais; Ciências Sociais; Cinema e Audiovisual; Comunicação Social (Jornalismo); Comunicação Social (Publicidade e Propaganda); Dança (Licenciatura); Desenvolvimento Rural; Direito; Economia; Educação Física; Enfermagem; Eng. Bimédica; Eng. Civil; Eng. da Computação; Eng. de Alimentos; Eng. de Bioprocessos; Eng. de Telecomunicações; Eng. Elétrica; Eng. Ferroviária e Logística; Eng. Mecânica; Eng. Naval; Eng. Química; Eng. Sanitária e Ambiental; Estatística; Farmácia; Filosofia; Física; Fisioterapia; Geografia; História; Letras (Libras); Letras (Alemão); Letras (Espanhol); Letras (Francês); Letras (Português); Licenciatura em Educação em Ciências, Matemática e Linguagens; Matemática; Medicina; Meteorologia; Música; Nutrição; Oceanografia; Odontologia; Pedagogia; Psicologia; Química; Química Industrial; Serviço Social; Sistema de Informações; Teatro (Licenciatura); Tecnologia em Produção Multimídia; Terapia Ocupacional, Turismo. Disponível em: <[www.ceps.ufpa.br](http://www.ceps.ufpa.br)> Acesso em: 18 de abr. 2018.

clube, entre outros) da prática profissional do educador físico possui. E para que a atuação neste cenário ganhe força, primeiramente há a necessidade de argumentos legais que respaldem esta inserção.

Segundo Silva (2010) sobre a questão da inserção do PEF na saúde, este, afirma que o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução N° 218/1997<sup>24</sup>, acaba por reconhecer o Educador Físico como profissional da área da saúde. E em seguida a Resolução n° 287 de 08 de Outubro de 1998<sup>25</sup>, do Conselho Nacional de Saúde, considera que:

[...] a **8ª Conferência Nacional de Saúde** concebeu a saúde como “*direito de todos e dever do Estado*” e ampliou a compreensão da relação saúde/doença como decorrência das condições de vida e trabalho, bem como do acesso igualitário de todos aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, colocando como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e a participação social;  
 [...] a **10ª CNS** reafirmou a necessidade de consolidar o Sistema Único de Saúde, com todos os seus princípios e objetivos;  
 [...] a **importância da ação interdisciplinar** no âmbito da saúde; e o reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior constitui um avanço no que tange à concepção de saúde e à integralidade da atenção (BRASIL, 1998, grifo nosso).

Essa resolução relaciona as 14 profissões que se enquadram na categoria de profissionais da saúde de nível superior que atuarão de acordo com o seu conselho, a saber: Assistência Social, Biólogos, Biomédicos, PEF, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais.

Diante da resolução 287 do CNS, o PEF passa a ter um norte sobre a sua inserção dentro da saúde pública, mas faltava a solidificação de fato de onde ele atuaria, então em 2008 é lançada a portaria, através do Ministério da Saúde (MS), que institui o Programa NASF (BRASIL, 2008 apud MARTINEZ; SILVA; SILVA, 2014, p. 223), posteriormente tornando público o documento intitulado Diretrizes do NASF (BRASIL, 2009 apud MARTINEZ; SILVA; SILVA, 2014, p. 223) e que na sequência seria redefinido para Parâmetros e Modalidades (BRASIL, 2012 apud MARTINEZ; SILVA; SILVA, 2014, p. 223). Segundo dados do MS do ano de 2013 revelam que 1031 educadores físicos ingressaram no NASF em todo o território nacional e que este é um dos cinco profissionais mais admitidos para trabalhar no programa (MARTINEZ; SILVA; SILVA, 2014, p. 224).

<sup>24</sup>Para saber mais sobre a resolução 218/1997, acesse o endereço eletrônico: <conselho.saude.gov.br>docs>reso218> Acesso em 28 de set. 2018.

<sup>25</sup>Para saber mais sobre a resolução 287/1998, acesse o endereço eletrônico: <conselho.saude.gov.br>docs>reso287> Acesso em 28 de set. 2018.

Diante dessas afirmações podemos perceber a importância que a atuação do PEF vem ganhando na ABS, para tanto cabe a nós pensarmos porque este evento vem acontecendo em um espaço dominado pelo modelo biomédico tradicional<sup>26</sup> onde a avaliação de exames e cura de doenças através de remédios é de caráter predominante?

Na verdade, este fato vem ocorrendo devido ao grande número de estudos que vem sendo feito sobre a atividade física, práticas corporais, saúde e doença, o que corrobora com Silva (2010) quando vários estudos dão suporte científico entre a relação saúde e exercício físico de forma inegável. E que há trabalhos que reafirmam esta compreensão e mostram que doença e sedentarismo estão diretamente relacionados, é o que será discutido na próxima subseção.

## **2.1 O processo de adoecimento e seus impactos na saúde**

Sabe-se que o sedentarismo contribui para o desenvolvimento de inúmeras doenças, tanto de caráter contagioso quanto não contagiosos conhecidos como Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Nestas últimas enquadram-se como principais a diabetes tipo 1 e 2, hipertensão, obesidade, câncer, doenças respiratórias, males renais, Parkinson, Alzheimer, esclerose e depressão. Ainda, devemos nos atentar para outros fatores, que podem ter ação e relação direta para o desencadeamento das doenças acima citadas, como os advindos de questões sociais, ambientais e econômicos.

Segundo Giraldo et al. (2013, p. 187), no Brasil, as DCNT's são causadoras de 72% dos óbitos e do alto número de intervenções hospitalares. Para tanto, precisa-se compreender quais são as principais fontes causadores apontados por Moretti et al. (2009, p. 347) quando as dificuldades da atual forma de viver adicionados ao crescimento populacional, ao desenvolvimento da indústria de remédios, criação de patologias sociais, hábitos, comportamento influencia na vida das pessoas mudando o retrato de agravos à saúde. Assim,

---

<sup>26</sup> Para Giddens (2008) o modelo biomédico tradicional é um produto do crescimento das sociedades modernas (ou seja, uma preocupação por parte dos governos públicos em permitir a “modernização” de suas cidades, no qual a saúde pública era o foco de “cuidados” e medidas paliativas para “higienização” da sociedade), concebido desde o século XIX, vislumbrava a doença de forma objetiva, no qual o “especialista” era treinado apenas para identificar a mazela que atormentava a vida do paciente, sobretudo no aspecto físico e mental, onde “o espírito e o corpo podem ser tratados separadamente” (GIDDENS, 2008, p. 156). A partir desse momento, era necessário criar instituições clínicas (hospitais, hospícios, casas correccionais, entre outros) para estabelecer e o isolamento do paciente do restante da população saudável, dando uma abordagem clínica impessoal para obter a cura da doença, sendo que não há uma preocupação com o estado de saúde do indivíduo e/ou seu bem-estar. Notadamente no contexto brasileiro esse modelo foi contestado a partir do marco legal da promulgação da Constituição Federal de 1988, que assegurava o direito à saúde a população, vale ressaltar que a criação do Sistema Único de Saúde – SUS (1990), vem assegurar um atendimento humanizado no atendimento médico do paciente.

percebemos que fatores sociais, econômicos, atitudes têm uma relação direta com o desenvolvimento demográfico e sua estruturação enquanto saúde e qualidade de vida.

Outros agentes influenciam no estado de saúde e qualidade de vida da população, agentes estes que podem ter diferentes origens como estresse, [...]“drogadização, desnutrição, [...]excesso de lixo, esgoto, falta de água, poluição atmosférica, sonora, visual, diminuição de áreas verdes e ocupação desordenada”[...] (MORETTI et al., 2009, p. 347).

Para Giddens (2008), o ambiente e os materiais são os principais responsáveis pelas diferenças na saúde em detrimento das amplas organizações sociais. Analisando o que foi citado neste parágrafo, vemos que o processo de adoecimento está para além do corpo ser afetado por um agente patológico e ou processo inflamatório, ou seja, a falta de acesso aos serviços comuns oferecidos pelo Estado também contribuem.

O acesso aos serviços de saúde é um direito garantido pela Constituição Federal de 1988<sup>27</sup>, seja para a prevenção, reabilitação ou cura de uma determinada enfermidade. Também sabemos que quanto mais pessoas procuram atendimento médico especializado, mais isso gera um determinado gasto aos cofres públicos. Podemos exemplificar estes gastos com exames, hospitalização, internações em UTI, medicamentos, materiais hospitalares, dentre outras coisas que compõem um atendimento de qualidade. Um dos principais causadores pela procura de atendimento hospitalar são as DCNT's como já apontado neste trabalho por Giraldo et al, (2013).

Bielemann et al. (2015) afirmam, que as DCNT's representam as maiores despesas no SUS. E que em 2005, cerca de 58% foram gastos com serviços de saúde, segundo dados do MS. Porém, estratégias devem ser criadas para que haja uma redução da gastos na saúde pública e ao mesmo tempo a manutenção e melhora da saúde dos seus usuários, e uma dessas estratégias é a prática de atividade física como aponta Giraldo et al. (2013) que a literatura vem mostrando a diminuição das DCNT's mediante a prática contínua de exercícios físicos e que também contribuem na minimização da procura pelos serviços hospitalares e na redução com gastos na saúde.

Portanto, é evidente que as atividades físicas/práticas corporais assumem um caráter de investimento no SUS, já que elas afetam diretamente na verba destinada ao sistema de saúde uma vez que segundo Giraldo et al. (2013) a economia gerada pela atividade física no SUS

---

<sup>27</sup> ART. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Disponível em: <[www.stf.jus.br/arquivo/cms/LegislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf](http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/LegislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf)> Acesso em: 02 de out. 2018.

pode variar entre 12% a 50% com remédios e hospitalizações. Bielemann et al. (2015) reforçam a ideia de que é necessário que se faça mais investimentos em métodos que visem a diminuição do sedentarismo, para que atenuem de forma significativa as despesas para o SUS, ampliando o bem-estar global do indivíduo.

Apesar de ressaltarmos, brevemente, os aspectos que influenciam para o desencadeamento de agravos à saúde e à qualidade de vida, é imprescindível destacarmos os benefícios que as práticas corporais/atividade física desenvolvem nos indivíduos que as praticam de forma regular, uma vez que:

A prática de exercícios físicos regulares, é capaz de agir na prevenção de doenças crônicas e como tratamento não farmacológico das de agravos já existentes, melhorando a qualidade de vida do paciente. Recomendar, orientar e prescrever a prática do exercício físico de forma segura e eficaz nos casos de doenças crônicas traz benefícios individuais e coletivos (ALVES; PONTELLI, 2015).

Assim, elencamos, no quadro abaixo, algumas doenças e os benefícios adquiridos com a prática regular de exercícios:

Quadro 1- Relação doença e atividade física/práticas corporais.

