**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**A Educação Física e a Promoção da Saúde:
formação profissional e desenvolvimento de
competências**

Thaís Guerreiro Scabar

**Dissertação apresentada ao programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública
para obtenção do título de Mestre em
Ciências.**

**Área de Concentração: Serviços de
Saúde Pública**

**Orientador: Prof^a Dr^a Maria Cecília
Focesi Pelicioni**

**São Paulo
2014**

A Educação Física e a Promoção da Saúde: formação profissional e desenvolvimento de competências

Thaís Guerreiro Scabar

**Dissertação apresentada ao programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências.**

**Área de Concentração: Serviços de
Saúde Pública**

**Orientador: Profª Drª Maria Cecília Focesi
Pelicioni**

**São Paulo
2014**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

DEDICATÓRIA

Ao meu melhor amigo, esposo e grande amor Luiz Felipe pelo incansável apoio e companheirismo que tornam os momentos difíceis em suaves e agradáveis momentos. Com todo o meu amor.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela fé que move a minha vida e faz da minha existência um contínuo de gratidão.

Agradeço a Deus todos os dias por sempre me proporcionar o que de mais especial o mundo pode oferecer: uma família especial, um amor especial, amigos especiais, oportunidades especiais, experiências especiais, e não seria diferente neste momento tão especial da minha formação humana, me proporcionando, uma orientadora tão especial.

À Professora Dr^a Maria Cecília Focesi Pelicioni a minha gratidão por ensinar-me com suas atitudes e histórias de vida que tudo é possível quando se tem ações bem intencionadas e que muitas vezes um simples voto de confiança pode transformar uma história de vida. Que o seu exemplo de pessoa Humana e Educadora continue transformando vidas. Pela sua coragem e sabedoria, a minha eterna admiração. À sua amável família, agradeço pela acolhida e carinho.

À Professora Dr^a Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira e ao Professor Dr. José Medalha por aceitarem fazer parte da banca e pelas preciosas contribuições ao meu processo de formação e a este trabalho.

Aos colegas da Faculdade de Saúde Pública e, em especial, à amiga Sandra Costa de Oliveira pelo apoio e ajuda ao longo desta jornada acadêmica.

À minha família por constituírem a minha base sólida, meu refúgio e meu oásis. Com todo o meu amor, a minha gratidão.

Aos meus grandes amigos por todo incentivo e por trazerem tanto carinho e alegria à minha vida. Cada um de vocês sabe o quanto foi particularmente importante para mim ao longo desta jornada.

À Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, seus colaboradores e docentes pela contribuição à minha formação.

Ao CNPq pelo auxílio financeiro por meio da concessão da bolsa de estudos.

“O mundo é aquilo que você decide ver do mundo, é aquilo para o que você decide existir.”

RESUMO

Scabar TG. A Educação Física e a Promoção da Saúde: formação profissional e desenvolvimento de competências [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2014.

A demanda de educadores físicos para atuar na Promoção da Saúde (PS), em especial na Atenção Básica, tem aumentado, o que requer dos profissionais formação adequada para atender às atuais necessidades da população. As DCNS para os cursos de Educação Física (EF) orientam para aquisição e desenvolvimento de competências e habilidades em PS, no entanto, a formação do profissional têm-se centrado na realização de diagnósticos, avaliação e prescrição de atividades físicas. Poucas publicações divulgam como são viabilizadas as propostas da Política Nacional de Promoção da Saúde na formação dos profissionais sob a perspectiva das Conferências Internacionais de PS e das principais referências em competências para PS, como o Projeto CompHP. São escassos os estudos sobre a atuação destes profissionais no SUS. Os objetivos foram: 1-identificar as percepções, opiniões e conhecimentos de estudantes e docentes de EF sobre o campo da PS; 2-verificar se as percepções, opiniões e conhecimentos dos alunos e docentes sobre o campo da PS condizem com o referencial teórico proposto nas Conferências Internacionais; 3-identificar qual referencial teórico de PS está sendo utilizado no curso de EF de uma Instituição Privada do Estado de SP; 4-investigar quais elementos das competências fundamentais para PS, segundo o CompHP, o referido curso tem contemplado. A metodologia foi quali-quantitativa e os instrumentos foram análise documental e aplicação de questionários aos alunos e docentes. Os dados foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo de Bardin. Concluiu-se que embora o Projeto Pedagógico propusesse a construção de habilidades e competências para PS, o curso não propunha componentes curriculares que abordassem a PS sob a perspectiva das Conferências Internacionais e Projeto CompHP. Estudantes e docentes associaram com frequência PS com práticas físicas e esportivas, em detrimento às questões sociais e culturais, refletindo os conceitos de Saúde e PS que possuem, voltados para o

ideal da mudança de comportamento. O conceito de PS com enfoque social e inclusivo não foi mencionado. A presença do conteúdo de PS nos cursos de EF é fundamental para atender as demandas sociais, sendo que o Projeto CompHP poderia contribuir para tal. No entanto, é fundamental considerar as demandas regionais relacionadas aos setores sociais, pois a PS visa, sobretudo, o empoderamento da população na luta pelo alcance dos direitos sociais, cenário mutante e heterogêneo no nosso país.

Descritores: Saúde Pública. Promoção da Saúde. Saúde da Família. Educação Física e Treinamento. Competências em Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Scabar TG. Physical Education and Health Promotion: professional formation and competencies development [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2014.

There is a growing demand for physical education teachers to work in Health Promotion (HP), specifically in Basic Attention, which requires qualified professionals to meet population needs. The National Curriculum Guidelines for Physical Education (PE) courses instruct on the acquisition and development of competencies and abilities in HP, however, the professional formation focus on the diagnosis, evaluation and prescription of physical activities. Few studies disclose how the proposals of the National Policy of Health Promotion are used in the formation of PE professionals from the viewpoint of the International Conferences on Health Promotion and the main references on HP competencies, such as the CompHP project, and are also scarce on the performance of these professionals in SUS. This study aimed at: a) to identify the perceptions, opinions and knowledge of PE students and teachers in the field of HP; b) to verify if the perceptions, opinions and knowledge of students and teachers on the field of HP complied with the theoretical framework proposed in the International Conferences on Health Promotion; c) to identify which HP theoretical framework is applied in the PE course of a private higher education institution in São Paulo; d) to investigate which elements of the basic competencies for HP, according to the CompHP proposal, this course includes. Qualitative and quantitative methods were used. The instruments comprised the technique of documentary research and questionnaires applied to students and teachers. Data analysis was based on the content analysis techniques proposed by Bardin. The course did not establish the curricular components that included HP from the perspective of the International Conferences and the CompHP Project, although the Pedagogical Project was to develop competencies and abilities for HP. Students and teachers often associated HP with physical and sports training in detriment to social and cultural issues, reflecting their own concepts of health and HP towards an ideal behavior change. The concept of HP based on a social and inclusive approach

was not mentioned. The inclusion of HP contents in PE courses is essential to meet the social demands and the CompHP Project could contribute. However, the regional demands of the social development sectors should be considered, as HP mainly aims at the empowerment of the population in their struggle to gain social rights, a mutant and heterogeneous national scenario.

Keywords: Public Health; Health Promotion; Family Health; Physical Education and Training; Competencies in Health Promotion.

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	O CAMPO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	17
1.2	A ATIVIDADE FÍSICA E A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	21
1.3	A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO BÁSICA POR MEIO DO NASF	23
1.4	A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA SOB A PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	28
1.5	A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE	31
1.6	A DEFINIÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE	35
1.6.1	A Construção de Competências para a Promoção da Saúde	36
1.6.2	A Discussão de Competências em Promoção da Saúde no Mundo	38
1.6.3	Desenvolvimento de Competências e Padrões Profissionais para a Capacitação em Promoção da Saúde – O Projeto CompHP	39
1.6.4	Discussão sobre competências em Promoção da Saúde na América Latina	41
2	OBJETIVOS	44
3	MÉTODO	45
3.1	TIPO DE ESTUDO	45
3.2	CENÁRIO DE ESTUDO	46
3.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO	47
3.3.1	Critérios de escolha do curso	48
3.4	INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA A PESQUISA	49
3.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA E O TRABALHO EM CAMPO	52

3.5.1	Primeira Fase: Coleta de Dados Secundários – Pesquisa Documental	52
3.5.2	Segunda Fase: Coleta de Dados Primários – Aplicação de Questionário	52
3.6	ANÁLISE DOCUMENTAL	54
3.7	ANÁLISE QUANTITATIVA	54
3.8	ANÁLISE QUALITATIVA	55
4	ASPECTOS ÉTICOS	60
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
5.1	PESQUISA DOCUMENTAL	61
5.2	DADOS PRIMÁRIOS – QUESTIONÁRIOS	76
5.2.1	Questões Fechadas e Mistas – Análise Quantitativa	76
5.2.2	Questões Mistas e Abertas – Análise Qualitativa	94
6	CONCLUSÕES	145
7	RECOMENDAÇÕES	147
8	REFERÊNCIAS	149
ANEXOS		
	Anexo 1 – Valores, Conhecimentos e Domínios de Competências Essenciais em Promoção da Saúde segundo o Projeto CompHP	162
	Anexo 2 – Descrição dos Domínios de Competências Essenciais em Promoção da Saúde segundo o Projeto CompHP	163
	Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido dos Alunos	166
	Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido dos Docentes	168
	Anexo 5 - Instrumento para Coleta de Dados dos Alunos	170
	Anexo 6 - Instrumento para Coleta de Dados dos Docentes	172
	Anexo 7 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	175
CURRÍCULO LATTES		

Lista de Quadros

Quadro 1 -	Perfil Profissional proposto pelo Projeto Pedagógico atual	63
Quadro 2 -	Competências e Habilidades previstas no curso de Educação Física, 2013	66
Quadro 3 -	Perspectivas de Promoção e Prevenção da Saúde	132

Lista de Tabelas

Tabela 1 –	Motivos que levaram os alunos de Educação Física a gostar do estágio extracurricular associado à área da Saúde Pública ou Coletiva	81
Tabela 2 –	Outras atividades realizadas pelos 15 alunos de Educação Física que segundo os mesmos abordaram o tema da Saúde Pública ou Coletiva	89
Tabela 3 –	Outras atividades realizadas pelos alunos de Educação Física que abordaram o tema da Promoção da Saúde Pública	90

Lista de Figuras

Figura 1 -	Domínios de competências essenciais em promoção da saúde conforme o Projeto CompHP.	40
Figura 2 –	Percurso da Pesquisa Documental	50
Figura 3 –	Processo de categorização semântica (geração dos grandes temas) segundo Laurence Bardin	59
Figura 4 –	Grandes temas gerados a partir do reagrupamento das categorias – questões respondidas pelos estudantes	94
Figura 5 –	Grandes temas gerados a partir do reagrupamento das categorias – questões respondidas pelos docentes	95

Lista de Gráficos

Gráfico 1 -	Faixa Etária por Gênero dos alunos participantes	77
Gráfico 2 -	Série do curso em que se encontravam os participantes da pesquisa	78
Gráfico 3 -	Experiência profissional remunerada dos alunos participantes da pesquisa	79
Gráfico 3A -	Atividades profissionais remuneradas desenvolvidas pelos alunos de Educação Física, no período de 2006 a maio de 2013	79
Gráfico 4 -	Realização de estágios não curriculares na área de Saúde Pública ou Coletiva	80
Gráfico 4A -	Estágios extracurriculares associados à área de Saúde Pública ou Coletiva realizados pelos alunos do curso de Educação Física	81
Gráfico 5 -	Realização de disciplina que abordou o tema da Saúde Pública ou Saúde Coletiva pelos alunos de Educação Física	82
Gráfico 5A -	Frequência de associação das disciplinas do curso de Educação Física ao campo da Saúde Pública/ Saúde Coletiva	83
Gráfico 6 -	Realização de estágio curricular na área de Saúde Pública ou Saúde Coletiva pelos alunos de Educação Física	85

Gráfico 7 - Disciplinas que segundo alguns alunos abordaram o tema da Promoção da Saúde	86
Gráfico 7A - Frequência de associação das disciplinas do curso de Educação Física ao campo da Promoção da Saúde	86
Gráfico 8 - Realização de estágio curricular na área de Promoção da Saúde pelos alunos de Educação Física	88
Gráfico 9 - Realização ou não de outras atividades (exceto estágio e disciplina) que abordaram o tema da Saúde Pública ou Saúde Coletiva	89
Gráfico 10 - Realização ou não pelos alunos de outras atividades (exceto estágio e disciplina) que abordaram o tema da Promoção da Saúde	90
Gráfico 11 - Percepção dos alunos sobre sua atual capacidade para atuar no campo de Promoção da Saúde	91

1 INTRODUÇÃO

1.1 O CAMPO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Promoção da Saúde é reconhecida internacionalmente como um importante processo para enfrentar os atuais problemas de saúde pública e de desenvolvimento social. Suas abordagens e projetos estão intrinsecamente relacionados aos conceitos de saúde e metas de desenvolvimento social adotados pelas políticas públicas e governos.

Sendo assim, podemos encontrar diferentes referenciais teóricos para o campo da Promoção da Saúde que algumas vezes são dicotômicos e outras vezes complementares entre si, mas que devem atender às necessidades sociais em saúde de determinada população ou região.

Para BUSS (2000) o desenvolvimento da promoção da saúde é considerado como campo conceitual e de prática que busca explicações e respostas para a articulação entre saúde e qualidade de vida, considerando a relevância das causas sociais das más condições de vida e saúde.

Para WESTPHAL (2012) a Promoção da Saúde constitui ação sobre a ampla causalidade do processo saúde-doença, sendo uma nova visão baseada em conceito positivo para ser utilizado por profissionais de modo geral e, em especial, os de saúde, para que objetivem fortalecer os indivíduos para enfrentar os momentos difíceis e vencê-los, e retornar à vida com felicidade e qualidade.

Nesse sentido, BYDLOWSKI e PEREIRA (2012) destacam o papel das ações de Promoção da Saúde que visam à capacitação e o empoderamento, como fundamentais para a emancipação da população, sendo uma condição necessária para o exercício efetivo da cidadania em busca de melhores condições de vida e consequentemente de boa saúde.

A amplitude das abordagens teórico metodológicas do campo da Promoção da Saúde (PS) o configuram como um novo e promissor paradigma na saúde. Suas bases conceituais dão suporte à reorganização do trabalho em saúde, para que este se constitua como uma forma de resposta social organizada aos problemas e necessidades de saúde de uma dada população (CHIESA et al., 2009).

Historicamente, a partir dos resultados do relatório Lalonde na década de 1970, identificou-se que o modelo biomédico utilizado até então na atenção à saúde, enfatizava a prevenção, o tratamento e a recuperação, deixando de lado a educação e a promoção da saúde e ainda não incluía os aspectos socioeconômicos, políticos e culturais que influenciam o processo saúde-doença. Surgiu então um novo modelo de atenção à saúde integral e um novo paradigma para a saúde pública, a Promoção da Saúde (PELICIONI e PELICIONI, 2007).

As primeiras políticas de promoção da saúde e bases conceituais com enfoque socioambiental e inclusivo foram desenvolvidas a partir das conferências internacionais de Ottawa (Canadá) em 1986, Adelaide (Austrália) em 1988, Sundsvall (Suécia) em 1991 e Jacarta (Indonésia) em 1997. Na América Latina, a Conferência Interamericana de Promoção da Saúde que ocorreu em Bogotá (Colômbia) no ano de 1992 trouxe formalmente o tema para o contexto sub-regional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b; PELICIONI, 2014).

A Carta de Ottawa, produzida na 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, reforça um ampliado conceito que destaca a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde, ao definir promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”, assume o entendimento de saúde não como um objetivo em si, mas como um recurso fundamental para a vida cotidiana (OPAS, 1986).

Os cinco campos (ou eixos) estratégicos da Promoção da Saúde definidos na Carta constituem a principal referência para o desenvolvimento de estratégias e ações para uma promoção da saúde integral com enfoque social e inclusivo. Os cinco campos são:

- . Elaboração e implementação de Políticas Públicas saudáveis.
- . Criação de ambientes favoráveis à saúde.
- . Fortalecimento da ação comunitária.
- . Desenvolvimento de habilidades pessoais.
- . Reorientação dos serviços de saúde.

Dentre os campos de atuação da PS destaca-se o eixo “reorientação dos serviços de saúde” que indica a necessidade de realizar um esforço maior de pesquisa em saúde, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde (OPAS, 1986).

Os cinco campos de ação da promoção da saúde são transversais a todos os setores sociais, caracterizando a proposta da promoção da saúde como genuinamente intersetorial. Considera que as condições e requisitos para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Desta forma, a Carta de Ottawa reafirma os determinantes múltiplos da saúde e trata o conceito de saúde como bem-estar que transcende a ideia de formas sadias de vida (BUSS, 2000).

Outras conferências internacionais subsequentes à Jacarta (1997) contribuíram para a ampliação do campo de observação e da constituição do referencial teórico-metodológico da chamada “nova Promoção da Saúde”, tais como a V Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada na Cidade do México (México) no ano de 2000, a VI Conferência Internacional realizada na cidade de Bangkok no ano de 2005, a VII Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida na cidade de Nairóbi (Quênia) em 2009 e por último a VIII Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Helsinki, na Finlândia, em junho de 2013 onde, segundo PELICIONI (2014) cerca de novecentos delegados representando países do mundo todo discutiram como têm ocorrido a implementação das decisões políticas sobre saúde, reafirmando a importância da inclusão da saúde em todas as políticas, como estratégia para aumentar as chances de uma vida mais saudável e ao mesmo tempo alcançar objetivos políticos em outras áreas.

No entanto, quanto à discussão sobre formação e capacitação para a promoção da saúde, destaca-se a VII Conferência ocorrida em 2009, na cidade de Nairóbi no Quênia, onde foram discutidas relevantes lacunas acerca dos processos de implementação e desenvolvimento das estratégias de ação em Promoção da Saúde, trazendo novamente para o debate a necessidade de aumentar e aperfeiçoar as habilidades dos promotores de saúde, propondo entre suas estratégias de ação “a construção de capacidades para a Promoção da Saúde” por meio do estabelecimento de padrões de competências para a promoção da saúde e da revisão das matrizes curriculares dos cursos de formação de profissionais da saúde e demais cursos relacionados à área da saúde, incluindo a promoção da saúde no processo de formação de tais profissionais (WHO, 2009).

1.2 A ATIVIDADE FÍSICA E A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

A transição epidemiológica nas últimas décadas tem demonstrado a relevância da atuação dos profissionais da Educação Física na promoção da saúde uma vez que o sedentarismo, fator de risco para as doenças crônicas, segundo BAUMAN (2004), tem apresentado prevalência elevada em vários países.

A literatura internacional relacionada à epidemiologia da atividade física teve rápido crescimento nas últimas décadas. No Brasil, estudos recentes demonstram que grande parcela da população não tem atingido as recomendações atuais quanto à prática de atividades físicas (HALLAL, 2007). Destaca-se que fatores socioeconômicos e culturais aparecem como as principais causas para uma vida sedentária.

Diante deste contexto, onde o sedentarismo tornou-se um problema de saúde pública, muitas discussões e reflexões têm permeado temas relacionados à ampliação das políticas públicas de saúde no Brasil por meio da inclusão de práticas corporais e da atividade física (PCAF).

As práticas corporais e a atividade física (PCAF) são conceituadas fisiologicamente pelo Ministério da Saúde (MS) como qualquer movimento realizado pela musculatura esquelética que produza gasto energético acima do normal, sendo, a atividade física, principalmente na saúde, costumeiramente difundida e compreendida como sinônimo de movimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Para enfrentar a prevalência ascendente das doenças do aparelho circulatório surgiu o eixo Práticas Corporais e Atividade Física (PCAF) na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), publicada em 2006 (3ª edição em 2010), atualmente na sua terceira edição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

No entanto, cabe observar, que ao interpretar as recomendações da PNPS é necessário ampliar a visão estratégica das ações e, como no caso das Práticas Corporais e Atividades Físicas, considerar que as mesmas “devem ser construídas a partir de componentes culturais, históricos, políticos, econômicos e sociais do contexto onde o profissional de saúde atuará como ator social” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Para o Ministério da Saúde a Promoção da Saúde é uma estratégia de produção de saúde, ou seja, um modo de pensar e de operar articulando as demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro. Suas propostas devem contribuir para a construção de ações que respondam às necessidades sociais em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A Política Nacional de Promoção da Saúde, por meio de uma proposta genuinamente multidisciplinar, prevê ações de promoção em todos os níveis de atenção à saúde, com ênfase na Atenção Básica. Em consonância com a VII Conferência Internacional de Promoção da Saúde, a política ressalta a necessidade de discutir sua proposta nos espaços de formação e educação permanente de profissionais de saúde e estimula a inclusão do tema nas matrizes curriculares dos cursos de formação profissional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Embora as diretrizes do Ministério da Saúde orientem, conforme já mencionado, para que as PCAF sejam construídas a partir de componentes culturais, históricos, políticos, econômicos e sociais do contexto onde o profissional de saúde atuará como ator social, SILVA *et al.* (2012) afirmam que a atual Política Nacional de Promoção da Saúde ainda requer ajustes, pois apresenta uma visão prescritiva e voltada para o controle de riscos comportamentais (entre os quais a prática de atividades físicas) e para a melhoria do estilo de vida. Segundo os mesmos autores, os determinantes e condicionantes da saúde, resultantes das condições de vida e do meio ambiente são considerados ainda de forma muito discreta entre os artigos da PNPS.