DOENÇAS	BENEFÍCIOS COM A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA/PRÁTICAS CORPORAIS
<p><b>Diabetes: Diabetes melitos (DM) é um grupo de doenças metabólicas caracterizado por elevação da glicose sanguínea (i. e., hiperglicemia) como resultado de defeitos na secreção de insulina e/ou inabilidade de utilizar a insulina.</b></p>	<p>Os benefícios do exercício regular para indivíduos com DM tipo 2 e pré-diabéticos incluem a melhora da intolerância à glicose, o aumento da sensibilidade à insulina e a diminuição de HbA1c<sup>28</sup>. Em indivíduos com DM tipo 1 e aqueles com DM tipo 2 utilizando insulina, o exercício regular reduz a necessidade de insulina. Alguns dos benefícios importantes causados pelo exercício em indivíduos com DM tipo 1 ou tipo 2 ou pré-diabéticos incluem melhoras dos fatores de risco de DCV (i. e., perfis lipídicos, pressão arterial [PA], peso corporal e capacidade funcional) e do bem-estar.</p>
<p><b>Hipertensão arterial sistêmica: HAS é uma doença multifatorial caracterizada pela manutenção de níveis elevados de pressão arterial (PA) sistólica (PAS ≥ 140 mmHg) e/ou diastólica (PAD ≥ 90 mmHg). Ela se associa a alteração de vários órgãos-alvos (coração, encéfalo, rins e vasos), aumentando o risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.</b></p>	<p>A prática regular do exercício aeróbico reduz a PAS/PAD clínica em -3,0 / -2,4 mmHg. Além disso, o exercício aeróbico reduz a PA de 24 horas e o aumento da PAS durante o exercício físico. Esses efeitos risco podem resultar na redução da necessidade de medicamentos ou, até mesmo, no controle da PA sem a necessidade de medicamentos anti-hipertensivos. Os maiores efeitos hipotensores do exercício aeróbico são obtidos com exercício físicos de maiores volumes (maior frequência semanal) e intensidade leve a moderada.</p>

<sup>28</sup> A dosagem da hemoglobina glicada, também chamada de hemoglobina glicolisada, hemoglobina A1c ou simplesmente HbA1c, é um exame de sangue muito utilizado para o acompanhamento dos pacientes diabéticos, por ser ele uma forma eficaz de avaliar os níveis médios da glicose sanguínea nos últimos 2 ou 3 meses. Disponível em: <[www.mdsaude.com/2016/07/hemoglobina-glicada.html](http://www.mdsaude.com/2016/07/hemoglobina-glicada.html)> Acesso em: 28 de nov. 2018.

<b>Obesidade: A obesidade é definida como o acúmulo excessivo de gordura corporal. A epidemia de obesidade verificada atualmente pode ser explicada por um simples fato: consumimos mais energia que gastamos e a energia excedente é estocada sob a forma de gordura.</b>	O papel do exercício físico nesse contexto é melhorar a aptidão física do indivíduo obeso e reduzir os fatores de risco cardiovascular e metabólico, o que ocorre antes mesmo de perda significativa da massa corporal.
--	---

Quadro produzido pelo autor desta monografia. Extraído de ACSM, 2014, p. 259 e 261; JÚNIOR, et al. 2013, p. 267 e 270; MORAES e ZANESCO, 2013, p. 467 e 473.

A EF por ser uma das profissões mais recém incorporadas à área da saúde, cabem as possíveis reflexões sobre o que compete ao PEF dentro da ABS. Competência esta que deve ser entendida como a aptidão ou a habilidade para desempenhar uma determinada tarefa. Na tentativa de nortear tais competências, Francisco Martins da Silva (2010) foi organizador juntamente com vários autores na elaboração de um livro em 2010, através do CONFEF<sup>29</sup>, o documento intitulado “*Recomendações Sobre Conduta e Procedimentos do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde*” como uma forma de auxiliar os profissionais da área no SUS.

Segundo Silva (2010), é do interesse do PEF, junto ao NASF e outros espaços interventivos, desenvolver ações e/ou atividades que promova a qualidade de vida da população, como podemos ver abaixo:

**Proporcionar educação** permanente por meio de ações próprias do seu campo de intervenção, juntamente com as Equipes de Saúde da Família (ESF), sob a forma de coparticipação, acompanhamento e supervisão, discussão de casos e métodos da aprendizagem em serviço;

**Incentivar a criação** de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertencimento social nas comunidades, por meio da atividade física regular, do esporte, das práticas corporais de qualquer natureza e do lazer ativo;

**Promover ações** ligadas aos exercícios/atividades físicas próprias do seu campo de intervenção junto aos órgãos públicos e na comunidade;

**Articular parcerias** com setores da área administrativa, junto com a ESF e a população, visando ao melhor uso dos espaços públicos existentes e a ampliação das áreas disponíveis para a prática de exercícios/atividades físicas próprias do seu campo de intervenção;

**Promover eventos** que estimulem e valorizem a prática de exercícios/atividades físicas próprias do seu campo de intervenção, objetivando a saúde da população (SILVA, 2010, p. 23, grifo nosso).

<sup>29</sup> O sistema CONFEF/CREF, teve início em 1998, no dia 1º de setembro, quando foi sancionada a Lei Federal nº 9696/98. A lei que institui a Educação Física como profissão e regulamenta seu exercício e também cria o Conselho Federal de Educação Física, órgão responsável pela fiscalização do exercício da profissão de Educação Física. Disponível em: <[www.cref.org.br/artigos/voce-sabe-como-funciona-o-sistema-confef-cref](http://www.cref.org.br/artigos/voce-sabe-como-funciona-o-sistema-confef-cref)> Acesso em: 30 de set. 2018.

O documento citado anteriormente faz alusão também de como o PEF deve proceder quanto ao processo de avaliação e prescrição de exercícios para a população doente ou saudável, coletivo ou individual, mas Coutinho (2011), ressalta sobre as necessidades de avanços que tal documento precisa ter quando afirma que:

Apesar de este documento avançar, ao apresentar recomendações para o profissional de educação física que atua no SUS, suas argumentações ainda são carentes de uma fundamentação em referências atuais que discutem esta relação (educação física e SUS) à luz dos princípios da ABS e, conseqüentemente, têm a tendência de pautar suas indicações numa visão biomédica da assistência (COUTINHO, 2011, p. 23).

O mesmo aponta que:

Esse fato sugere a necessidade de repensar as competências que possam balizar a prática do profissional de educação física na ABS, na intenção de mostrar possibilidades, pois acreditamos que uma elaboração mais sistematizadas de competências não se dará na perspectiva de “engessar” um profissional em um determinado padrão, mas sim, como uma ferramenta norteadora, no entanto sujeita e com recomendações de ser (re)vista e (re)elaborada constantemente com vista a representar as transformações da dinamicidade do processo de trabalho que se desenvolve no dia a dia do próprio serviço (COUTINHO, 2011, p. 23-24).

Ao se falar sobre competência profissional, temos que nos atentar sobre a sua importância pois é esta que irá designar o que cada profissional deverá fazer dentro do seu local de trabalho, no caso do educador físico o SUS, ambiente que trabalha de forma riquíssima com o conceito multiprofissional. Mesmo que tentemos conceituar o que é competência, ela continuará possuindo vários significados, é o que Rocha e Centurião (apud Lima, 2007, p. 26) relatam:

[...] apesar de ter sido bastante debatido nas últimas décadas, o termo competência continua polissêmico e, no contexto educacional, é discutido sob três abordagens distintas, resumidamente: uma em que competência é entendida como um conjunto de atributos pessoais; outra vinculada aos resultados observáveis e outra denominada ‘competência dialógica’ que combina atributos pessoais e ações visando um determinado resultado em contexto específico. Este conceito trabalha com o desenvolvimento de capacidades e atributos cognitivos, psicomotores e afetivos que, combinados, determinam formas distintas de realizar, com sucesso, ações características de uma dada prática profissional. Pressupõe, segundo a autora, a construção de significado na integração teoria e prática, pois é na reflexão e na teorização a partir das ações de prática profissional, desenvolvidas em ambiente real de trabalho, que os atores do processo ensino-aprendizagem (docentes, estudantes, profissionais de serviço, usuários) constroem e desenvolvem suas potencialidades e capacidades de resolver os problemas que cotidianamente afetam a saúde das pessoas.

Assim pode-se delimitar de forma eficiente a atribuição do PEF para que não ocorra o desvirtuamento do papel deste profissional e este acabe desempenhando o trabalho do outro, o que cabe lembrar que cada profissão tem o seu Código de Ética e que deve ser consultado e, portanto, devendo-se evitar a imperícia, imprudência e a negligência. Vale salientar que de acordo com a Resolução do CONFEF nº307/2015<sup>30</sup>, respectivamente sobre o Código Ética:

Art.4º - exercício profissional em Educação física pauta-se-á pelos seguintes princípios:

I - o respeito à vida, à dignidade, à integridade e aos direitos do indivíduo;

II – a responsabilidade social;

III – a ausência de discriminação ou preconceito de qualquer natureza;

IV – o respeito à ética nas diversas atividades profissionais;

V – a valorização da identidade profissional no campo das atividades físicas, esportivas e similares;

VI – a sustentabilidade do meio ambiente;

VII – a prestação, sempre, do melhor serviço, a um número cada vez maior de pessoas, com competência, responsabilidade e honestidade;

VIII – a atuação, dentro das especificidades do seu campo e área do conhecimento, no sentido da educação e desenvolvimento das potencialidades humanas, daqueles aos quais presta serviço (CONFEF, 2015).

Outra prerrogativa, trata-se sobre os movimentos sociais a exemplo da Rede Unida<sup>31</sup> que acompanharam de forma ativa as discussões sobre as DCN conduziram algumas instruções quanto as competências gerais necessárias que deveriam representar um novo perfil profissional e que de certa forma também representam os profissionais da saúde, a saber são elas:

Destacam-se as categorias da **atenção à saúde**, ou seja, a capacidade para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, em níveis individual e coletivo, assegurando uma prática integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde.

Outra competência geral proposta se refere à **capacidade de tomar decisões** visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas, requerendo habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada no cuidado à saúde. **A comunicação** também foi sugerida como uma competência que evidencia profissionais acessíveis, capazes de ultrapassar as barreiras culturais na interação com os diferentes pacientes, grupos e comunidades. Os profissionais devem estar capacitados a interagir e articular-se com outros profissionais de saúde, mantendo a confidencialidade das informações a eles confiadas.

**Liderança** é outra competência a ser desenvolvida e que se manifesta no trabalho em equipe. Envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidades para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz. Refere-se à administração e ao gerenciamento de unidades e serviços, devendo o profissional estar

<sup>30</sup> Para saber mais sobre a Resolução 307/2015, acesse o endereço eletrônico: <[www.confef.org.br/confef/resolucoes/381](http://www.confef.org.br/confef/resolucoes/381)> Acesso em: 02 de out. 2018.

<sup>31</sup> A Associação Brasileira Rede Unida é um órgão que atua em articulação com instituições e organizações que visa fomentar projetos que permita tratar sobre o processo de formação dos profissionais da saúde e na consolidação de um sistema de saúde que vislumbre uma prática equitativa com a participação da sociedade civil. Disponível em: <[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)> Acesso em: 10 de mar. 2018.

preparado para o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos, materiais e de informação, quanto para serem gestores, empregadores, empreendedores ou lideranças na equipe de saúde (ROCHA; CENTURIÃO, 2007, p. 27, grifo nosso).

Coutinho (2011) desvela sobre fatos importantes quanto as tais competências a serem seguidas apontando para um ponto crucial sobre qualquer formação profissional que é o engessamento da técnica. E esta tem o seu berço no modelo hegemônico biomédico da estruturação curricular acadêmica dos cursos da área da saúde pautada em métodos terapêuticos invasivos e através de medicamentos onde o indivíduo é observado sob a perspectiva da doença e encarado apenas como ser biológico sendo descartado o seu caráter social. O todo perde seu sentido de visão integral e passa a ser analisado a partir de sua fragmentação como uma forma de melhor dominar a técnica, uma análise feita do ponto de vista cartesiano. Portanto, Rocha e Centurião (2007, p. 20) reforçam tal informação quando fazem uma análise da formação e concluem que:

A lógica da formação profissional e da atenção centradas na doença conduzem a uma noção de saúde relativa apenas aos aspectos orgânicos, analisados por suas especificidades anatomofisiológicas, tratados de acordo com os sinais e sintomas manifestos, requerendo, para sua resolutividade, uma intervenção em ambiente hospitalar, após uma série interminável de exames que utilizem aparatos instrumentais de alta complexidade tecnológica.

E ainda complementam afirmando que:

Ao analisar o modelo hegemônico de formação, não se pode deixar de considerar a influência do paradigma cartesiano sobre todas as áreas de conhecimento que pretendiam ter o caráter científico. Foi sob a influência do “método” que a ciência biomédica estabeleceu suas novas diretrizes: eliminação da dúvida; compreensão do todo a partir de suas partes; hierarquia de saberes; enumeração para replicação (ROCHA; CENTURIÃO, 2007, p. 18).