1.3 A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO BÁSICA POR MEIO DO NASF

As “ações específicas” de prática corporal/atividade física na rede básica de saúde e na comunidade, propostas pela PNPS, destacam a importância da inserção do profissional da Educação Física no serviço de Atenção Básica para integrar as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Os Núcleos configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as Equipes de Saúde da Família, com as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde conforme apresentado na página 141 do presente trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

O NASF trouxe a inserção formal do profissional de Educação Física na Atenção Básica e tem como objetivo central oferecer retaguarda especializada às equipes de referência por meio do apoio matricial, prestando suporte assistencial e técnico pedagógico.

A criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ao constituir equipes compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento para atuar em parceria com os profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF), ampliou a abrangência e o escopo das ações de Atenção Básica, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, compartilhando as práticas em saúde, considerando a legislação federal e as políticas públicas relativas à saúde, dentre as quais a Política Nacional de Promoção da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Para favorecer as possibilidades de alcance a melhores resultados em saúde, o NASF tem o enfoque da promoção da saúde e do cuidado à população, procurando responder aos novos e antigos desafios da morbidade dos brasileiros, trazendo a oferta da melhor tecnologia disponível para grande parte das doenças crônicas, bem

como a revisão de tratamentos baseados somente na medicalização das doenças (MENDONÇA, 2009).

O NASF está classificado em três modalidades, NASF 1, NASF 2 e NASF 3 sendo sua composição variável de acordo com a proposta da legislação, no entanto, deve ser definida pelos gestores locais mediante demanda e disponibilidade de profissionais. O profissional de educação física está incluído nas três modalidades do NASF, confirmando a relevância da sua participação na equipe multidisciplinar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; 2012).

A atuação destas equipes deve ocorrer nos territórios de responsabilidade das ESF aos quais estejam vinculadas. As nove áreas estratégicas que compõem o NASF são: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Ao atuar dentro das diretrizes da atenção primária à saúde, o NASF deve priorizar o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, possibilitando a construção do conhecimento e de experiências a todos os envolvidos. Entre as principais metodologias para o desenvolvimento das propostas de trabalho estão: o estudo e discussão de casos e situações; os projetos terapêuticos; as orientações e atendimento conjunto.

As intervenções estão relacionadas à constituição de uma rede de cuidados, o que requer a criação de espaços de discussões internos e externos, visando o aprendizado coletivo. A proposta de trabalho do NASF não tem como foco o atendimento direto e individualizado, mas tal ação pode ocorrer mediante encaminhamento da ESF responsável, após compartilhamento e discussão do caso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

É esperado dos profissionais do NASF que assumam uma postura de corresponsabilidade na gestão de suas atividades, em conjunto com as ESF e gestores

locais, favorecendo processos de construção contínua, superando a lógica fragmentada da saúde por meio da formação de redes de atenção e cuidado. Do NASF espera-se também o comprometimento com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da Saúde da Família e entre sua própria equipe, na realização de ações intersetoriais e interdisciplinares, na promoção, na prevenção, na reabilitação da saúde e cura, além da humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O NASF propõe um repensar das práticas de saúde no âmbito da ESF, acreditando que o diálogo entre os profissionais da equipe multidisciplinar e de suas práticas é condição fundamental para a compreensão e atendimento das necessidades sociais em saúde de uma determinada população ou indivíduo.

Segundo o MS, a tecnologia de gestão utilizada pelo NASF, que é conhecida como “apoio matricial”, se complementa com o processo de trabalho em “equipes de referência”, no caso a ESF. A atuação das equipes de referência deve basear-se na proposta de gestão descentralizadora, com uma coordenação por equipe, partindo do pressuposto que existe interdependência entre profissionais, priorizando a construção de objetivos comuns em um time com clientela adscrita bem definida, com foco central no resultado final e não na atividade corporativa em si, como é o caso dos modelos de gestão fragmentados em chefias de áreas.

Assim, é um desafio para os coordenadores de cada equipe, produzir interação positiva entre os profissionais em busca das finalidades comuns, aproveitando as riquezas das diferenças existentes entre os mesmos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

As demandas de cada NASF são apresentadas pela equipe de Saúde da Família ou levantadas pela própria equipe do NASF a partir do reconhecimento do território de abrangência. Tais demandas podem requerer ações e intervenções diretamente voltadas à população (intervenção no território) ou voltadas aos profissionais das equipes. Atendimentos diretos individualizados ocorrerão apenas em situações extremas.

A diversidade de especialidades constitui maiores possibilidades de atendimento às demandas, não necessariamente pelo atendimento direto (territorial ou individual), mas principalmente pelas ações técnico-pedagógicas de apoio educativo.

No NASF, cada profissional deve comprometer-se com o trabalho por meio da sua especialidade e todos devem se comprometer com as propostas de promoção da saúde integral uma vez que é insuficiente pensar o indivíduo de forma fragmentada, por áreas de estudo no campo da saúde ou mesmo considerar que sua saúde está restrita ao adequado funcionamento dos sistemas fisiológicos.

Ressalta-se que mover-se de preferência 30 minutos por dia, em cinco ou mais dias da semana, é uma recomendação quase universalmente preconizada pelas organizações de saúde e centros nacionais e internacionais de pesquisas no campo da aptidão física. No entanto, com base na proposta de promoção da saúde, as Diretrizes do NASF destacam a importância de não esquecer as demais dimensões do ser humano, como a sociológica e a psicológica.

De acordo com essas Diretrizes do NASF propostas pelo MS:

Se é correta a noção de que atividade física equivale a movimento, por outro lado, o foco do conhecimento a ser propagado é o da percepção para além do que é apenas um corpo correndo, pulando ou sendo biometricamente avaliado. O corpo com o qual se irá necessariamente interagir nas PCAF é o corpo cultural, repleto de símbolos e signos, que o torna único, ao mesmo tempo em que o inclui na identidade de um determinado grupo ou coletivo social, como muito bem define a Antropologia, segundo a qual, não existe natureza humana independentemente da cultura.

Como princípio norteador da atuação do profissional, destaca-se a compreensão e contextualização histórica dos fenômenos, conceitos e determinações que envolvem a prática de atividade física na contemporaneidade, de modo a vislumbrar

concepções hegemônicas de corpo, massificadas pela grande mídia e as problemáticas relativas a gênero, etnia, ao trabalhador, aos ciclos de vida, acesso e prática de esportes, à transformação do lazer em mercadoria para o consumo, entre outros, todas imbricadas nas relações sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Para o Ministério da Saúde, situações favoráveis como a universalização do acesso aos serviços de saúde, a proximidade dos profissionais das equipes de Saúde da Família dos sujeitos circunscritos à sua área, os grupos de caminhada organizados nas unidades de saúde, a identificação da comunidade e de seus espaços para a prática de atividades físicas e de lazer e a existência de programas locais de PCAF devem ser considerados no exercício das práticas de saúde.

Segundo a mesma recomendação, há que se considerar também algumas situações desfavoráveis, como a urbanização exacerbada e o desaparecimento de espaços públicos de lazer; as dificuldades de acesso às praças, aos parques ou aos centros comunitários, seja pela ausência de tempo, recurso financeiro, limitações motoras, violência; a culpabilização do sujeito no discurso da adoção de hábitos saudáveis; o aumento da morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório; e, a atividade física como simples oposição ao sedentarismo.

As Diretrizes do NASF, propostas pelo MS, nos termos da PNPS, propõem a ressignificação das práticas corporais/atividade física, a partir do entendimento de saúde como resultante dos determinantes e condicionantes sociais da vida, destacando como essencial para o profissional de saúde o reconhecimento da promoção da saúde como resultado da dinâmica de produção de vida. Assumindo uma definição múltipla, apresenta-se como política transversal ou articuladora, dentro de uma matriz de princípios norteadores das práticas de saúde local.

Dessa forma, o perfil dos profissionais da rede de Atenção Básica, entre os quais o da educação física, deve contemplar posturas que superem a perspectiva individualizante e fragmentária que tradicionalmente abordam os modos de viver e colocam os sujeitos e as comunidades como responsáveis únicos pelas várias mudanças e arranjos ocorridos no processo saúde-doença ao longo da vida.

1.4 A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA SOB A PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Estudos epidemiológicos evidenciam que a atividade física regular e a adoção de um estilo de vida ativo são necessários para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida, uma vez que a atividade física regular contribui na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, especialmente as relacionadas às doenças cardiovasculares e o câncer. Está associada também à uma melhoria da mobilidade e da capacidade funcional durante o envelhecimento, sendo fundamental incentivar mudanças para a adoção de um estilo de vida ativo (MATSUDO, 2006).

A inserção de um programa de práticas corporais/atividade física direcionada à população deve fundamentar-se em uma concepção da Promoção da Saúde apoiada em processos educativos que vão além da transmissão de conhecimentos, focando, entre outros aspectos, o enfrentamento das dificuldades e o fortalecimento da identidade (MORETTI, 2009).

Para CARVALHO (2010), no espaço da atenção primária, no contexto da promoção da saúde, as práticas corporais, além do cuidado e da atenção à saúde, são eficazes na medida em que fortalecem a construção das relações de vínculo e propõem a construção de relações socialmente inclusivas, valorizando e otimizando o uso dos espaços públicos na produção de saúde.

Nesse sentido, é necessário refletir se os profissionais da saúde estão preparados para atuar a partir dessa nova e ampliada “visão do cuidar” possível de ser contemplada pelos programas e políticas do SUS por meio de estratégias de promoção da saúde.

Para SPAGNUOLO e GUERRINI (2005), nessa rede, não há lugar para conhecimentos preferenciais e nem mesmo para posições grupais predominantes, mas para a cooperação em busca do desenvolvimento sustentável que é tão dinâmico quanto complexo.

Segundo os mesmos autores, isto é do que necessitam os profissionais que atuam para a promoção da saúde por meio do SUS: a troca dos saberes, a construção contínua do conhecimento e de um novo olhar, que seja dinâmico, complexo e transdisciplinar, em busca do amadurecimento de todos os segmentos, cada um desempenhando suas funções e conjuntamente construindo e consolidando experiências que requerem um conjunto de estratégias de apoio, transcendendo os antagonismos e promovendo a expansão das ações para a implementação de um modelo de atenção integral às famílias por meio da promoção legítima de ações saudáveis, gerando novas práticas profissionais.

Entender a saúde neste novo olhar requer o enfrentamento de desafios para a academia, para o serviço, para usuários e para os gestores, uma vez que a maioria dos profissionais que hoje atuam foi formada a partir de projetos reducionistas e de especialização que tiveram por base os fundamentos da ciência clássica (HUERTAS, 2005).

É preciso que esse profissional venha efetivamente a contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e coletividades, o que pressupõe a condição de transcender o espaço epistemológico, incorporando os valores e atitudes humanos, sobretudo tendo como referencial uma abordagem interdisciplinar, conforme propõe FAZENDA (2002).

Ainda sob a perspectiva de ampliação das práticas pedagógicas, NICOLESCU (2005) destaca a importância da adoção de posturas transdisciplinares além das abordagens inter e multidisciplinares, uma vez que, conforme afirmam SPAGNUOLO e GUERRINI (2005) não se pode mais ver o ser humano de forma fracionada, em partes, estudadas por disciplinas pontuais ou simplesmente justapostas. Para os autores, promover a saúde é lidar com diferentes, e até mesmo opostos estilos de vida, buscando transcendê-los.

É necessário transcender as ações de integração e socialização dos indivíduos, criar condições sociais que permitam a cada pessoa aceder com sua particularidade

à cidadania e construir sua vida com o máximo de autonomia, de forma a tornar-se sujeito de direitos (ZIONI e WESTPHAL, 2007).

No entanto, conforme afirma FERNANDEZ (2012), cabe observar que a autonomia não corresponde a um bem que uma vez adquirido acompanha o indivíduo para sempre. O sujeito se constrói e é reconhecido na relação com o outro, dissociando os conceitos de autonomia e independência. O autor considera a construção da autonomia como uma tarefa política necessária, principalmente, no âmbito das instituições e nas relações de poder que estas se materializam. Nesse sentido, é necessário um exame das práticas e intervenções propostas para a promoção da saúde, identificando se as mesmas correspondem à dinâmica social ensejada.

O resultado desse exame pode indicar a necessidade de repensar os processos de formação e qualificação dos profissionais que trabalham sob a perspectiva da Promoção da Saúde.

Para MENDONÇA (2009), no âmbito da ESF, a qualificação da equipe de Saúde da Família depende de mudanças estruturantes na formação em nível de graduação e pós-graduação nas áreas da saúde. Na graduação os alunos têm em seus docentes modelos para a escolha da área de atuação, assim, é necessário que as instituições de ensino contemplem profissionais voltados à atenção primária em saúde, capazes de captar recursos, fazer pesquisas e consequentemente incentivar alunos a atuar em Saúde Pública.

1.5 A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Segundo ALMEIDA e PIMENTA (2011) a atuação dos docentes na educação superior deve transcender a função do ensino dos conhecimentos técnico-científicos especializados e agir diretamente na construção de um perfil profissional que contemple o senso de justiça social e uma identidade profunda com a cidadania democrática. As autoras acreditam no caráter formativo da educação na sociedade contemporânea e na necessidade de compreender o significado social da área específica a ser ensinada.

Para TEDESCO (2004), um projeto educativo democrático é bastante exigente em relação às capacidades pessoais dos docentes, pois existe um núcleo básico de atitudes e valores fundamentais sem os quais a atividade socializadora pode não ser exitosa. Para o autor, o compromisso do docente com a formação da personalidade dos alunos baseada em uma proposta democrática implica assumir de forma ativa os valores da democracia.

Algumas áreas do conhecimento possuem genuinamente caráter formativo e são fundamentadas no senso de justiça social e na construção de uma identidade profunda com a cidadania democrática. Esse é o caso da Promoção da Saúde.

No entanto, devido à amplitude das abordagens teórico metodológicas do campo da Promoção da Saúde, ainda considerado novo e paradigmático, suas bases conceituais que constituem referência também para a construção dos conteúdos curriculares na área, apresentam-se de forma diversificada e muitas vezes não contemplam a perspectiva social e inclusiva proposta pela Carta de Ottawa, ficando restrita às constatações epidemiológicas e perspectivas preventivas, de mudança de comportamento individual para a obtenção de estilos de vida saudáveis.

A formação do graduado em Educação Física, conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNS) deve ser concebida, planejada, operacionalizada e

avaliada visando à aquisição e o desenvolvimento de competências e habilidades específicas que contemplem a perspectiva da promoção da saúde nas diferentes esferas de atuação destes profissionais. As diretrizes de Educação Física propõem a formação de um perfil profissional voltado ao entendimento do contexto social dos indivíduos e comunidades para nele intervir profissionalmente com a sua especialidade acadêmica e com a ampliação do conhecimento, levá-los a adotar hábitos saudáveis (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2004).

Nesse sentido, o foco de intervenção do profissional da educação física, visa a promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde no contexto dos determinantes sociais da saúde de uma população ou indivíduo. O profissional deve estar capacitado para o trabalho em equipe multiprofissional, para as atividades de gestão e para lidar com políticas de saúde, além de realizar ações de diagnóstico, planejamento e intervenção específicas do campo das práticas corporais e atividades físicas.

O profissional deve estar capacitado também para o diagnóstico e prescrição em programas de promoção da saúde, combate e prevenção a doenças, conforme permite a legislação vigente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013).

Para uma atuação efetiva e eficaz, o profissional deve acompanhar e contribuir para as transformações acadêmico-científicas da área da saúde, garantindo o nível de atualização da contribuição de suas intervenções.

Em relação à perspectiva de ampliação das esferas de atuação da Educação Física, para BILIBIO e CECIM (2007):

essa área é considerada a que pode recolocar a dimensão corpórea da existência subjetiva na prática cuidadora com maior propriedade, retirando o corpo do lugar instrumental da atividade física para o lugar do desejo e da energia vital ao contato com as sensações, ao encontro com o outro de maneira concreta e real (não em tese, não em filosofia do cuidado), mobilizando junto

com um corpo de ossos e músculos, um corpo de afetos e da expansão da experiência humana.

Entretanto, a formação em Educação Física apresenta-se de forma distanciada da demanda imposta pelos serviços públicos de saúde. A associação da área da Educação Física restrita à atividade física ainda predomina e isso evidencia que o preparo do profissional tem sido centrado na realização de diagnóstico e avaliação, protocolos regidos por parâmetros puramente biológicos. O processo de formação do profissional da educação física deve considerar as necessidades de atuação como profissionais da saúde nas esferas da gestão e da promoção da saúde, dotando-os de conhecimentos e experiências que favoreçam o atendimento às necessidades sociais em saúde, a partir da promoção da autonomia dos sujeitos (ANJOS e DUARTE, 2009).

No geral, poucas publicações têm sido divulgadas sobre como tem sido viabilizadas as propostas da Política Nacional de Promoção da Saúde no processo de formação dos profissionais da educação física e do mesmo modo são escassos os estudos sobre a atuação de tais profissionais no SUS.

Segundo CARVALHO (2010) a formação do profissional de saúde permanece centrada no racionalismo cartesiano, prevalecendo a concepções de corpo como uma “máquina” controlada e regulada pela ciência moderna. A autora confirma que há falta de informação e conhecimento dos profissionais de saúde que atuam no serviço de atenção básica sobre o trabalho com o corpo.

É necessário repensar o processo de formação dos profissionais da Educação Física ou implantar outras formas de capacitação, uma vez que a demanda no campo da saúde, pautada, inclusive, nas constatações epidemiológicas, é uma crescente que exige dos mesmos o assumir de uma postura consciente e eficiente (ANJOS e DUARTE, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde, o campo de saber da Educação Física é constituído de conteúdos da cultura corporal ou cultura de movimento, e dos

conhecimentos sistematizados nos campos do esporte e aptidão física, da história, da antropologia, da sociologia, da educação e da saúde.

Diante do exposto, observa-se o ampliado entendimento por parte dos Ministérios da Saúde e Educação em relação às possibilidades de atuação dos profissionais da Educação Física, justificando a recente valorização destes profissionais no campo da saúde e consequente inserção dos mesmos na operacionalização das políticas públicas de saúde, em especial as que visam à promoção da saúde.

Desta forma, do profissional da educação física inserido no serviço de Atenção Básica do SUS e partícipe do processo de implementação e concretização da PNPS requer-se um perfil profissional que implique na adoção de posturas condizentes ao conceito de promoção da saúde, com base em um enfoque social e inclusivo.

1.6 A DEFINIÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

O atual cenário internacional mostra o crescimento de políticas públicas de promoção à saúde, o que leva cada vez mais à necessidade de desenvolver competências profissionais de promotores de saúde para o desenvolvimento efetivo de programas e ações (BATTEL-KIRK et al. 2009).

Competência no campo da Promoção da Saúde é definida como "uma combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes, a qual possibilita que um indivíduo desempenhe tarefas de acordo com um padrão" (DEMPSEY et al., 2010). O termo *core competencies* também é utilizado para definição de competências em promoção da saúde e corresponde a um conjunto mínimo de competências essenciais que constitui um padrão para o desenvolvimento profissional de promotores de saúde (DEMPSEY et al., 2010; 2011; 2012).

Competências precisam ser desenvolvidas pelos profissionais de saúde, para que se constituam como sujeitos comprometidos com a busca de equidade do cuidado, do acesso e da cidadania (CHIESA, 2007).

Mas, principalmente, as competências deveriam preparar os profissionais para atender em suas funções as necessidades expressas ou não da população.

Conforme recente revisão realizada por TUSSET (2012) a relevância da utilização de competências para a promoção da saúde está pautada na potencialidade das competências servirem como um ponto de referência para:

- . Estabelecer padrões profissionais e criar mecanismos que assegurem a qualidade de trabalho;
- . Recrutar trabalhadores;
- . Identificar a necessidade de treinamento e estruturar programas de preparação e treinamento profissional;
- . Nortear a formação acadêmica;
- . Elaborar as diretrizes de acreditação;
- . Orientar a elaboração de instrumentos de avaliação;

- . Aumentar o entendimento sobre os conhecimentos e habilidades requeridas pelos promotores de saúde no planejamento, na implementação e na avaliação de programas;
- . Avaliar a qualidade do trabalho.

A presença de ações permanentes que propiciem a aquisição e o desenvolvimento de habilidades e capacidades de promotores de saúde é condição fundamental para a implementação e o sucesso das estratégias de promoção da saúde. A complexidade para o desenvolvimento político, teórico e prático da Promoção da Saúde, bem como as necessidades de reorientação dos serviços de saúde e de construção de capacidades de equipes de trabalho são reconhecidas internacionalmente e fundamentam as diversas iniciativas internacionais para a definição de competências (SALAZAR, 2004).