A partir da observação feita sobre a formação profissional e em qual perspectiva ela se estabelece, temos que pensar qual seria a melhor estruturação curricular que atenda as expectativas de uma atuação no setor saúde para além do caráter biológico. Sendo assim, Bagrichevsky (2017) aponta para uma formação tendo o currículo como um mediador entre as atitudes e as atividades docentes não podendo respaldar-se apenas em conteúdos básicos e nem também na criação livre, sem referências claras.

O autor supracitado norteia tal currículo sobre um eixo intitulado “*educação física, saúde coletiva e SUS*”, onde o mesmo passa a descrevê-lo como um aporte teórico que busque perceber todos os processos que envolvem a vida do sujeito relativos à saúde, doença e cuidado. Assim, verifica-se que, Bagrichevsky busca compreender o indivíduo em sua totalidade para que, desta maneira, haja uma melhor articulação entre aquilo que será decidido como conteúdo acadêmico e as ações que serão executadas pelo professor de Educação Física na ABS. Portanto, os conteúdos ligados aos eixos citados por Bagrichevsky (2007, p. 42-43) são:

Educação e comunicação em saúde pública; cultura, saúde e sociedade; promoção da saúde, norma e risco; trabalho, processo saúde-doença e ginástica laboral; gestão e organização dos serviços de saúde pública e o SUS; saúde coletiva e cultura corporal; epidemiologia das práticas corporais; programas de intervenção em saúde comunitária (estágio supervisionado no PSF); estudos independentes em núcleos temáticos; estudos temáticos em núcleos de pesquisa.

Ainda, pode-se complementar com o que Rocha e Centurião (2007) afirmam ser uma formação sob a ótica da saúde tendo como ator central o(s) sujeito(s) em seu(s) espaço(s) de vida, tomando como proposta as sensações, percepções, movimento e cultura; ação; função; expressão; autonomia e espaço social/espaço de vida.

### 3 CURRÍCULO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO FÍSICA NO ÂMBITO DA SAÚDE

A EF por muito tempo foi atrelada a um conhecimento baseado nas práticas esportivas e das academias, entretanto, este panorama mudou devido às constantes transformações em torno da formação dos profissionais desta área de conhecimento, especialmente, em torno da questão saúde (vide I capítulo)<sup>32</sup>. Sendo assim desde a promulgação da Constituição de 1988, que foi importante para assegurar nos âmbito nacional, estaduais e municipais o direito a saúde a todo e qualquer cidadão brasileiro, começou a se pensar de que forma este direito deveria ser assistido, e isso se deu com a implementação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, mais conhecida como SUS.

Desta forma, acima relatada, houve um processo de adequação e/ou papel dos vários profissionais que compõem as redes de serviços do SUS, a exemplo de médicos, enfermeiros, dentistas, entre outros, seja na distribuição de serviços oferecidos pelas instituições federais, estaduais e municipais, seja pelo atendimento dado a população pelos profissionais do campo da saúde, uma vez que visava combater a visão biomédica incorporada na execução do trabalho destes, promovendo como alguns dos princípios do SUS, a integralidade, a universalidade, a humanização nas relações de atendimento ao paciente/população.

E é nesse arcabouço que recentemente, se comparado aos outros profissionais supracitados, que surgem um novo papel e uma nova atividade profissional àqueles que ingressam na graduação em EF, em outras palavras, a possibilidade de se inserir enquanto profissional na área até então ocupada por outros profissionais (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros) para a promoção da saúde, em ambientes hospitalares, podendo atuar na ABS, sendo um dos multiprofissionais da NASF (vide o capítulo II).

O currículo, portanto na área de EF, é primordial para acompanhar às exigências postas no campo da saúde, haja vista que é necessário a compreensão do processo saúde-doença, como produto das condições de vida e trabalho da população, além do acesso destas de forma igualitária às redes de serviços para a promoção e recuperação da saúde, pois entende-se que um dos princípios fundamentais do SUS, diz respeito a integralidade da atenção à saúde e a participação social, isto é, “romper com a matriz tecnicista da formação profissional (composta

---

<sup>32</sup> Sobre o assunto, ler: GARCIA, Leandro Martins Torato; NAHAS, Markus Vinicius. **Um pouco de história, desenvolvimentos recentes e perspectivas para a pesquisa e atividade física e saúde no Brasil**. Rev. Bras. Educ. Fisc. Esporte, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 135-148, jan/mar 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v24n1/v24n1a12.pdf>> Acesso em: 02 de out. 2018.

predominantemente por ‘currículos mínimos’, transmissão de informações e treinamentos supervisionados)” (DESSBESELL; CABALLERO, 2016, p. 114).

De acordo com Pinto (2012) as transformações ocorridas no “mundo do trabalho” estabeleceram mudanças no projeto de formação e se baseiam na legislação que orientam a formulação das políticas públicas, principalmente entre a relação sociedade e educação, que está submetida a um interesse da produção capitalista, em outras palavras:

O que determina em última instância a situação educacional, o desenvolvimento de concepções e da teoria, é o modo como os homens produzem sua vida sob o atual estágio de desenvolvimento das forças produtivas e as relações de produção a ele correspondentes. Portanto, analisar tais determinações impõe a necessidade de analisar a lógica do capital e de seu processo de produção e reprodução em geral e em especial sua expressão na luta que se trava por políticas educacionais [...] (TITTON, 2010 apud PINTO, 2012, p. 23).

Posto isso, conforme Pinto (2012), o modo capitalista contribui para o aumento da exploração da força de trabalho e o consentimento em vias formais e/ou burocráticas das políticas neoliberais, permitindo a precariedade dos vínculos trabalhistas e a privatização dos bens públicos. Consequentemente, tira da sua responsabilidade, enquanto Estado, à garantia dos direitos sociais da população, restringindo assim a manutenção dos “direitos trabalhistas, a mobilização social e as possibilidades dignas de sobrevivência” (PINTO, 2012, p. 23).

Isso se deu devido os impactos das políticas neoliberais na classe trabalhadora e também pela população pobre desassistidas pelo poder público. Políticas essas que vêm desde às décadas de 1970 e 1990, baseado, sobretudo, no investimento mínimo estatal sobre ações que dizem respeito à questões sociais da população, ou seja, os direitos sociais da sociedade cada vez mais restringido devido a forte ideologia neoliberal, especialmente no governo Fernando Henrique Cardoso – FHC<sup>33</sup> (CARINHATO, 2008) .

De acordo com Carinhato (2008) a política neoliberal no governo FHC tinha como escopo o combate a inflação, por meio da valorização da moeda, através do Plano Real, somado a isso havia também as privatizações e reforma administrativa no âmbito público, no ensejo de crescimento econômico brasileiro. Entretanto, essa “orientação das políticas neoliberais tuteladas pelos órgãos como o Banco Mundial e FMI<sup>34</sup>, no sentido de cortar gastos públicos, agravou ainda mais o histórico de problema de pobreza no Brasil (CARINHATO, 2008, p. 41).

<sup>33</sup> Para mais informações sobre a biografia de Fernando Henrique Cardoso e seu período presidencial, acessem: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/fernando-henrique-cardoso/biografia>> Acesso em: 30 de set. 2018.

<sup>34</sup> O Fundo Monetário Internacional (FMI) é uma agência especializada das Nações Unidas que foi concebida na conferência de Bretton Woods, New Hampshire, Estados Unidos, em julho de 1944. O FMI trabalha para promover

Alencar (2006) demonstra que a política neoliberal, implementada no Governo FHC ocasionou um modelo adverso e contraditório para a classe trabalhadora e para as famílias pobres, uma vez que seu acesso à cidadania social e direitos sociais, estavam cada vez mais restringidos. Portanto, evidencia-se às condições alarmantes de empobrecimento das famílias brasileiras, as quais são sujeitadas no cotidiano e nas relações laborais cada vez mais precárias, crucialmente, relacionado a perda e redução dos seus direitos trabalhistas. Esse contexto neoliberal no Brasil camuflada nas restrições de financiamentos e investimentos nas políticas públicas, escamoteia na verdade “a privatização/refilantropização da assistência social em uma lógica no qual o Estado paulatinamente se desobriga da responsabilidade pela reprodução da força de trabalho” (ALENCAR, 2006, p.76).

Para Melo (2004) é preciso olhar os impactos do neoliberalismo para além da exploração da força de trabalho, mas, sobretudo, em enxergá-lo como um projeto de sociedade que avança ideologicamente em todos os âmbitos. A análise de tais impactos deverá ter a sua atenção voltada especialmente quando se fala em educação, tendo proporções mundiais, principalmente na América Latina, e bem aceito no Brasil, como algo hegemônico desde a década de 1970.

Melo (2004) aponta ainda que o neoliberalismo contribuiu para a fomentação de um imaginário e/ou ideia de “mundialização da educação” na tentativa de atender uma nova exigência do mercado profissional. Desta maneira, a demanda da formação do trabalhador deve está conformado em uma condição e concepção de trabalhadores “mais qualificados e capacitados” para assumir diversas atividades, reduzindo assim o custo com a força de trabalho, atendendo claramente a lógica neoliberalista.

De acordo com Pinto (2012) as ideias neoliberais foram essenciais para dá rumo à educação, crucialmente na década de 1990 com o advento do Relatório Delors<sup>35</sup>, mas especificamente em janeiro de 1996, com o tema “Educação um tesouro a descobrir: Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre a Educação para o século XXI”. Tal documento tinha a finalidade de basear uma formação “autônoma” dos indivíduos, que se assenta desde ao processo educativo infantil até o ensino superior, exigindo uma formação mais diversa e atual quanto possível.

---

a cooperação monetária global, garantir a estabilidade financeira, facilitar o comércio internacional, promover o alto nível de emprego e o crescimento econômico sustentável e reduzir a pobreza em todo o mundo. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/agencia/fmi/>> Acesso em: 28 de nov. 2018.

<sup>35</sup> O Relatório Delors traz em seu conteúdo quatro conceitos que são o aprender a conhecer; aprender a fazer; aprender a viver juntos e o aprender a ser. Eles são conhecidos como os quatro pilares fundamentais da educação. Disponível em: <<http://dhnet.org.br/dados/relatorio/apdf/runescotesourodescobrir.pdf>> Acesso em: 01 de out. 2018.

Analisando a Declaração Mundial sobre Educação para Todos, o relatório Delors e a Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI encontramos as diretrizes para implementação da reforma educacional nos países, ou seja, as orientações que definem as estratégias para a mundialização da educação – a defesa capitalista da política educacional mundial – e como justificativa desta implementação apontam: a defasagem existente entre as exigências do sistema produtivo e as possibilidades de resposta do sistema educativo na preparação de recursos humanos adequados ao mercado de trabalho e à cultura da empregabilidade (PINTO, 2012, p. 28).

Segundo Pinto (2012) esses documentos acima mencionados foram cruciais para nortear o processo de “construção” dessas Diretrizes Nacionais, entre os anos de 2000 a 2004, sendo uma importante discussão de cunho político, pois envolveu representantes do governo e pessoas oriundas dos movimentos sociais, além da participação do movimento estudantil como “ator fundamental na análise e elaboração de propostas para configuração da redação final das diretrizes” (PINTO, 2012, p. 28).

No quadro abaixo, Pinto (2012) fez um resumo das competências e habilidades gerais, que encontrou nas Diretrizes Curriculares aos cursos de Ensino Superior, que conformam também essas atribuições aos PEF, conforme a autora supracitada.

Quadro 2 - As competências e habilidades gerais nas Diretrizes Curriculares.

<b>Atenção à saúde</b>	aptidão para desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto no nível individual quanto coletivo. Prática integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Capacidade de pensar criticamente, analisar os problemas da sociedade e procurar soluções para os mesmos. Prática firmada nos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética, ultrapassando os limites do ato técnico buscando a resolução dos problemas de saúde do indivíduo e do coletivo.
<b>Tomada de decisões</b>	capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos, e de práticas. Para este fim os profissionais devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas.
<b>Comunicação</b>	ser acessíveis, manter interação com outros profissionais de saúde e público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação.
<b>Liderança</b>	no trabalho de equipe multiprofissional deverão estar aptos a assumir posições de liderança. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.
<b>Administração e gerenciamento</b>	estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração, tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores,

	gestores, empregadores ou lideranças em equipes de saúde.
<b>Educação permanente</b>	aprender continuamente tanto na formação quanto, na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

Quadro produzido pelo autor desta monografia. Extraído de PINTO, 2012, p. 29-30.