1.6.1 A Construção de Competências para a Promoção da Saúde

No que diz respeito à definição de competências em promoção da saúde, existem diversas iniciativas internacionais com pouca contribuição brasileira. Talvez isso seja reflexo da difícil trajetória da promoção da saúde no Brasil, desde a década de 1990, haja vista a própria PNPS datada do ano de 2006 e publicada após o enfrentamento de uma série de entraves.

A primeira identificação de competências para promoção da saúde (CPS) foi realizada na Austrália na década de 90, pelo Centro Australiano para Pesquisa de Promoção da Saúde da Curtin University, em conjunto com outras instituições de educação (SHILTON et al. 2001).

Desde então, alguns países têm participado na construção de competências em promoção da saúde, tais como: Nova Zelândia, Escócia e Israel (NEW ZEALAND MINISTRY OF HEALTH, 2004; MELVILLE, 2006). Porém, a Austrália, o Canadá e países da Europa, como Reino Unido, Estônia e Holanda tem se destacado com importantes contribuições na área (SPELLER et al., 2009; HYNDMAN, 2009).

Em 2004, durante a Melbourne World Conference Workforce Development Stream (SHILTON, 2008), realizada na Austrália, as CPS receberam destaque, e com a publicação de documentos da União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde (UIPES) e do Consórcio Canadense para Pesquisa em Saúde (IUHPE, CCHR, 2007), a temática evidenciou uma demanda importante: a necessidade de criação de um referencial teórico em CPS que fosse comum a todos os países, e que servisse como um norteador de atuação em promoção da saúde.

Desta forma, em 2008 realizou-se na Irlanda, a Conferência de Galway (ALLEGGRANTE et al., 2009), que tinha como objetivo iniciar o debate internacional para construção de diretrizes para competências em promoção e educação em saúde. Ao final da Conferência, foi criado, então, o Consenso de Galway, que apresenta sete domínios de competências em promoção da saúde, os quais: Catalisar Mudança, Liderança, Avaliação, Planejamento, Implementação, Advocacia e Parceria (ALLEGGRANTE et al., 2009; BARRY et al., 2009).

Apesar da intenção da conferência ter sido promover um intercâmbio entre países visando construir um referencial em CPS comum a todos, a América Latina não teve representatividade no evento, havendo a participação somente de países europeus e norte-americanos.

Mais uma vez pode-se perceber que apesar das importantes contribuições que a América Latina tem dado (em especial o Brasil) durante os eventos internacionais em que participa, foi colocada de lado junto com o Caribe, a Ásia e a África, como se não tivessem qualquer contribuição a oferecer. O campo da Promoção da Saúde precisa se firmar como área de aplicabilidade de conceitos e diretrizes, para deixar de ser visto como campo meramente teórico dentro da Saúde Pública Brasileira, mas, construído com participação e incluindo diferentes enfoques existentes no país.

1.6.2 A Discussão de Competências em Promoção da Saúde no Mundo

O desenvolvimento das forças de trabalho em PS no âmbito internacional trouxe o interesse renovado na identificação de competências para a área. Dentro do contexto de capacitação e desenvolvimento da força de trabalho, a identificação das competências oferece um meio de desenvolvimento de uma visão comum sobre o que se constituem conhecimentos específicos e habilidades necessárias para efetivas práticas de promoção da saúde.

Uma força de trabalho eficaz em PS e que tenha as necessárias ferramentas, competências e habilidades em traduzir a teoria, política e pesquisa em efetivas ações é fundamental para o crescimento e desenvolvimento futuro da promoção da saúde global (BATTEL-KIRK et al. 2009).

A literatura sobre as competências para a promoção e educação em saúde concentra-se principalmente na apresentação de estruturas concluídas e dos processos pelos quais foram desenvolvidas (SANTA-MARÍA, 2007; PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADÁ, 2007).

Discussão dos contextos que influenciam o desenvolvimento de competências, o valor do enfoque da competência e a relação entre competências e profissionalização também podem ser encontradas em algumas publicações (HEALTH SCOTLAND, 2003; SHILTON et al., 2002). Porém, enquanto a utilidade de competências para cenários de educação e prática é discutida na literatura, sua aplicabilidade para a pesquisa em promoção da saúde, não tem sido ainda abordada especificamente.

Diversos trabalhos têm discutido e elaborado diretrizes para o estabelecimento de competências em promoção da saúde em todo o mundo, como já foi dito, produzidos na Europa, Austrália, Nova Zelândia, Estados Unidos e Canadá, e alguns autores merecem destaque nesse assunto (NATIONAL TASK FORCE ON THE PREPARATION e PRACTICE OF HEALTH EDUCATORS, 1990; HOWAT, 1994;

MCCRACKEN e RANCE, 2000; PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADÁ, 2007; SANTA-MARÍA et. al, 2009).

1.6.3 Desenvolvimento de Competências e Padrões Profissionais para a Capacitação em Promoção da Saúde– O Projeto CompHP

Além do Consenso de Galway, vem se destacando como referencial em CPS um documento desenvolvido pela Oficina Européia da União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde (UIPES), o projeto CompHP (DEMPSEY et al. 2011; 2012). Este projeto começou a ser desenvolvido em 2009, subsidiado pela Executive Agency for Health and Consumers, e articula 24 parceiros europeus de diferentes linhas de atuação em Promoção da Saúde, entre as quais: capacitação profissional, políticas, práticas e setores acadêmicos. O projeto conta ainda com o apoio de um Conselho Internacional de Peritos com experiência no desenvolvimento internacional de Competências para Promoção da Saúde.

O CompHP tem como objetivo principal a formação de um consenso no qual se estabeleçam métodos para implementação de padrões em promoção da saúde, visando à inovação e melhores práticas em saúde na Europa.

Para a construção das listas de CPS do CompHP, o grupo da oficina européia baseou-se nos princípios conceituais presentes no Consenso de Galway. Realizou pesquisas por meio de revisão de literatura, consultoria com diversos especialistas e pesquisadores da área, além da aplicação da Técnica Delphi e grupos focais (DEMPSEY et al. 2011, 2012).

Vale destacar os princípios que dão sustentação às normas e padrões do CompHP: podem ser usados inicialmente na formação de promotores de saúde, quer seja na formação inicial ou no desenvolvimento profissional contínuo durante a progressão da carreira; podem ser usados como critérios para avaliação de qualificação em promoção da saúde ou avaliação de experiências que venham da

prática; podem ser usados tanto na graduação como na pós-graduação, e, finalmente, um promotor de saúde deve comprovar que satisfaz todos os domínios apresentados no CompHP (DEMPSEY et al. 2012).

No CompHP, o conjunto de competências necessárias para desenvolver ações eficazes em promoção da saúde abrange valores, habilidades e conhecimentos. Os valores contemplam a equidade, justiça social, ética e respeito à autonomia individual e coletiva, constituindo o contexto no qual as competências são praticadas. Os conhecimentos concentram-se nos princípios, conceitos e teorias da PS, noção de pesquisa e aplicação prática, descrevendo os conceitos e princípios fundamentais que norteiam a PS. Desta forma, os valores e conhecimentos são transversais a todas as competências, as quais estão agrupadas em 9 domínios conforme apresenta a figura a seguir (DEMPSEY et al. 2010, 2011, 2012).

Figura 1 – Domínios de competências essenciais em promoção da saúde conforme o Projeto CompHP.

Adaptado de: DEMPSEY et al. (2012)

Uma vez aplicáveis na prática intersetorial e colaborativa visando à sustentabilidade, os domínios refletem os princípios da PS (DEMPSEY et al. 2010, 2011, 2012).

O anexo 1 apresenta os valores e conhecimentos e o anexo 2 apresenta todas as competências que constituem os 9 domínios do CompHP, os quais: (1) Favorecimento de mudanças, (2) Advocacia em saúde, (3) Parceria, (4) Comunicação, (5) Liderança, (6) Diagnóstico, (7) Planejamento, (8) Implementação e (9) Avaliação e Pesquisa (DEMPSEY et al., 2011, 2012).

1.6.4 Discussão sobre competências em Promoção da Saúde na América Latina

Na América Latina, existem poucos trabalhos que dão enfoque às competências em promoção da saúde (ARROYO, 2009; 2010), pois além de novo, esse tema não tem sido muito explorado por docentes e profissionais da área.

Uma pesquisa realizada pelo Consórcio Interamericano de Universidades e Centros de Formação de Pessoal em Educação para Saúde e PS (ARROYO, 2009) analisou os enfoques e características de cursos acadêmicos ibero-americanos em promoção e educação em saúde. No Brasil, foram escolhidos para participar do estudo cursos da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Osvaldo Cruz e da Universidade de Franca. O resultado da pesquisa foi a sistematização de competências em PS que foram extraídas das matrizes curriculares dos cursos de graduação e pós-graduação com ênfase em PS.

Outra iniciativa nacional em Instituição de Educação Superior de grande porte e renome, a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, incluiu a disciplina “Promoção da Saúde e Qualidade de Vida” desde 2008 como componente curricular obrigatório (disciplina básica) para todos os alunos de *Stricto Sensu* que optam pela linha de pesquisa em Promoção da Saúde.

A disciplina pretende despertar o potencial de ação dos profissionais da saúde na ampla e positiva abordagem da promoção da saúde para que o mesmo seja utilizado em todos os campos de atuação. Para tanto, o programa da disciplina contempla conteúdos que viabilizam o desenvolvimento de competências de potenciais promotores de saúde a partir de referencial teórico que discute os campos estratégicos e modos de ação da Promoção da Saúde (proposição de políticas públicas saudáveis, criação de espaços de apoio à promoção da saúde, desenvolvimento de habilidades pessoais, fortalecimento da participação comunitária e reorientação dos serviços de saúde) relacionando aos modos de atuação na área (processo educativo, comunicação social, mobilização social, formação de redes e advocacia em saúde).

Nesse sentido, considerando:

- a relevância e a necessidade de formação profissional adequada;
- a urgência do desenvolvimento de competências fundamentais para a práxis da promoção da saúde;
- o reconhecimento do profissional da educação física como um potencial promotor da saúde;
- que é primordial compreender como tem se dado a formação para a promoção da saúde no curso de educação física;
- que é preciso verificar se há consonância entre o que o campo teórico tem proposto e a prática realizada;

definiu-se como objeto de estudo:

A formação dos profissionais de Educação Física no campo da Promoção da Saúde e o desenvolvimento de suas competências para atuação na área, tendo como objetivos os apresentados a seguir.

2 OBJETIVOS

Para o desenvolvimento da pesquisa definiram-se os seguintes objetivos:

- Identificar as percepções, opiniões e os conhecimentos de estudantes e docentes de educação física sobre o campo da promoção da saúde.
- Verificar se as percepções, opiniões e os conhecimentos dos alunos e docentes sobre o campo da promoção da saúde condizem com o referencial teórico proposto nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde realizadas até hoje.
- Identificar qual referencial teórico de promoção da saúde está sendo utilizado no curso de Educação Física de uma Instituição de Educação Superior Privada do Estado de São Paulo
- Investigar quais elementos das competências fundamentais para a promoção da saúde, segundo proposta do CompHP, o referido curso de Educação Física tem contemplado.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Com vistas ao alcance dos objetivos anteriormente descritos foi utilizada na presente pesquisa uma metodologia quali-quantitativa.

A pesquisa foi desenvolvida em duas fases. Na primeira fase se propôs a analisar os dados secundários de origem documental publicados pela IES participante. A segunda fase utilizou instrumentos para coleta de dados primários junto à população investigada.

Segundo MINAYO et al. (2005) as aproximações quantitativas e qualitativas não devem ser consideradas antagônicas e sim linguagens complementares, embora de natureza diferente.

Em busca de uma disposição conceitual e prática para olhar os achados sob diferentes óticas, foi preservado o diálogo permanente entre as abordagens qualitativa e quantitativa, respeitando os momentos em que, tecnicamente, as elaborações são absolutamente distintas, conforme propõe GOMES et al. (2005). Para os mesmos autores, a utilização de diferentes métodos para estudar um mesmo problema, necessariamente, não tem como resultado a sua integração.

Nesse sentido, uma abordagem quantitativa foi utilizada para apresentar a perspectiva externa dos dados resultantes das questões fechadas e mistas, enquanto uma abordagem qualitativa foi privilegiada em ambas as fases de análise dos dados coletados.

A seleção das abordagens quantitativas ou qualitativas depende também do nível de análise que os avaliadores pretendem realizar em relação ao problema em questão, ou seja, o uso privilegiado de uma abordagem ou de uma técnica, tendo a

outra como complementar, depende do que se quer com a investigação (MINAYO et al, 2005).

A abordagem qualitativa foi empregada na análise dos dados secundários de origem documental sobre a IES participante, bem como na análise do conteúdo das respostas às questões abertas e mistas coletadas por meio dos instrumentos do tipo questionários.

3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

A população foi constituída por alunos e docentes do Curso de Educação Física de uma Instituição de Educação Superior privada localizada no estado de São Paulo.

A escolha da Instituição justificou-se por sua relevância social para a região onde está inserida, pois é a única instituição a ofertar o curso de Educação Física no município de aproximadamente 295 mil habitantes onde está localizada, e também a principal opção para estudantes de municípios próximos que optam pelo curso de Educação Física, tendo em vista a sua política de inclusão social por meio de programas de bolsas de estudos.

Sendo assim, considerável parcela dos profissionais de Educação Física atuantes ou futuros atuantes no município onde a Instituição está instalada e região, tiveram ou terão os seus estudos concluídos na Instituição participante da pesquisa, a qual, por ser uma Instituição de Ensino Superior Beneficente, não se restringe somente em conceder bolsas de estudos, mas também em prestar atendimentos à população em diversas áreas do desenvolvimento social, entre as quais, saúde, jurídica, assistência social, sendo que em muitos casos a população do município e região só possui os serviços assistenciais oferecidos pela Instituição.

Esse compromisso com a população não visa somente aproximar os alunos e a comunidade acadêmica na relação teoria-prática, mas também contribuir com o

desenvolvimento social da região.

Dentre os estabelecimentos de saúde pertencentes ao SUS, o serviço de Atenção Básica do município conta com 01 Posto de Saúde, 01 Centro Ambulatorial com especialidade odontológica, 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 09 Unidades de Saúde da Família (USAFA), 04 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e 01 Centro de Especialidade Odontológica (CEO). Em relação à Estratégia Saúde da Família são 26 equipes implantadas que proporcionam cobertura para cerca de 90 mil famílias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Pretendeu-se selecionar para o estudo os estudantes e docentes do Curso que aceitassem participar da pesquisa, prevendo os eventuais ausentes no dia da coleta de dados, pois, propositalmente, os alunos não foram avisados com antecedência sobre a coleta.

Na data da coleta de dados, o número de alunos regularmente matriculados no curso de Educação Física era de 165, conforme informações da Coordenação Acadêmica. Não participaram da pesquisa apenas os alunos ausentes em sala de aula no momento da coleta. Todos os presentes aceitaram responder ao questionário, totalizando 100 respondentes.

O corpo docente do curso era composto por 13 professores e 6 aceitaram responder ao questionário.

3.3.1 Critérios de escolha do curso

- Conferir grau de Bacharel/ Graduação Plena (no mínimo) ou Bacharel/ Graduação Plena e Licenciatura em Educação Física.
- Ser reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC).
- Ter conceito positivo no Exame Nacional de Avaliação de Estudantes (ENADE).

3.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA A PESQUISA

Instrumentos operacionalizam os objetivos, os indicadores e os conceitos do estudo, na forma de variáveis ou temas. O uso de instrumentos diversificados favorece o exercício do diálogo teórico e prático por meio de uma dialética de contrários (SOUZA et al., 2005).

Antes de elaborar o instrumento, foi verificado se apareceram em outros estudos dispositivos semelhantes e replicáveis, conforme sugere SOUZA et al. (2005). Para esses autores perguntas feitas das mais diferentes formas quantitativas e qualitativas propiciam a compreensão das relevâncias observadas no processo social e de mudança. Por essa razão, destacam o necessário cuidado na elaboração dos instrumentos de forma a permitir, primeiramente, perceber similaridades e diferenças e em seguida, propor infertilização das informações.

Os instrumentos utilizados para viabilizar a presente investigação foram a pesquisa documental e a aplicação de questionários.

a. Pesquisa Documental

A Pesquisa Documental, segundo GIL (2010 p. 147), apresenta grande vantagem à dinâmica da pesquisa por viabilizar o acesso a dados em quantidade e qualidade suficientes, evitando a perda de tempo e também a realização de questionamento ou pesquisa cujo conteúdo já se tem publicado.

As fontes de documentação pesquisadas constituem registros institucionais do tipo *cursivos*, segundo (GIL, 2010 p. 147), pois referem-se a materiais persistentes e continuados, escritos e fornecidos por uma instituição, neste caso, não governamental.

Os dados documentais foram analisados qualitativamente a partir do seguinte percurso:

Figura 2 – Percurso da Pesquisa Documental

Fonte: Pesquisador, 2013

b. Questionários

Optou-se por utilizar dois instrumentos para coleta de dados primários, sendo um questionário semiestruturado para obtenção de dados junto aos alunos e um questionário semiestruturado para obtenção de dados junto aos docentes do curso de Educação Física (anexos 5 e 6).

Para SOUZA et al. (2005) os questionários captam a presença ou ausência de determinada característica ou atributo do indivíduo e a distribuição desses atributos entre os diversos grupos, avaliada em termos de significância estatística.

Já para GIL (2010, p.121) o questionário é uma técnica de investigação composta por um conjunto de perguntas que submetidas a algumas pessoas tem o propósito de obter informações sobre seus conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamento presente ou passado.

Em termos gerais, as questões que compõem o questionário são definidas a partir dos objetivos e dos métodos de análise escolhidos para atingi-los. Os mesmos devem ser definidos simultaneamente, pensando na necessidade de transformar os objetivos em objetivos operacionais. A natureza das questões impõe restrições sobre os métodos de análise de dados e os objetivos operacionais, (parcialmente) definidos em termos destes métodos (SOUZA et al., 2005).

A escolha do tipo de questão deve levar em conta as vantagens e desvantagens de cada tipo para os objetivos da pesquisa. O modo como o questionário é aplicado é uma das decisões mais importantes no momento da sua construção (SOUZA et al., 2005).

O questionário aplicado aos alunos (anexo 5) foi composto com 15 questões entre fechadas, mistas e abertas, do tipo autopreenchimento com a presença do aplicador, enquanto o questionário aplicado aos docentes (anexo 6) foi composto por 17 questões no total, também entre fechadas, mistas e abertas, optando-se pelo tipo autopreenchimento sem necessariamente a presença do aplicador.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA E O TRABALHO EM CAMPO

O trabalho de campo permite múltiplos olhares, abrindo a reflexão a muitas vozes. É o momento de produção de dados primários e captação de outros materiais que balizam a dimensão e o sentido das atividades. Possibilita a construção de dados empíricos de um estudo, seja ele de pesquisa voltada para a produção do conhecimento e/ou para a avaliação (DESLANDES, 2005).

Os procedimentos de coleta e o trabalho em campo contemplaram as fases de solicitação do material utilizado para a análise documental e a aplicação dos questionários para obtenção dos dados primários.

3.5.1 Primeira Fase: Coleta de Dados Secundários – Pesquisa Documental

Os documentos sobre o curso foram formalmente solicitados à Instituição participante e fornecidos em formato eletrônico pela coordenação com autorização da IES e se constituíram por Projeto Pedagógico do Curso, a respectiva Matriz Curricular e os Planos de Disciplinas.

3.5.2 Segunda Fase: Coleta de Dados Primários - Aplicação de Questionário

Os dados primários foram construídos a partir das respostas dos alunos e docentes do curso às questões formuladas pelo pesquisador nos questionários.

Com o objetivo de verificar a relevância das questões, a adequação do vocabulário empregado, o número e a ordem das perguntas formuladas, entre

outros, conforme propõe ANDRADE (2010 p. 131), em maio de 2013 foram realizados os pré-testes dos questionários com uma população de características semelhantes às da população de estudo. Ressalta-se que esses participantes do pré-teste não foram incluídos na amostra oficial.

Após a realização do pré-teste algumas questões foram adequadas para assegurar a validade e maior precisão do instrumento.

Os dados foram coletados pela pesquisadora responsável e uma assistente de pesquisa.

Em data pré-agendada pela Coordenação do curso, as aplicadoras foram recepcionadas na IES pelo Coordenador e apresentadas ao Corpo docente presente e à Direção. O Coordenador do curso mostrou as instalações físicas da IES e do curso para melhor contextualização da realidade do grupo e encaminhou-as às salas de aulas, respeitando a disponibilidade das turmas e conforme combinação prévia com os docentes para evitar a interrupção das atividades.