Pinto (2012) ainda destaca que das 14 carreiras profissionais analisados, a partir de suas diretrizes nacionais, das áreas consideradas da “saúde”, a mesma encontrou 11 cursos com as mesmas competências e habilidades, não estando neste grupos os cursos de Serviço Social, Ciências Biológicas e EF, entretanto, ela afirma que “a forma como está exposto sendo o mesmo texto e as mesmas palavras sem haver nenhuma mudança, pois se considerarmos que não haveria predeterminações e que são comissões com pessoas e interesses diferentes isso não deveria ocorrer” (PINTO, 2012, p. 29).

A Resolução nº 7, de 31 de março de 2004, que institui as DCN para os cursos de EF, em nível superior de graduação plena, demonstra a concepção da “saúde” como atribuição do curso supracitado, no “Art. 6º As competências de natureza político-social, ético-moral, técnico-profissional e científica deverão constituir a concepção nuclear do projeto pedagógico de formação do graduado em EF” (BRASIL, 2004, p. 2).

Mais precisamente compete ao PEF ter a habilidade em sua formação acadêmica como podemos ver a citação abaixo, conforme preconiza no Art. 6º, § 1º da Resolução nº 7, de 31 de março de 2004, sendo uma das suas várias competências profissionais:

Diagnosticar os interesses, as expectativas e as necessidades das pessoas (crianças, jovens, adultos, idosos, pessoas portadoras de deficiência, de grupos e comunidades especiais) de modo a planejar, prescrever, ensinar, orientar, assessorar, supervisionar, controlar e avaliar projetos e programas de atividades físicas, recreativas e esportivas nas perspectivas da prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, da formação cultural, da educação e reeducação motora, do rendimento físico-esportivo, do lazer e de outros campos que oportunizem ou venham a oportunizar a prática de atividades físicas, recreativas e esportivas (BRASIL, 2004, p. 2-3).

Vale ressaltar que de acordo com Benedetti e Borges (2014) a inserção do PEF no quesito “saúde” não é de agora, tendo em vista que:

O Conselho Nacional de Saúde (Resolução 218/97), há 16 anos, incluiu a Educação Física entre as profissões da saúde em área de conhecimentos específicos para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde (Brasil, 1997). E, na regulamentação da profissão (Lei no 9696/98), definiu-se um novo olhar para a área de conhecimento, ampliando a profissão com mais visibilidade tanto social quanto acadêmica (BENEDETTI; BORGES, 2014, p. 53).

De acordo com Benedetti e Borges (2014) essa inclusão acompanha uma intensa luta, em que no atual cenário há uma atuação do PEF, evidenciando que esta inserção não delimita apenas ao setor privado, embora estes já estejam inseridos no mercado de trabalho (de caráter privado) atuando nas clínicas de reabilitação, nas empresas, nas academias, entre outros. Além do mais, estes já trabalham “no atendimento personalizado ou atuando em equipe multiprofissional nos planos de saúde, entre outras propostas de prevenção a doenças e de promoção à saúde” (BENEDETTI; BORGES, 2014, p. 53).

Já no âmbito público, o educador físico vem ganhando cada vez mais espaço e se consolidando, principalmente na área da saúde, atuando nos “hospitais, centros de referência (Saúde Mental, Reabilitação e Assistência Social), as policlínicas, as UBS, as academias da saúde e as penitenciárias são alguns dos locais públicos possíveis para a atuação do profissional de Educação Física” (BENEDETTI; BORGES, 2014, p.53).

Esse avanço na categoria profissional da EF foi ampliado devido um projeto lei do Deputado Ernandes Amorim<sup>36</sup>, no ano de 2008, que consolidava as atividades deste na ESF sendo o educador físico como um dos vários profissionais que compõem a equipes da PSF, ficando sob a responsabilidade dos representantes da esfera Federal, estaduais e municipais, inserir estes no SUS (BENEDETTI; BORGES, 2014).

Ainda no ano de 2008, segundo Benedetti e Borges (2014), o Ministério da Saúde criou o NASF, que vislumbrava a inserção de outros profissionais nas equipes da ABS:

Dentre as profissões que podem compor o NASF estão: farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, **profissional de Educação Física**, médico ginecologista, médico sanitário, médico geriatra, médico pediatra, médico psiquiatra, médico homeopata, médico acupunturista, médico do trabalho, médico veterinário, fonoaudiólogo, assistente social e profissional com formação em arte e educação (arte educador) (BRASIL, 2011; BRASIL, 2008, apud, BENEDETTI, 2014, p. 54, grifo nosso).

---

<sup>36</sup>PL3513/2008.Disponível em:<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=398518>> Acesso em: 01 de out. 2018.

Desta maneira começa-se a exigir do PEF que atuará ou atue no NASF conhecimentos, competências e habilidades, correspondente a condutas éticas e morais atrelada ao SUS, sendo profissionais comprometidos no atendimento e acompanhamento do usuário do sistema, interagindo com a comunidade, principalmente nas atividades programadas pelas equipes multiprofissionais (BRASIL, 2010). Desta forma:

Os profissionais de Educação Física que atuarem no NASF com os outros profissionais devem reforçar as nove diretrizes na atenção à saúde: interdisciplinaridade; intersetorialidade; educação popular; território; integralidade; controle social; educação permanente em saúde; promoção da saúde; humanização (BENEDETTI; BORGES, 2014, p. 55).

Assim, conforme os Cadernos de AB: Diretrizes do NASF (BRASIL, 2010), o PEF, devem levar consigo nesse processo, duas importantes diretrizes como norteadoras no seu “fazer” profissional, que acima foram apontadas e abaixo detalhadas:

A primeira é que trabalhar na perspectiva da promoção da saúde implica o fomento de práticas que venham favorecer a saúde do usuário, ou seja, em momento anterior ao da prevenção de doenças. Promover significa fomentar, desenvolver algo que possibilite a escolha, a autonomia e a corresponsabilidade dos sujeitos envolvidos na construção coletiva de modos de viver melhor. Já a prevenção caracteriza-se por impedir que algo aconteça, não importando o momento. A segunda diretriz parte do pressuposto de que as práticas físicas, como correr, saltar e caminhar, sistematizadas pela Educação Física, compõem o conjunto de conteúdos a serem ensinados na escola. Porém, o ambiente de atuação do profissional de Educação Física no Nasf transcende esse espaço, requerendo ampliação e diversidades de abordagens que deem conta das questões e demandas colocadas no território (BRASIL, 2010, p.130).

A responsabilidade da atuação PEF como curso que exerça atividades de promoção a saúde de forma compromissada e autonôma só aumenta, exemplo disso foi a realização da *Oficina Temática sobre Especialidades Profissionais*, em 2011. O evento foi coordenado pela Comissão de Ensino Superior e Preparação Profissional do CONFEF, no qual houve a participação dos Presidentes de CREF. Logo em seguida, no mesmo ano, foi aprovado em reunião do plenário do CONFEF, e assegurada em uma reunião ordinária de 02 de março de 2012 e que foi publicada no Diário Oficial da União, em 10 de maio de 2012, a *Resolução do CONFEF nº 231/2012, em 16 de abril de 2012*, que descreve e compromete o profissional de Educação Física da seguinte forma:

Art. 1º - Definir Saúde da Família como área de Especialidade Profissional em Educação Física.

Art. 2º - Especialidade Profissional em Educação Física é definida como um ramo ou uma competência específica dentro desta profissão, que objetiva aprofundar e/ou aprimorar conhecimentos, técnicas e habilidades, além de agregar conteúdo específicos da prática vivenciada em um determinado tipo de intervenção. Parágrafo Único - A Especialidade Profissional em Educação Física na área de Saúde da Família, para efeito de reconhecimento pelo Sistema CONFEF/CREFs e para atuação profissional específica, destina-se, exclusivamente, aos Profissionais de Educação Física, que tenham concluído o curso superior em Educação Física (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2012, p. 175).

Vale destacar, com essa abertura e avanços na e para a atuação do PEF no setor “saúde”, não demorou muito para que houvesse a inserção destes por meio de concursos ou contratação direta, dentre eles, ressalta-se:

O Município de Florianópolis, pela criação de vagas no quadro de servidores efetivos tanto no Município quanto no Estado. Em 2008, foi aberto concurso na Secretaria Municipal de Saúde e contratados profissionais de Educação Física, que começaram a atuar nas diferentes Unidades Básicas de Saúde dos cinco distritos sanitários (BORGES, 2009, apud, BENEDETTI; BORGES, 2014, p. 55).

No Estado do Pará temos ciência da submissão de um edital (processo seletivo nº 002/2011) realizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SESMA) de Belém (PA), para provimento e formação de cadastro reserva de caráter temporário, para várias profissões, dentre eles, o PEF, como bem demonstra a figura<sup>37</sup> a seguir:

Figura 1 - Edital SESMA Belém, PA.

<b>Cargo 06</b>	<b>Educador Físico</b>
<b>Síntese das Atividades</b>	O papel do Educador Físico no NASF está definido com base o caráter estratégico relacionado à qualidade de vida e à prevenção do adoecimento, com desenvolvimento de atividades (práticas e/ou educativas) que atenda a toda comunidade adstrita, não restringindo o acesso apenas às populações já adoecidas ou mais vulneráveis.
<b>Nível de Escolaridade</b>	Nível Superior
<b>Requisito(s) para contratação no cargo</b>	Diploma devidamente registrado de conclusão de curso de graduação em Educação Física expedido por instituição de ensino superior credenciada pelo Ministério da Educação e Registro no Órgão de Classe.
<b>Carga Horária</b>	40 horas semanais
<b>Remuneração</b>	R\$ 1.782,00 (um mil, setecentos e oitenta e dois reais)
<b>Localidade</b>	Zona Urbana
<b>Vagas</b>	04 (quatro) vagas. Não haverá vaga reservada aos portadores de deficiência.

Fonte: Processo seletivo nº 002/2011

Como podemos ver acima o PEF, no edital chamado de “Educador Físico” atuará como um dos profissionais inserido nas equipes multiprofissionais do NASF, o que podemos inferir

<sup>37</sup>Edital SESMA (2011, p.4). Disponível em: <753sesma\_2011\_edital\_002\_retificado\_consolidado.pdf.> Acesso em: 20 de jun. 2017.

que houve um reconhecimento embora mínimo destes profissionais, três anos após a criação do NASF.

Sobre o conteúdo programático o Educador Físico deve ter compreensão sobre diferentes conhecimentos que compõem a “promoção da saúde”, além de saberem o papel da EF diante das legislações que as regem, desta maneira o referido edital “cobrava” as seguintes competências/habilidades/conhecimentos destes profissionais:

A educação na constituição brasileira. As Diretrizes e Bases da Educação Nacional - Lei n°. 9394/96. A Educação Física frente à LDB. Educação Física e sociedade: função Social da educação física. A Aprendizagem Motora. O Movimento e o Desenvolvimento Infantil. A Cultura Corporal de Movimento. Fundamentos de Fisiologia do Exercício. A aplicação nos programa de saúde: idoso, criança, gestante, adolescente, diabetes, hipertensão, obesidade, anorexia, outros (EDITAL SESMA, 2011, p. 30).

Como se pode ver, o profissional contratado pelo processo seletivo supracitado, deveria ter os conhecimentos e as competências/habilidades necessário para compor a equipe de AB, mais especificamente sobre o NASF, nesse sentido, não se pode negar que a EF como curso de ensino superior ter ganhado cada vez mais espaço relacionado ao setor “saúde”, no contexto belenense.