Em cada sala de aula as pesquisadoras eram apresentadas à turma e a responsável iniciava os procedimentos de coleta com uma conversa inicial, explicando a procedência e os objetivos da pesquisa e além de dar informações quanto ao anonimato e à participação voluntária, apresentava o Termo de Compromisso Livre Esclarecido - TCLE (anexos 3 e 4) esclarecendo sobre o preenchimento do questionário, sem qualquer identificação.

Os alunos que aceitaram participar foram orientados a iniciar o preenchimento assim que recebessem os questionários e as 2 cópias do TCLE. Foram aplicados 100 questionários aos alunos e 6 questionários aos docentes.

Durante todo o período de coleta as duas pesquisadoras permaneceram em sala de aula garantindo a organização dos procedimentos de informação, entrega e recolhimento dos formulários (TCLE e questionário), bem como o atendimento às eventuais dúvidas.

Os docentes presentes na Instituição foram submetidos aos mesmos procedimentos de coleta que os alunos.

Os docentes que não estavam presentes no dia da coleta receberam o questionário posteriormente recebendo também todas as orientações necessárias para a aplicação dos mesmos.

3.6 ANÁLISE DOCUMENTAL

Para análise das informações constantes do material documental da IES participante da pesquisa foi utilizada a técnica de Pesquisa Documental.

O Projeto Pedagógico (contemplando o Perfil de Formação Profissional e a descrição das Competências e Habilidades), a Matriz Curricular e os Planos de Disciplinas do curso de Educação Física da IES participante somados constituíram as *fontes de documentação*, a partir dos quais foi realizada a análise dos documentos.

3.7 ANÁLISE QUANTITATIVA

Os dados primários coletados por meio dos questionários foram tabulados no programa Microsoft Excel. Os dados quantitativos resultantes das questões fechadas e mistas foram organizados e apresentados em forma de gráficos, tabelas e texto.

3.8 ANÁLISE QUALITATIVA

Os resultados qualitativos das questões abertas e das questões mistas que apresentaram maior complexidade, conforme dito anteriormente foram analisados por meio do método de Análise de Conteúdo proposto por Laurence Bardin.

A análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a conteúdos diversificados com base na dedução, ou seja, a inferência, desde o cálculo de frequências que fornece dados relativos, até a extração de estruturas traduzíveis em modelos (BARDIN, 2009 p.11).

Trata-se de um método empírico que pode contemplar várias técnicas de análise das comunicações, utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens que ocorrem por meio de códigos: Linguístico (escrito ou oral), Iconográfico (como sinais, grafismos, imagens, fotografia, filmes, etc.) ou outros Códigos Semióticos (como música, olfato, espaço, tempo, etc.), e são voltadas ou exploradas Individualmente (do tipo monólogo), em Diálogos, Grupos Restritos ou Comunicações de Massa (BARDIN, 2009 p. 32-36, 40).

A presente pesquisa ocupou-se do domínio do código Linguístico Escrito voltado para o Diálogo, no caso, para as respostas aos questionários.

As fases da análise de conteúdo são organizadas cronologicamente em três momentos: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, conhecido como a inferência e a interpretação.

A **pré-análise** consiste na fase de organização baseada em intuições que tem como objetivo tornar operacional o processo de análise. Propõe uma exploração inicial não sistemática dos documentos (BARDIN, 2009).

A primeira atividade da fase de pré-análise é a chamada *leitura «flutuante»*, e é um primeiro contato com os documentos que serão analisados para conhecer o texto deixando-se levar por impressões.

A ação seguinte é a escolha dos documentos para a constituição do *corpus* que será submetido à análise. A escolha do *corpus* implica em algumas regras, entre as quais: a regra da exaustividade, que prevê a inclusão de todos os elementos que pertencem ao *corpus* definindo onde são permitidas apenas exclusões altamente justificáveis; regra da representatividade, que prevê desde a utilização de amostras rigorosamente representativas até a possibilidade de redução do próprio universo e conseqüentemente do alcance da análise; regra da homogeneidade, que orienta para a uniformidade do material, desde as técnicas de coleta, ou construção, até a sua apresentação; e por fim a regra de pertinência que atenta para a adequação do material para o alcance dos objetivos da análise.

Após a constituição do *corpus* de análise o método propõe que seja realizada a formulação de hipóteses e objetivos. Ressalta-se que o estabelecimento de hipóteses não é obrigatório, optando-se pelo desenvolvimento da análise sem ideias pré-concebidas, utilizando técnicas para fazer «falar» o material.

Em seguida, ocorre a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores, a partir do material. O índice pode ser a menção explícita do tema numa mensagem. Se for o caso de uma análise sistemática qualitativa, por exemplo, o indicador será a frequência com que esse tema é mencionado. As operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidade de codificação para o registro de dados devem ocorrer já a partir deste estágio.

O estágio final da fase de pré-análise é a preparação do material que deve ser editado viabilizando o início da análise propriamente dita.

A fase de **exploração do material** consiste na decodificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.

O **tratamento dos resultados obtidos e interpretação** é a fase em que os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos («falantes») e válidos, são apresentados de modo a dar relevância aos achados da análise, viabilizando a proposição de inferências e interpretações a partir dos objetivos propostos.

Considerando os pressupostos do método de análise de conteúdo, a análise das respostas aos questionários aplicados aos alunos foi organizada a partir de uma exaustiva leitura, seguida de uma decomposição do conteúdo de cada resposta e posterior reagrupamento por similaridade, viabilizando uma categorização semântica, ou seja, por temas, conforme citado por BARDIN (2009 p.145).

Seguindo a orientação da autora (p.148) as categorias encontradas pertencem ao quadro teórico definido e refletem as questões da pesquisa, e foram reagrupadas em grandes temas que foram explorados e analisados em paralelo aos achados da literatura, tornando os resultados significantes mediante aos objetivos da pesquisa.

Para atender ao propósito de identificar as percepções, opiniões e os conhecimentos dos estudantes e docentes sobre o campo da promoção da saúde, julgou-se necessário compreender o que os mesmos entendiam por saúde e promoção da saúde, bem como conhecer as suas opiniões sobre como o profissional de Educação Física pode atuar para promover a saúde e quais ações de promoção da saúde podem ser desenvolvidas por esses profissionais. Ainda, os docentes foram questionados sobre a relevância e as possibilidades de viabilizar o conteúdo de Promoção da Saúde no curso de Educação Física.

Para tanto, quatro questões abertas e uma questão mista foram incluídas no questionário aplicado aos alunos e cinco questões abertas e uma questão mista foram incluídas no questionário aplicado aos professores, obtendo-se 355 respostas válidas «*unidades de informação*» oriundas do questionário aplicado aos alunos e 36 respostas válidas «*unidades de informação*» oriundas do questionário aplicado aos docentes, constituindo os *corpus* para análise das respostas.

Quanto à geração das categorias a partir das respostas às questões aplicadas aos docentes, cada uma das seis (06) questões abertas ou mistas gerou seis (06) «*unidades de informação*», totalizando as trinta e seis (36) «*unidades de informação*» que geraram o total de (13) categorias.

Acerca do entendimento dos estudantes sobre “saúde” duas (02) respostas foram excluídas por apresentarem apenas informações do tipo “tudo” e “nada”, constituindo

um *corpus* de noventa (96) «*unidades de informação*» que tiveram o seu conteúdo decomposto e posteriormente reagrupado, gerando sete (07) categorias.

Quanto às respostas sobre o conceito de “Promoção da Saúde” pelo grupo de estudantes participantes, cabe observar que uma (01) resposta foi excluída, pois apenas reafirmava o termo “promoção da saúde” e outras duas (02) também foram excluídas, pois apresentaram como resposta a afirmação “não sei”. Ainda, dois respondentes afirmaram “nunca terem ouvido falar sobre promoção da saúde”, no entanto, um desses respondentes completou a sua resposta com o seu conceito sobre o tema, ocasionando a exclusão de apenas mais uma (01) resposta. Sendo assim, houve quatro (04) exclusões e o *corpus* para análise foi constituído de noventa (90) «*unidades de informação*» que tiveram o seu conteúdo decomposto e posteriormente reagrupado, gerando oito (08) categorias.

O *corpus* para análise da opinião dos alunos sobre “como o profissional de Educação Física pode atuar para promover a saúde da população” foi composto por noventa e duas (92) «*unidades de informação*» após exclusão de oito (08) respostas entre deixadas em branco e respostas que não atendiam ao solicitado pela questão. As «*unidades de informação*» tiveram o seu conteúdo decomposto e posteriormente reagrupado, gerando seis (06) categorias.

Para constituir o *corpus* para análise das “ações que, na opinião dos estudantes, podem ser desenvolvidas por profissional de Educação Física”, após a exclusão de vinte e três respostas entre as deixadas em branco e as que não respondiam ao solicitado pela pergunta foram consideradas setenta e sete (77) «*unidades de informação*» que tiveram o seu conteúdo decomposto e posteriormente reagrupado, gerando quatro (04) categorias.

Tendo definidas as categorias por *corpus*, a partir da decomposição das «*unidades de informação*», as mesmas foram posteriormente reagrupadas dando origem aos temas, conforme mostra o esquema apresentado pela figura 3.

Figura 3 – Processo de categorização semântica (geração dos grandes temas) segundo Laurence Bardin.

Fonte: Pesquisador, 2013

4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada de modo a assegurar os princípios éticos em pesquisa com seres humanos descritos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Cuidados especiais foram adotados para atender às exigências de pesquisa envolvendo os sujeitos e a Instituição.

As características do estudo foram apresentadas buscando-se esclarecer eventuais dúvidas dos participantes. A coleta de dados não apresentou grandes riscos para os envolvidos, o estudo não foi experimental e os questionários foram redigidos em linguagem acessível e livre de palavras que pudessem ofender ou trazer inibição.

Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi preparado para ser assinado em duas vias pelos alunos e outro pelos docentes caso concordassem em responder ao questionário, ficando uma com o participante e outra foi arquivada pelo pesquisador (anexos 3 e 4).

O desenvolvimento desta pesquisa esteve amparado pela prévia aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo conforme Parecer Consubstanciado número 232.372 emitido em 22 de março de 2013 (anexo 7).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados gerados a partir da análise das informações documentais (Pesquisa Documental) e dos dados coletados (Pesquisa de Campo) estão apresentados e discutidos a seguir.

5.1 PESQUISA DOCUMENTAL

Para análise das informações constantes do material documental da IES participante da pesquisa foi utilizada a técnica de Pesquisa Documental.

O Projeto Pedagógico (contemplando o Perfil de Formação Profissional e a descrição das Competências e Habilidades), a Matriz Curricular e os Planos de Disciplinas do curso de Educação Física da IES participante somados constituíram as *fontes de documentação*, a partir dos quais foi realizada a análise dos documentos.