Entretanto, pontuamos que desde 2011, não houve mais a chamada destes profissionais para se submeter a um novo processo seletivo, o último foi no ano de 2012, feita também pela SESMA/PA, porém em caráter de concurso público<sup>38</sup>. Não houve vagas disponibilizadas para o profissional da área de conhecimento da EF, embora foram ofertadas para diversos profissionais que estão na rede de AB, a exemplo de enfermeiros, fisioterapeuta, farmacêutico, fonoaudiólogo e médicos de diferentes especialidades de conhecimento (Cardiologia e Cirurgia Pediátrica, Urologia, Dermatologia, Infectologia, Neurocirurgia, entre outros).

No ano de 2017, mais dois processos seletivos foram divulgados na área da saúde, um promovido pela Prefeitura de Marabá<sup>39</sup>, por meio da Secretaria Municipal de Saúde – SMS, em 31 de março de 2017, ofertando várias vagas para nível superior: Arquiteto; Engenheiro Civil; Engenheiro c/ especialização em Segurança do Trabalho; Psicólogo; Assistente Social; Nutricionista; Pedagogo; **Professor Bacharel em Educação Física**<sup>40</sup>; Fisioterapeuta; Fonoaudió-

<sup>38</sup> N° 01/2012, de 23 de março de 2012

<sup>39</sup> Para mais informações sobre o processo seletivo, acesse o site da Prefeitura de Marabá. Disponível em: <<http://maraba.pa.gov.br/sms-lanca-edital-do-processo-seletivo-2017/>> Acesso em: 15 de jul. 2017.

<sup>40</sup> Grifo nosso.

logo; Enfermeiro; Farmacêutico/bioquímico; Médico Veterinário; Biomédico; Enfermeiro Especialista em Saúde Mental; Terapeuta Ocupacional; Engenheiro Civil e Médicos com diferentes especialidades (Clínico Geral; Ginecologista Obstetra; Pediatra; Gastropediatra; Psiquiatra; Oftalmologista; Ortopedista Traumatologista; Anestesiologista; Cardiologista; Cirurgia Vascul- lar; Radiologista; Urologista; Endocrinologista; Dermatologista; Patologista; Cirurgião-geral; Cirurgião de cabeça e pescoço; Oncologista; Reumatologista; Pneumologista; Otorrinolaringo- logista; Neuropediatra; Cirurgião Pediátrico; Gastroenterologista).

Atenta-se também que o profissional intitulado “Professor Bacharel em Educação Fí- sica”<sup>41</sup>, expresso no supracitado processo seletivo, terá uma carga horária de 100 (cem) ho- ras/mês, recebendo em torno de R\$ 1.149,00 (hum mil cento e quarenta e nove reais) o que equivale R\$ 11,49 (onze reais e quarenta e nove reais) a hora aula – além disto, conforme o edital este profissional deve desenvolver atividades que venham:

Realizar promoção da saúde e adoção/manutenção/recuperação de um estilo de vida ativo e saudável, tanto nos aspectos preventivos e recuperativos, em relação às doen- ças e desordens relacionadas às diferentes fases da vida, quanto sobre a melhoria da qualidade de vida e bem-estar nas atividades da vida diária, elevação da autoestima, melhorando as relações interpessoais; promoção do bem estar e qualidade de vida, tanto na direção da compensação do estresse diário quanto na diversão e satisfação experimentada através do lazer ativo, por intermédio da prática de atividades físicas, esportivas e recreativas; treinamento esportivo, melhorando o condicionamento físico para a prática esportiva competitiva e/ou recreativa; saúde do trabalhador, educação e desenvolvimento da cidadania, por intermédio dos programas sociais na área de edu- cação física, por meio das atividades esportivas e recreativas com pessoas com defi- ciência; e atenção à saúde, através da inclusão da Educação Física nas unidades e programas de saúde (PREFEITURA DE MARABÁ, 2017, p. 19).

Em relação ao outro edital, diz respeito ao processo seletivo realizado pela Secretaria de Estado de Saúde Pública – SESPA<sup>42</sup>. A gestora do SUS, no âmbito estadual, divulgou o Pro- cesso Seletivo Simplificado (PSS) para contratação temporária, em 20 de fevereiro de 2017 (Edital nº 001/2017). O referido edital ao contrário do processo seletivo promovido pela Pre- feitura de Marabá, que ofertou vagas para PEF, não contemplou este profissional para atuar na rede de ABS. Há oferta de vagas apenas para médicos diplomados com atuação em várias es- pecialidades, dentre elas: Cirurgia Geral, Anestesiologia, Acupuntura, Fisiatria, Dermatologia, e assim por diante.

---

<sup>41</sup> A nomenclatura não consta nas literaturas da mesma forma como está descrita no edital.

<sup>42</sup> Para saber mais sobre o processo seletivo, acesse o endereço eletrônico: <<http://www.saude.pa.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/EDITAL-N%C2%BA-01.2017-SESPA-PSS.pdf>> Acesso em: 15 de jul. 2017.

Como podemos destacar desde 2011 até o ano de 2017, apenas dois processos seletivos contemplaram os PEF: um promovido pela SESMA, e seis anos depois deste foi feito mais uma divulgação de um edital, a saber, da Secretaria Municipal de Saúde de Marabá, que inseriu o PEF para compor a rede de assistência municipal de saúde. Vale ressaltar como dito acima, em âmbito estadual, não houve avanços referente à inclusão destes profissionais, o que remete ao retrocesso em relação à desvalorização destes como agentes promotores de saúde na rede de AB.

Por outro lado, deve-se considerar que a inclusão do PEF no contexto paraense ainda se faz timidamente e lentamente. Soma-se a esses fatores:

[...] a falta de conscientização dos gestores de saúde, falta de abertura de concursos público para este profissional na área da saúde, falta de diálogo entre esses profissionais e os secretários municipais de saúde, a ideia que a educação física faz parte da escola, não existindo reconhecimento deste profissional como participante de uma equipe na área da saúde, e, por último, que esta iniciativa seria somente mais um gasto para os governos (COUTINHO, 2011, p. 19).

Entretanto, é necessário compreender o PEF como um trabalhador importante para auxiliar nas atividades e/ou nas ações de saúde, tendo em vista, que estes ajudam no cumprimento “de promoção da saúde e à prevenção de doenças e também possibilita a construção do trabalho em equipe, a partir de diferentes conhecimentos (COUTINHO, 2011, p. 19).

Por esse motivo há necessidade dos cursos de EF preparem seus discentes para a demanda posta no quesito “saúde”, especialmente quando estes se inserem no setor público. Neste intuito, a partir das mudanças ocorridas na EF concernentes a sua expansão para outras áreas de atuação (hospitais centros de referênciais, etc), que pretendemos, discorrer sobre o currículo, uma vez que este é um instrumento importante para a consolidação e formação de futuros profissionais. Estes deverão está apto a trabalhar ou atuar na promoção da saúde, tanto em espaço escolares quanto em espaços não escolares, sendo assim, utilizaremos como objeto de análise o “PPP do Curso de EF - Licenciatura” da UFPA, Campus Belém.

### **3.1 Análise do Currículo do Curso de Licenciatura da Educação Física da Universidade Federal do Pará, Campus Belém**

O PPP do curso de licenciatura em EF da UFPA analisado foi produzido em 2011, entretanto começou a ser implementado com as turmas do ano seguinte (2012). Desta maneira

a discussão trata-se portanto de como os egressos na EF, durante o período de formação que corresponde a oito semestres, estão sendo formados para atuarem no âmbito da saúde, especificamente nas políticas públicas e sociais dos estados brasileiros, a exemplo do SUS. Dessa forma, o PEF, pode ser um dos multiprofissionais que podem trabalhar no NASF, entre outros campos de atuação relacionado ao campo da saúde.

Sabendo que o currículo é uma ferramenta norteadora para a consolidação de conhecimento e prática de saberes instituídos ao processo educacional dos discentes, a escolha do curso de EF licenciatura (UFPA/Belém), permitiu debruçar sobre a construção e modelo de egressos que se pretendem ter como profissionais no quesito “saúde”. Desta forma o PPP foi construído e pensado a partir de dispositivos legais, dentre eles: Resolução CNE/CP1 de 18 de Fevereiro de 2002, que preconiza as “DCN” para a formação de professores de Educação Básica em nível superior, pautado no artigo 6º deste documento, que trata sobre as competências profissionais dos graduandos em cunho político, ético e social (UFPA, 2011).

O PPP de EF ciente das condições históricas que ao longo do tempo foram pensadas a formação destes profissionais, que estava arraigada um modelo tradicional (militarista, higienista, mecanicista-tecnicista, etc), procura romper com esses paradigmas e, [...] adota para o Curso de Graduação em nível EF – Licenciatura, um perfil de caráter ampliado em Educação Física, possuidor de uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva [...] (UFPA, 2011, p. 7). Ainda, fazendo parte da constituição do PPP, estão presentes as teorias emergentes tais [...] como a Cultura Corporal, Cultura de Movimento e Corporeidade (UFPA, 2011, p. 12).

A formação generalista<sup>43</sup> visa aprimorar o profissional de uma forma mais ampla, no que tange a sua ação para o desenvolvimento de suas atividades. Neste sentido, o conhecimento, que antes era fragmentado, passa a ter uma relação direta com outras atividades, ou seja, tende a pensar na formação do todo e não apenas em suas partes. Portanto, o profissional generalista dever estar preparado para atuar em vários campos de intervenção, articulando os saberes entre ensino, pesquisa e extensão.

O segundo processo de formação presente curso de EF da UFPA é a humanista pois o PPP afirma que os [...] princípios educacionais apontam para uma formação humanista, que seja capaz de gerar autonomia intelectual dos envolvidos no processo educativo. (UFPA, 2011, p. 12). Desta maneira tem-se o indivíduo como ponto central do processo de ensino-aprendizagem levando-se em consideração as experiências ao longo da vida, para que a

---

<sup>43</sup> Pessoa não especializada cujo conhecimento, aptidão, talento ou interesse é geral estendendo-se a vários âmbitos ou campos. Para saber mais, acessem: <<http://www.dicio.com.br/generalista/>> Acesso em 30 de set. 2018

educação seja um fluxo ininterrupto de emancipação e autossuficiência, por tanto a formação humanista:

Na educação física possibilitou a emergência de uma nova perspectiva, ao contrapor-se radicalmente ao modelo comportamentalista hegemônico. Rompe, assim, com esses princípios, visando propor uma *práxis* verdadeiramente humana, em que o ponto central é a pessoa, aqui entendida não de forma segmentada, automatizada mas a partir de uma visão totalizante, holística (MAZO; GOELLNER, 1993).

A formação crítico-reflexiva na formação inicial torna-se importante uma vez que atua como componente dinamizador na construção do conhecimento cultural pedagógico do professor, pois [...] a formação inicial docente, apresenta-se como espaço adequado para o desenvolvimento da identidade profissional dos licenciados bem como despertar uma atitude crítico-reflexiva sobre as práticas pedagógicas[...] (SANTOS, [201-], p. 1). Portanto, Barbosa, Lima e Mendes, [entre 2011 e 2016], reforçam que:

A reflexão crítica é necessária e deve ser orientadora das ações profissionais do professor. No exercício da docência, o ato de ensinar crítico-reflexivo implica que o professor saiba fazer, sabendo explicar o que faz, e permanentemente pensando e avaliando em que vai atuando. Portanto, a ação docente numa perspectiva crítico-reflexiva, possibilita um olhar mais atento e mais comprometido à sua prática pedagógica.

Já a concepção crítico-superadora vem fomentar a [...]“autonomia intelectual, a criticidade, a criatividade e o compromisso político como vitais para à formação do Professor de Educação Física e à sua ação profissional” (UFPA, 2011, p. 6). Portanto, de acordo com Aranha (2011) este modelo é visto a partir de uma teoria pedagógica Histórico-crítica, trabalhada pelo autor Dermeval Saviani, que afirma uma lógica materialista, histórico e dialético, como pressuposto para entender a realidade e a prática profissional, compreendendo os interesses das classes sociais na composição e nas determinações do projeto político pedagógico, que sempre têm um propósito, a qual estes profissionais devem ter bem defenida.

Ademais a concepção crítico-superadora se baseia em estudar a partir de uma perspectiva da cultura corporal, que leva em consideração os saberes e conhecimentos estruturados pelos sujeitos ao longo de sua historicidade, que se configura nos esportes, jogos, danças, capoeira, entre outros, que tornaram-se “conteúdos específicos da EF” (ARANHA, 2011, p.145). Ressalta-se que esta:

concepção considera como realidade histórico-social na qual os alunos estão inseridos e delimita como objetivos pedagógicos da Educação Física a constatação, a interpretação e a intervenção nesta mesma realidade social. Sua proposta metodológica consiste em estruturar o currículo escolar em ciclos de escolarização, em que o conhecimento é sistematizado em princípios de seleção e organização que levem em consideração a sua relevância social, sua historicidade e sua adequação às capacidades sociais e cognitivas dos educandos (ARANHA, 2011, p. 146).

O PPP de EF Licenciatura (UFPA, 2011), também está pautado nas perspectivas de Cultura de Movimento e Corporeidade, que se entrelaça na superação de modelos de cunho militarista, higienista e do rendimento, compreendendo a:

Educação Física como disciplina curricular e também área de conhecimento como *loci* onde o movimento humano, a sua cultura lúdica e corporal é dotada de significância e intencionalidade capaz de subsidiar a formação global do ser humano nas suas nuances e diversidades (UFPA, 2011, p. 6).

Vale salientar que a Cultura do Movimento e Corporeidade têm concepções diferentes entre si. Na primeira é a concepção crítico-emancipatória, tendo como expoente a autora Elenor Kunz (2004, apud, UFPA, 2011), onde o professor de EF como mediador passar a considerar no processo educativo, entre a interação e própria linguagem a construção e a produção de novos saberes advindos de sentidos e significados, ou seja, “para Elenor Kunz, a Educação Física deve oferecer ao aluno conhecimentos que transcendam apenas a prática esportiva, propiciando o desenvolvimento da comunicação, não apenas dentro do esporte, mas também no seu relacionamento social, político, econômico e cultural” (ARANHA, 2011, p. 143).

Já na perspectiva da Corporeidade a concepção é fenomenológica. A exemplo do autor Wagner Moreira (2002, apud, UFPA, 2011), que percebe que o processo educativo e/ou ação educativa está intimamente ligado ao corpo e este com o mundo, isto é, com as experiências, sentidos e significados, em outras palavras:

Nessa concepção, a busca da consciência corporal e da corporeidade como base filosófica para a educação deve vislumbrar, ao mesmo tempo, as perspectivas pessoal, política e cultural e histórica, uma vez que pela interrelação complexa e dialética dessas dimensões pode-se representar a estrutura do fenômeno humano sem limitá-lo nem reduzi-lo a qualquer de seus elementos (UFPA, 2011, p. 16).

Denota-se também que o PPP da EF, Campus Belém, utiliza-se do Art. 14 da Resolução 01/2002/CNE/CP e o Parecer 058/2004, que sustentam a autonomia das faculdades produzirem

seu próprio projeto político pedagógico e curricular para a formação de professores, neste sentido:

Norteadas por essa construção, a FEF adota para o Curso de Graduação nível Educação Física-Licenciatura, um perfil de caráter ampliado em Educação Física, possuidor de uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, alicerçados sobre os princípios éticos, políticos e pedagógicos, bem como sobre o rigor científico (UFPA, 2011, p.7).

A partir dessa afirmação de acordo com o PPP (UFPA, 2011) a Faculdade de Educação Física (FEF) acredita que proporcionará uma formação para os egressos baseada na intervenção profissional, seja em espaços escolares ou não escolares (academias, clubes, hospitais, etc). Desta maneira, pretende-se fazer com que estes profissionais sejam capazes de compreenderem as relações sociais, a diversidade amazônica, os conflitos e interesses das classes e do próprio sistema capitalista sobre às questões de saúde, corpo e atividades físicas – compreendendo no trabalho pedagógico e/ou docência a importância de uma postura crítica e superadora na ação profissional. Atenta-se ainda, que:

A realidade aqui posta também revela a atenção dada ao corpo como fenômeno social, cabendo então a necessidade de uma intervenção profissional por meio de uma postura crítica-reflexiva e criativa, que leve à população como um todo a possibilidade de compreensão de suas práticas corporais, de forma a assegurar-lhe o seu exercício livre, autônomo e criativo para além dos condicionantes ideológicos impostos pela indústria cultural capitalista (UFPA, 2011, p. 9).

Sendo assim a partir de um PPP e de conteúdos específicos pensados para os alunos em EF, foi vislumbrado pela FEF uma formação que trabalhasse a interação teórica e prática de modo reflexivo, ou seja, “as exigências práticas esperadas do futuro profissional e a necessidade de emancipação e democratização política, humana e sociocultural [...] Implicam também na consciência de classe, na formação política e na organização revolucionária” (UFPA, 2011, p. 13).

Voltando para o componente curricular do PPP, uma vez que o licenciado em EF da FEF do Instituto de Ciências da Educação (ICED) da UFPA, “têm na docência seu princípio fundante. [...] na perspectiva da Licenciatura Plena, aqui destacada, acontece na escola, como seu *locus* fundamental, mas também, e não menos em clubes, academias, centros comunitários e hospitais, entre outros” (UFPA, 2011, p. 17-18).

E é a partir dos espaços não-escolares que atentaremos analisar o presente PPP, uma vez que colabora para a atuação do graduado em LEF, em hospitais, academias, e assim por diante.

Como podemos perceber o PPP reconhece a importância do profissional da EF na área da saúde, pois neste documento (PPP) cita o Parecer n. 58/CNE/CES/2004, de 18 de fevereiro de 2004, que através do Ministério da Educação e do Desporto, trata das DCN para os cursos de Graduação em EF, além também de utiliza-se da Resolução nº007/CNE/CES/04 de 31 de março de 2004, que institui sobre a DCN, em nível superior de Graduação Plena (UFPA, 2001; BRASIL, 2004).

De acordo com Aranha (2011) foi a partir do Parecer n. 58/CNE/CES/2004<sup>44</sup>, que atribuiu e incluiu à EF a área da saúde e reafirma a compreensão do seu caráter multidisciplinar respectivo a formação em EF, “que além de possuir um corpo próprio, utiliza-se de conhecimentos produzidos no contexto das ciências biológicas, humanas, sociais, bem como em conhecimentos de artes e filosofia.

Sobre a Resolução CNE/CES 007/04 destaca-se como proposta para as DCN o alinhamento da EF no âmbito da saúde sob uma concepção da Aptidão Física<sup>45</sup> ou Saúde Renovada<sup>46</sup>, que se baseia em conhecimentos e teorias entrelaçados as ciências biológicas, especificamente na Fisiologia, Nutrição e Medicina, tendo como referência o médico Viktor Keihan Matsudo<sup>47</sup> (ARANHA, 2011).

Essa concepção, que inclusive se encontra na construção do PPP em LEF da UFPA – Campus Belém, têm como ponto de partida aspectos/estilos de vida e hábitos saudáveis, de forma que promova a saúde e a qualidade de vida dos sujeitos e/ou população. Em outras palavras, restringe-se “à delimitação dos objetivos da EF em torno da promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, e adoção de um estilo fisicamente ativo e saudável” (ARANHA, 2011, p. 160).

---

<sup>44</sup> BRASIL, PARECER CNE/CES 58/04, 2004, p. 9, apud, ARANHA, 2011, p. 158

<sup>45</sup> [...]inúmeros estudiosos têm sugerido que a aptidão física seja definida como “um estado dinâmico de energia e vitalidade que permita a cada um não apenas a realização das tarefas do cotidiano, as ocupações ativas das horas de lazer e enfrentar emergências imprevistas sem fadiga excessiva, mas também, evitar o aparecimento das disfunções hipocinéticas, enquanto funcionando no pico da capacidade intelectual e sentindo uma alegria de viver”. Dessa forma, os índices de aptidão física são moduladores dos atributos voltados à capacidade de realizar esforços físicos que possa garantir a sobrevivência das pessoas em boas condições orgânicas no meio ambiente em que vive (CARVALHO; GUEDES; SILVA, 1995).

<sup>46</sup> A abordagem pedagógica saúde renovada, cujos os principais representantes são Markus V. Nahas e Dartagnam P. Guedes, tem por objetivo a saúde como eixo norteador nas aulas de Educação Física, procurando atender a todos os alunos, inclusive os que mais necessitam, como os sedentários, os de baixa aptidão física, os obesos e as pessoas deficientes, confirmando assim a sua utilidade nas aulas (ZANCHI, et al. 2013).

<sup>47</sup>Para mais informações, acessem: <<https://bv.fapesp.br/pt/pesquisador/93531/victor-keihan-rodrigues-matsudo/>> Acesso em: 30 de set. 2018.

Nota-se essa concepção da Saúde Renovada, no PPP da LEF, campus Belém, em um dos eixos temáticos<sup>48</sup> que são integrantes na seleção das disciplinas adotadas para os egressos da EF, como veremos no quadro a seguir:

Quadro 3 - Eixo temático 3

<b>EIXO TEMÁTICO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>SEMESTRE</b>	<b>ATIVIDADES CURRICULARES</b>
<b>3- EF E QUALIDADE DE VIDA</b>	Consiste em analisar e propor possibilidades no campo da EF e saúde, tendo como compreensão de que a saúde não se enquadra no objeto específico de um campo de conhecimento, e sim como fenômeno articulado a diferentes saberes como saúde coletiva, fisiologia, sociologia, antropologia, entre outros	3º SEMESTRE	1-EF em Academias 2- Fisiologia do Esforço 3-Psicologia da Aprendizagem e Desenvolvimento Humano 4- BTM do Ensino de Ginástica 5- Estudos Sociológicos em EF 6- Avaliação e medidas em EF

Quadro produzido pelo autor desta monografia. Extraído do PPP de Licenciatura em Educação Física. UFPA, 2011, p. 18-19.

Entretanto, deve-se ter a percepção que para o PEF atuar na rede de Atenção Básica ou área da saúde, o eixo “EF e Qualidade de Vida” é apenas um dos componentes integradores para a formação do discente. Portanto, os conhecimentos adquiridos e as práticas vivenciadas durante a graduação, precisam corresponder com uma qualificação profissional apta para atuar na ABS, sem deixar de lado o caráter reflexivo, crítico e emancipador da ação pedagógica. Deste modo, elencamos mais seis eixos temáticos norteadores que irão subsidiar o preparo profissional para espaços que não seja no âmbito escolar, mas fora dele, como veremos abaixo:

Quadro 4 - Eixos temáticos 1, 2, 4, 6, 7 e 8.

<b>EIXO TEMÁTICO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>SEMESTRE</b>	<b>ATIVIDADES CURRICULARES</b>
<b>1-EF E PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO</b>	O eixo consiste em apresentar conhecimentos que embasam teoricamente a formação do professor da EF no que tange a relação com a pesquisa e a produção do conhecimento dentro dos aspectos históricos, filosóficos e pedagógicos	1º SEMESTRE	1- Bases Biológicas Aplicadas a EF 2- História dos Esportes e da EF 3- Estudos Filosóficos da EF 4- Estatística Aplicadas em EF 5- Estudos em Lazer 6- BTM do Ensino do Jogo

<sup>48</sup>As disciplinas aticulam-se de forma integrada por meio de um eixo temático por semestre [...]. Cada eixo integrador é fio condutor das atividades de ensino, pesquisa e extensão, orientando as produções pontuais em pesquisa e extensão que acontecem ao final do segundo, quarto e sexto semestre com a realização do “Seminário Anual de Integração em Ensino, Pesquisa e Extensão do Curso de Educação Física da FEF/ICED” [...] (UFPA, 2011, P.18-21).

<b>2- EF E CULTURA</b>	Este eixo consiste em ampliar o trato com conhecimento que delimitam a atuação do professor de EF, na perspectiva de possibilitar a compreensão de fatores culturalmente determinados como conhecimentos identificadores da área de atuação.	2º SEMESTRE	1- Anatomia Humana 2- Fisiologia em Geral 3- Eletiva I 4- Estudos Antropológicos em EF 5- Introdução a Pesquisa 6- BTM do Ensino do Esporte
<b>4- EF E PRÁTICAS PEDAGÓGICAS</b>	Consiste em contextualizar e problematizar a realidade sócio-educacional pela análise de conjuntura das questões que estruturam a organização escolar, a fim de aproximar o discente da relação concreta de prática pedagógica.	4º SEMESTRE	1- Metodologia de Pesquisa em EF 2- Avaliação educacional 4-Didática e Formação Docente Aplicada à EF 5-BTM do Ensino das Atividades Aquáticas 6- Eletiva II
<b>6- EF E ENSINO MÉDIO</b>	Consiste em apresentar e intervir a realidade da organização geral da escola e da educação física, no que se refere ao planejamento, ensino, gestão, ppp e currículo do Ensino Médio.	6º SEMESTRE	1- EF com Cuidados Especiais 2- BTM de ensino da Dança 4- Treinamento Desportivo 5- Eletiva IV
<b>7-EF E ESPAÇOS NÃO-ESCOLARES</b>	Este eixo consiste em conhecer e intervir na realidade ds EF em espaços não-escolares, a partir da problematização da inclusão de pessoas com deficiência/necessidades especiais oriundos dos campos de atuação com projeto de esporte, lazer e treinamento desportivo.	7º SEMESTRE	1- Libras 2-TCC I 3- Estágio Supervisionado III 4- Fundamentos da EF Inclusiva 5- Cultura Popular e EF: bases teóricas e metodológicas 6- Eletiva V
<b>8-EF E INCLUSÃO</b>	Consiste conhecer, problematizar e intervir no campo da EF, Esporte e Lazer considerando as diferenças em seus múltiplos sentidos identitários de sujeitos posicionados nas suas classes sociais, econômicas, culturais, de raça/etnia, gênero, religiosidade, com necessidades especiais, etç, e que produzem e são produzidas na inclusão/exclusão.	8º SEMESTRE	1- EF Adaptada 2- Políticas Públicas em EF, Esporte Lazer 3- Estágio Supervisionado IV 4- TCC II 5-Eletiva VI

Quadro produzido pelo autor desta monografia. Extraído do PPP de Licenciatura em Educação Física. UFPA, 2011, p. 18-20.

Somam-se a estas “atividades curriculares” as disciplinas denominadas de “eletivas”, e, portanto, “identificadoras de aprofundamentos” dentre as quais destacamos as seguintes como cruciais para a formação do discente em EF para a atuação na ABS: Biomecânica, Natação, Noções de Bioquímica e Farmacologia, Fundamentos de Fisioterapia Aplicada a EF e Esportes; Tópicos especiais em Neuroanatomia à EF, Socorros Urgentes, ginástica Laboral Educativa e Nutrição Aplicada a EF e Esportes (UFPA, 2011).

Sendo assim, afirma-se que PPP do curso de LEF da UFPA, Campus Belém, objetiva uma formação acadêmico profissional, que compreende a importância de seu posicionamento

em um currículo que intervém e identifique às políticas de educação, saúde, de esporte e lazer. Entretanto, constatou-se que as “atividades curriculares” propostas “não contemplam, intencionalmente e sistematicamente, o debate sobre a atenção à saúde da mesma forma que contemplam debates e experiências acerca das políticas de esporte, educação e lazer” (PINTO, 2012, p. 67).

Basta perceber que dentre as disciplinas previstas que estão no bojo da “promoção da saúde, estão em forma de atividades curriculares “eletivas”. Atenta-se também para as disciplinas “Estágio supervisionado III e IV” e Políticas Públicas em EF, Esporte Lazer”, tendo em vista que nestas não há um enfoque de compreensão e experiências profissionais das políticas públicas na área de ABS, principalmente em hospitais. Embora o PPP defenda uma formação, como Pinto (2012), aponta, de cunho:

Generalista, humanista, crítica, qualificadora de uma intervenção fundamentada no rigor científico, na reflexão filosófica e na conduta, ética. Que constituam competências e habilidades para trabalhar em equipes multiprofissionais (coordenar, liderar, gerenciar), no âmbito da gestão da política pública e institucional da saúde, educação, cultura, entre outros (PINTO, 2012, p. 67).

No entanto, compreendemos que a estrutura curricular do curso de LEF da UFPA - Campus Belém, reconhece a necessidade de superação de modelos tecnicistas, higienistas e positivistas na atuação do PEF, e que na sua estrutura curricular as concepções Crítico-Superadora, Crítico-Emancipatório, Fenomenológico e Saúde Renovada, apresentadas como propostas de formação do egresso, são necessárias para o aluno entender o seu papel político, reflexivo na sociedade, especialmente na sua prática profissional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho, podemos visualizar como foi pensado a formação dos PEF, no âmbito da saúde, entretanto um dos marcos legais que possibilitaram essa inserção foi a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que configurou o SUS como direito da população à saúde, responsabilizando o governo federal pela oferta de serviços relacionados à saúde de forma universal, gratuita e de qualidade.

Dentro dessa perspectiva evidencia-se a necessidade de investir em profissionais habilitados e capacitados para atender os múltiplos casos que ocorrem no interior dos serviços do SUS, em relação a questão da saúde e doença, soma-se a isso as práticas corporais como maneira de promoção à saúde da população, dentro os quais, destaca-se o PEF. Contudo, salienta-se que a inserção destes profissionais é recente na rede de ABS, conforme demonstra a Resolução 218 de 1997, que regulamenta essa profissão, se comparado as demais especialidades (Medicina, Enfermagem, Odontologia, etc.).

Por outro lado, só vamos ver o reconhecimento deste profissional com a criação do NASF, em 2008, possibilitando a EF como uma das especialidade que compõem o atendimento dos indivíduos, atuando na prevenção e promoção da saúde das famílias atendidas. Ressalta-se também a articulação do CONFEF e CREF que são órgãos atuantes para o reconhecimento dos PEF no âmbito da saúde, em especial na ABS.

Essa nova demanda de trabalho reverberou na construção curricular dos cursos de ensino superior de EF no Brasil, como bem demonstra a Resolução nº7, de 31 de março de 2004, que possibilitou às faculdades de todo o país, construir seu projeto político pedagógico em um perfil de caráter generalista, humanista, crítica e reflexiva, por esse motivo que a construção e elaboração deste TCC, se debruçou na análise do PPP do Curso de LEF da UFPA, Campus Belém.

Verificou-se que, houve um “reconhecimento” da importância da formação do egresso de EF para o âmbito da saúde, como vimos no terceiro capítulo, entretanto, não de forma plena, uma vez que foi detectado que algumas das disciplinas que são fundamentais para a atuação do PEF na ABS, estão, alinhadas como “disciplinas eletivas”, soma-se a isso o fato, de que todas as disciplinas que estão incluídas nos componentes curriculares, sejam elas obrigatórias – sejam eletivas, em nenhuma delas há menção a algum material e/ou leitura sobre o SUS e/ou dos marcos legais que foram conquistados por estes profissionais para atuarem na ABS.

No entanto, a necessidade de abordar as questões que permeiam a prática profissional do educador físico na ABS é crucial para a formação dos egressos da UFPA, uma vez que foi

constatado que a EF é um dos cursos entre os dez mais procurados pelos estudantes que desejam cursá-la na UFPA. Logo, a inserção do tema SUS no currículo pode-se dá em disciplina específica, visto a complexidade do assunto, ou em caráter transversal, ou seja, abordá-lo em disciplinas pertinentes no decorrer dos períodos letivos como em Políticas Públicas em EF, Esporte e Lazer, e no Estágio Supervisionado, quando a instrumentalização das técnicas podem ser mais refinadas.

Por fim, acreditamos que este trabalho de conclusão de curso poderá auxiliar nos debates e discussões que norteiam a construção do currículo dos cursos em EF, em nível superior, especialmente da UFPA, haja vista, que o objeto de análise foi o curso de Licenciatura da UFPA, Campus Belém. Por outro viés, afirmamos que muito há de ser trabalhado para a compreensão dos profissionais da EF na ABS no Estado do Pará. Dentre essas questões ressalta-se de como vem sendo a atuação destes no SUS, que atividades eles estão desenvolvendo? Quais são os principais grupos atendidos por este profissional? Os cursos de EF, sejam públicas ou particulares estão preparando os egressos para atuarem neste segmento? A formação destes profissionais são contempladas integralmente pelos quatros anos de formação ou haverá a necessidade da complementariedade através de especializações nesta área de atuação? Quais são as universidades e faculdades particulares no Estado do Pará que ofertam cursos de especialização para atuarem na ABS? O que dizem seus componentes curriculares?

Essas são algumas das indagações que surgiram ao longo da construção deste trabalho de conclusão de curso, e que demonstra o quanto o campo de pesquisa da EF na ABS necessita ser estudado. Ao analisar o PPP da EF da UFPA, Campus Belém, constatou-se que este debate precisa ser ampliado, sendo assim, considera-se que a referente pesquisa poderá vir a contribuir de forma significativa não só para o melhor entendimento para os PEF como também para que os profissionais de outros campos do conhecimento, sejam eles da área da saúde ou não, no sentido de ter uma visão ampliada de como estes profissionais vêm atuando num setor que passa por constantes modificações que é o da saúde pública.

## REFERÊNCIAS

- ACSM. **Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição**. PESCATELLO, Linda S. (org.). 9ª ed. Ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2014.
- ALENCAR, Mônica Maria Torres de. Transformações econômicas e sociais no Brasil dos anos 1990 e seu impacto no âmbito da família. In: SALES, Mione Apolinario (Org.). **POLÍTICA SOCIAL, FAMÍLIA E JUVENTUDE: Uma questão de direitos**. 2ª ed. São Paulo. Cortez Editora, 2006.
- ALVES, Maicon Henrique; PONTELLI, Bartira Palin Bortolan. Doenças crônicas e a prática da atividade física no impacto das internações por causas sensíveis a atenção básica. **Revista FAFIBE On-Line**, Bebedouro SP, p. 310-318, 2015.
- ANTUNES, Alfredo Cesar. **Mercado de Trabalho e Educação Física: aspectos da preparação profissional**. Revista de Educação, Anhanguera, n. 10, p. 141, 2007.
- ARANHA, Otávio Luis Pinheiro. **Currículos de formação de professores de educação física no estado do Pará: conteúdos curriculares, concepções pedagógicas e modelos de profissionalidade**. 2011. 271 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Instituto de Ciências da Educação, Universidade Federal Pará, Belém, 2011.
- BACHETTI, Jayanna de Rezende e BORGES, Carlos Nazareno Ferreira. Políticas Públicas de Saúde no Município de Vitória/es: práticas corporais como estratégia. In: ALMEIDA, Ueberson Ribeiro; BRANDÃO, Fabiana F. de Freitas e WACHS, Felipe (Org.). **Educação Física e Saúde Coletiva: Cenários, Experiências e Artefatos Culturais**. Porto Alegre/RS: Rede Unida. 2016.
- BAGRICHEVSKY, Marcos. A formação profissional em educação física enseja perspectivas (críticas) para atuação na saúde coletiva? In: FRAGA, Alex Branco (Org.). **Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção**. RS. Editora: UFRGS, Série esporte, lazer e saúde. p. 42, 2007.
- BARBOSA, Alciane Gonçalves; LIMA, Maria Antonia Alves; MENDES, Bárbara Maria Macedo. **A REFLEXÃO CRÍTICA NA FORMAÇÃO DE PROFESSORES: Entre Práticas e Saberes**. [entre 2011 e 2016].
- BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo e BORGES, Lucélia Justino. Vivência acadêmica e proximidade prática na saúde. In: Tânia R. Bertoldo Benedetti et al. (Org.) **ABNESF: A formação do profissional de educação física para o setor saúde**. Florianópolis : Postmix, 2014.
- BIELEMANN, Renata Moraes et al. **Impacto da inatividade física e custos de hospitalização por doenças crônicas**. Práticas de Saúde Pública. Revista Saúde Pública. p. 2, 2015.
- BOZO, Aline Maria Hagers e GUAZQUE, Bárbara. **Direito social à saúde: análise a partir da perspectiva dos direitos fundamentais no caso de brasileiro**. [2013].
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Gestão de Atenção Básica: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Secretaria de Atenção à Saúde: **boletim 01**. Distrito Federal, outubro, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. **Censo da Educação Superior. Principais Resultados.** 2016. Disponível em: <<http://download.inep.gov.br/educacaosuperior/censosuperior/documentos/2016/censosuperiorrtabelas.pdf>> Acesso em: 02 de out. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 287 de 08 de outubro de 1998.** Disponível em: <[conselho.saude.gov.br/docs/reso287.doc](http://conselho.saude.gov.br/docs/reso287.doc)> Acesso em: 02 de out. 2018.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Seção II, Art. 196 – Da Saúde, Brasília, p. 118, 2016.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. *Para Entender a Gestão do SUS.* Brasília. CONASS, 2003.

\_\_\_\_\_. **Manual para a organização da Atenção Básica.** Ministério da Saúde: Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério de Educação e do Desporto; **Resolução CNE/CP n 1, de 18 de fevereiro de 2002,** que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, em nível superior, curso de Licenciatura, de graduação plena; Brasília: CNE/CES, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério de Educação e do Desporto; **Resolução n° 007/CNE/CES/2004, de 18 de fevereiro de 2004.** Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, em nível superior de Graduação Plena. Brasília: CNE/CES, 2004.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde: Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério de Educação e do Desporto; **Parecer n 058/CNE/CES/2004, de 18 de fevereiro de 2004.** Trata das Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em Educação Física. Brasília: CNE/CES, 2004.

\_\_\_\_\_. Cadernos de Atenção Básica – Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. In: **Práticas Corporais e Atividade Física no NASF.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2010.

CARINHATO, Pedro Henrique. **Neoliberalismo, Reforma do Estado e Políticas Sociais nas últimas décadas do século XX no Brasil.** Aurora, ano II, n.3, 2008.

CARVALHO, Yara Maria. Atividade Física e Saúde: onde está e quem é o “sujeito” da relação?. **Rev. Bras. Cien. Esporte.** V. 22, n.2, jan, 2001.

CARVALHO, Yara Maria. **Práticas corporais são instrumentos suficientes para a promoção da saúde coletiva.** Saúde, USP Online, 2015. Disponível em: <<https://www5.usp.br/94723/praticas-corporais-sao-instrumento-eficiente-para-a-promocao-da-saude-coletiva/>> Acesso em: 03 de jan. 2019.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à filosofia.** 11ª ed. São Paulo: Ática, 1999.

CONFED. Código de Ética dos profissionais de Educação Física. In: **Resolução CONFED 307/2015.** Conselho Federal de Educação Física. 2015.

COUTINHO, Silvano da Silva. **Competências do profissional de Educação Física na Atenção Básica em Saúde**. Tese apresentada ao de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: USP, 2011.

COUTINHO, Silvano da Silva. et al. A Educação Física na Atenção Básica à Saúde. Uma revisão integrativa. **FIEP BULLETINS**. v. 83 – SPECIAL EDITION – ARTICLE I. 2013.

CRUZ, Danielle Keylla Alencar e MALTA, Déborah Carvalho. Práticas corporais e atividade física no Sistema Único de Saúde: das experiências locais à implementação de um programa nacional. In: BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo et al. (Org.). **ABNESF: A formação do profissional de educação física para o setor saúde**. Florianópolis : Postmix, 2014.

DESSBESELL, Giliane; CABALLERO, Raphael Maciel da Silva. **EDUCAÇÃO FÍSICA, CURRÍCULO E FORMAÇÃO PARA O CAMPO DA SAÚDE: alguns movimentos possíveis**. In: WACHS, Felipe (Org.). **Educação Física e Saúde Coletiva: Cenários, experiências e artefatos culturais**. Porto Alegre/RS. Editora: Rede UNIDA. p. 114, 2016.

DIARIO OFICIAL DA UNIÃO. **Resolução do CONFEF nº 231/2012, em 16 de abril de 2012**. DOU. nº 90, seção 1, pág. 175, de 10 de maio de 2012. Disponível em: [http://www.confef.org.br/extra/resolucoes/conteudo.asp?cd\\_resol=303](http://www.confef.org.br/extra/resolucoes/conteudo.asp?cd_resol=303). Acesso em: 15 de agosto de 2017.

DUARTE, Luciana Gaspar Melquíades. A eficácia do direito à saúde. **Revista: Ética e Filosofia Política**, nº 16, v.1, jun, 2013.

FERREIRA, José Roberto e BUSS, Paulo Marchiori. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Cartas de Promoção da Saúde: Ministério da Saúde. Brasília, 2002

GARCIA, Vera Lúcia. Contributo do FNEPAS para integralidade na saúde. In: BENEDETTI Tânia R. Bertoldo et al. (Org.). **ABNESF: A formação do profissional de educação física para o setor saúde**. Florianópolis: Postmix, 2014.

GIDDENS, Anthony. **SOCIOLOGIA DO CORPO: Saúde, Doença e Envelhecimento**. In: **Sociologia**. 6ª edição. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa. p. 156. 2008.

GIRALDO, Andrea Elisa Donovan et al. Influência de um programa de exercícios físicos no uso de serviços de saúde na Atenção Básica de Saúde do município de Rio Claro, SP. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v. 18, n. 2, Pelotas/RS, p. 186-196, mar. 2013.

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ. **Relatório Detalhado Quadrimestral**. PARÁ: Secretaria de Estado de Saúde pública – SESPA. maio a agosto, 2015.

JUNIOR, Crivaldo Gomes Cardoso et al. Hipertensão Arterial Sistêmica. In: RASO, Vagner; GREVE, Julia Maria D'Andrea; POLITO, Marcos Deoderlein (Org.). **POLLOCK. Fisiologia Clínica do Exercício**. Ed. Menole: Barueri, SP, 2013.

LAVRAS, Carmem. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Revista: Saúde Soc.** , v.20, n.4, São Paulo, 2011, p.867-874.

LUZ, Madel T. Educação física e saúde coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração nas redes de serviços públicos de Saúde. In: FRAGA, Alex Branco e WACHS, Felipe. (org.). **Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção**. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

MARTINEZ, Jéssica Félix Nicácio; SILVA, Ana Marcia; SILVA Maria Sebastian. As diretrizes do NASF e a presença do Profissional em Educação Física. **Motrivivência**. V. 26, n. 2, p. 222-237, jun. 2014.

MAZO, Janice Zarpellon; GOELLNER, Silvana Volodre. PENSANDO A EDUCAÇÃO FÍSICA HUMANISTA: CONSERVADORA OU EMANCIPATÓRIA? **Motrivivência**. 1993.

MELO, Adriana A. S. **A mundialização da educação: consolidação do projeto neoliberal na América Latina. Brasil e Venezuela**. Maceió: EDUFAL, 2004.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos e DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – origens e diferenças conceituais. **Rev: APS**. V. 12, abr/jun, 2009.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanços e perspectivas**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, jul, 2009.

MICHALISZYN, Mario Sergio; TOMASINI, Ricardo. **Pesquisa – Orientações e Normas para Elaboração de Projetos, Monografias e Artigos Científicos**. 7. ed. Petrópolis, RJ. Ed.: Vozes, 2012.

MORETTI, Andreza C. **Práticas Corporais/Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde**. Saúde Soc. São Paulo, v. 18, n. 2, p. 346-354, set. 2009.

MORAES, Camila de; ZANESCO, Angelina. **Obesidade no adulto**. In: RASO, Vagner; GREVE, Julia Maria D'Andrea; POLITO, Marcos Deoderlein (orgs.). **POLLOCK. Fisiologia Clínica do Exercício**. Ed. Menole: Barueri, SP, 2013.

NAVARRO, Vera Lucia. *Trabalho, saúde e tempo livre sob os domínios do capital*. In: WALQUIRIA, Padilha (Org.). **Dialética do Lazer**. São Paulo: Cortes, 2006.

PATROCINIO, Shirley Soares da Silva Marins do. Núcleo de Apoio a Saúde da Família: proposta nacional e a implementação em municípios do Estado do Rio de Janeiro. In: **O Núcleo de apoio a Saúde da Família: proposta e panorama nacional**. 2012. 156 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área da saúde pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2012.

PINTO, Ana Lúcia Sousa. **O Tratamento Dispensado à categoria saúde no currículo de graduação em Educação Física**. 2012. 161 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2012.

PREFEITURA DE BELÉM. **Contextualização das Dimensões Estratégicas**. ANEXO I. Belém, [entre 2012 e 2014].

PREFEITURA DE MARABÁ. **SMS lança Edital do Processo Seletivo 2017**. Marabá, 2017. Disponível em: <http://maraba.pa.gov.br/sms-lanca-edital-do-processo-seletivo-2017/>. Acesso em: 15 de julho de 2017.

RAZEIRA, Mauricio Berndt et al. Os motivos que levam a escolha do curso de Licenciatura em Educação Física e as pretensas áreas de atuação. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**. São Paulo, v. 13, n. 2, p. 124-136, jul/dez, 2014.

Resolução CONFEF nº 307/2015, Disponível em: <[www.confef.org.br/confef/resolucoes/381](http://www.confef.org.br/confef/resolucoes/381)> Acesso em: 02 de out. 2018

ROCHA, Vera Maria; CENTURIÃO, Carla Haas. **Profissionais da saúde: Formação, Competência e Responsabilidade Social**. In: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe (Org.). Educação Física e Saúde Coletiva – Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção. RS. Editora UFRGS. p. 26, 2007.

SANTOS, José Ivanildo dos. **A FORMAÇÃO CRÍTICA-REFLEXIVA DE PROFESSORES DE CIÊNCIAS NA PERSPECTIVA DA FORMAÇÃO INICIAL E CONTINUADA**. [201-].

SESMA. **Processo Seletivo n.º 01/2011 para Provimento e Formação de Cadastro Reserva nos Cargos Temporários – Edital Completo Retificado e Consolidado n. 002/2011, de 28 de janeiro de 2011**. Secretaria Municipal de Saúde, Belém, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/Comp1/Downloads/753sesma\_2011\_edital\_002\_retificado\_consolidado.pdf > Acesso em: 20 de julho de 2017.

SESMA. **CONCURSO PÚBLICO N.º 01/2012 – EDITAL RETIFICADO E CONSOLIDADO N.º 02/2012, DE 28 DE MARÇO DE 2012**. Secretaria Municipal de Saúde. Belém, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Comp1/Downloads/1403sesma\_01\_2012\_edital\_02\_retificado\_e\_consolidado.pdf> Acesso em: 25 de julho de 2017.

SESPA. **Edital N.º 001/2017 - SESP, 20 de fevereiro de 2017 Processo Seletivo Simplificado para Contratação Temporária**. Secretaria de Saúde Pública, Pará, 2017. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/EDITAL-N%C2%BA-01.2017-SESPA-PSS.pdf> Acesso em 15 de julho de 2017.

SILVA, L. et al. **Pesquisa documental: alternativa investigativa na formação docente**. IX Congresso Nacional de Educação, Paraná, p.3, 2009.

SILVA, Francisco Martins. CONFEF. **Recomendações sobre condutas e procedimentos do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde**. Rio de Janeiro. p. 13. 2010.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexão num contexto de mudanças. **Saúde soc.** São Paulo, v. 19, n. 3, 2010.

UFPA. **Projeto Político Pedagógico do curso de Educação Física – Licenciatura**. Belém, 2011.