O curso de Educação Física oferece duas modalidades de formação profissional acadêmica: *Licenciatura e Graduação Plena*.

O curso de Licenciatura propõe uma integralização curricular, isto é, a conclusão do curso, em no mínimo seis semestres com 3.090 horas de atividades curriculares e o de Graduação Plena em no mínimo oito semestres com 3.484 horas de atividades curriculares.

Os componentes curriculares que compõem as matrizes curriculares de ambas as modalidades se distinguem entre: disciplinas, estágios, monografia e atividades complementares.

Em termos de atuação profissional, as modalidades Licenciatura e Graduação Plena diferem basicamente, por conta da anuência conferida ao licenciado para atuar como professor de Educação Física na educação formal e, mais recentemente, por conta da abertura da legislação, exclusivamente para o graduado, da possibilidade de atuar no Sistema Único de Saúde (SUS) como membro do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Ambas as modalidades procuram desenvolver o atual Projeto Pedagógico do Curso, a partir da concepção da área da Educação Física vista como:

Área do conhecimento que se utiliza dos meios existentes e decorrentes do movimento para atingir objetivos individuais do ser humano, bem como ajudar a desenvolver e manter o seu potencial físico-psíquico, em interação com o ambiente e sociedade em que convive, procurando sempre uma melhoria na sua qualidade de vida.

Perfil Profissional, Competências e Habilidades

O Quadro 1 a seguir, apresenta o Perfil Profissional que ambas as modalidades do curso de Educação Física pretendem formar.

Quadro 1 – Perfil Profissional proposto pelo Projeto Pedagógico atual

Licenciatura	Graduação Plena
<p>(...) formação generalista, humanista, crítica e reflexiva para o exercício da profissão, estando apto para compreender, analisar, estudar, pesquisar, esclarecer, transmitir, aplicar e intervir profissionalmente e academicamente no contexto específico e histórico-cultural do movimento, a partir de conhecimentos biopsicossociais e pedagógicos da atividade física e desportiva, nas suas diversas manifestações de natureza técnica, científica e cultural. Deve estar habilitado a atuar em todas as dimensões do seu campo profissional, na Escola Básica, contribuindo para a formação integral de crianças e jovens, no sentido de que sejam futuros cidadãos conscientes e autônomos. Deverá estar capacitado a disseminar e aplicar conhecimentos práticos e teóricos sobre a Educação Física (Atividade Física/ Motricidade Humana/ Movimento Humano), analisando-os na relação dinâmica entre o ser humano e o meio ambiente.</p>	<p>(...) formação generalista, humanista, crítica e reflexiva para o exercício da profissão, estando apto para esclarecer e intervir profissionalmente e academicamente no contexto específico e histórico-cultural do movimento, a partir de conhecimentos de natureza técnica, científica e cultural. Deve estar habilitado a atuar em todas as dimensões do seu campo profissional, com exceção da Escola Básica, contribuindo para a formação integral do ser humano, no sentido de que sejam cidadãos conscientes, éticos e autônomos. Deve estar capacitado a disseminar e aplicar conhecimentos práticos e teóricos, sobre a Educação Física (Atividade Física/ Motricidade Humana/ Movimento Humano) nas suas diversas manifestações, nos vários ambientes em que se faça necessário a presença de um profissional graduado.</p>

Fonte: IES pesquisada, 2013

Observa-se que ambos os perfis de formação preveem, entre outros itens, uma formação **generalista, humanista, crítica e reflexiva**, contextualizada **histórica e culturalmente**, com vistas a contribuir para a formação de **cidadãos conscientes e autônomos**. Nesse sentido, vão ao encontro das Diretrizes Curriculares Nacionais

(DCNS) de Educação Física que propõem a formação de um perfil profissional voltado ao entendimento do contexto social dos indivíduos e, comunidades para nele intervir profissionalmente com a sua especialidade acadêmica e, com a ampliação do conhecimento, adotar hábitos saudáveis (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2004).

Foi observada nos perfis profissionais propostos pelo curso uma atuação voltada à capacitação da comunidade para o empoderamento, que corresponde a um dos campos de atuação da Promoção da Saúde, previstos pela Carta de Ottawa, anteriormente citada, importante referência que traduz Promoção da Saúde como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

Verificou-se que o perfil profissional que se pretendia formar nos alunos egressos do curso de Educação Física propõe uma atuação que contempla características de um promotor da saúde, em termos de contribuição para a formação de cidadãos conscientes e autônomos, com evidência para o empoderamento, importante campo de ação e principal objetivo da Promoção da Saúde.

Para CERQUEIRA e COE (1996), o empoderamento é um processo em que grupos de indivíduos, organizações e comunidades utilizam o seu “poder” para coletivamente analisar problemas, propor soluções, administrar recursos e agir efetivamente para transformar suas vidas e seus ambientes. Sob a perspectiva da saúde, para os autores, empoderar-se é desenvolver habilidades para ter controle sobre a sua própria saúde.

Segundo PELICIONI et al. (2007) o empoderamento envolve a preparação de cada indivíduo para assumir o controle e a responsabilidade sobre a sua própria saúde e sobre a saúde da comunidade, para a participação, para a tomada de decisões, para o controle social, para exigir direitos, para atuar sobre os fatores determinantes e condicionantes da sua saúde e qualidade de vida.

Sob essa perspectiva, a Educação em Saúde - possível de ser viabilizada por profissionais de saúde, entre os quais o de Educação Física - como processo político de formação para a cidadania ativa e para a ação transformadora da realidade social em busca da melhoria da qualidade de vida, viabiliza o Empoderamento por meio da Promoção da Saúde (PELICIONI et al., 2007).

Concordando com essas ideias, para SILVA (2009) a participação e o empoderamento da população são processos desafiadores, no entanto, possíveis de serem viabilizados por meio de processo educacional crítico e político capaz de promover a transformação dos indivíduos para o desenvolvimento de suas habilidades pessoais e consequente exercício da cidadania.

A formação em Educação Física, deve ser concebida, planejada, operacionalizada e avaliada visando à aquisição e o desenvolvimento de competências e habilidades específicas que contemplem a perspectiva da promoção da saúde nas diferentes esferas de atuação destes profissionais (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2004).

O quadro a seguir apresenta as competências e habilidades previstas para egressos do curso de Educação Física, por modalidade.

Quadro 2 - Competências e habilidades previstas no curso de Educação Física, 2013

Licenciatura	Graduação Plena
Planejar, organizar, programar e dirigir, dinamizar, supervisionar, coordenar e avaliar aulas e projetos a crianças e adolescentes no campo das atividades físicas, nas suas diversas manifestações, incluindo ginásticas, exercícios físicos, esportes, jogos, lutas, artes marciais, atividades rítmicas, expressivas e acrobáticas, lazer, recreação, reabilitação e exercícios adaptados para inclusão de alunos com deficiência no cotidiano escolar.	Planejar, organizar, programar e dirigir, dinamizar, supervisionar, coordenar e avaliar serviços à sociedade no campo das atividades físicas, nas suas diversas manifestações, incluindo ginásticas, exercícios físicos, esportes, jogos, lutas, artes marciais atividades rítmicas, expressivas e acrobáticas, musculação, lazer, recreação, reabilitação, ergonomia, relaxamento corporal, ioga, exercícios compensatórios à atividade laboral e do cotidiano e outras práticas corporais.
Prestar serviços que favoreçam o desenvolvimento da educação e da saúde e contribuam para a capacitação e/ou restabelecimento de níveis adequados de desempenho e condicionamento fisiocorporal dos seus beneficiários.	Prestar serviços que favoreçam o desenvolvimento da educação e da saúde e contribuam para a capacitação e/ou restabelecimento de níveis adequados de desempenho e condicionamento fisiocorporal dos seus beneficiários.
Prestar serviços que levem a consecução do bem estar e da qualidade de vida , da consciência, da expressão e estética do movimento, da prevenção de doenças, de acidentes, de problemas posturais e compensação de distúrbios funcionais dos alunos.	Prestar serviços que levem a consecução do bem estar e da qualidade de vida , da consciência, da expressão e estética do movimento, da prevenção de doenças, de acidentes, de problemas posturais e compensação de distúrbios funcionais dos indivíduos.
Prestar serviços que contribuam ainda para consecução da autonomia , da auto-estima, da cooperação, da	Prestar serviços que contribuam ainda para consecução da autonomia , da auto-estima, da cooperação, da

solidariedade, da integração, da cidadania , das relações sociais e a preservação do meio ambiente, observados os preceitos de responsabilidade, segurança, qualidade técnica e ética no atendimento individual e coletivo.	solidariedade, da integração, da cidadania , das relações sociais e a preservação do meio ambiente, observados os preceitos de responsabilidade, segurança, qualidade técnica e ética no atendimento individual e coletivo.
Articular atividades educacionais nas diferentes formas de gestão educacional, na organização do trabalho escolar, no planejamento, execução, e avaliação das propostas pedagógicas da escola.	Diagnosticar, identificar, planejar, organizar, supervisionar, coordenar, executar, dirigir, programar, assessorar, ministrar, prescrever e orientar atividades físicas em Treinamento Esportivo, Preparação Física, Avaliação Física, Recreação, e atividades de Gestão em instituições e entidades que promovam e organizam atividades físicas nas suas diversas manifestações.
Estabelecer relações de parceria e colaboração com pais e familiares de seus alunos (na escola ou fora dela) de modo a promover a participação destes na comunidade , facilitando uma comunicação fluente entre eles e a Instituição envolvida.	Estabelecer relações de parceria e colaboração com pais e familiares de seus beneficiários de modo a promover a participação destes na comunidade , facilitando uma comunicação fluente entre eles e a Instituição envolvida.

Fonte: Projeto Pedagógico Atual, 2013

Ambas as propostas, entre outros aspectos, visam desenvolver competências e habilidades para que os profissionais egressos do curso favoreçam o desenvolvimento **da educação e da saúde**, do **bem estar** e da **qualidade de vida**, da **autonomia** e da **cidadania** dos indivíduos, além de promover a **participação** dos mesmos na comunidade por meio de um processo de **comunicação fluente**.

Em termos de contribuição como profissional promotor da saúde, as competência e habilidades apresentadas pelo Projeto Pedagógico do Curso, tanto

na modalidade Licenciatura como Graduação Plena preconizam viabilizar a formação de profissionais capacitados para atuar na educação e na saúde visando o desenvolvimento do potencial de participação cidadã dos indivíduos. Isto se torna viável por meio de um processo de empoderamento, conforme já discutido, e implica os conceitos de autonomia e de emancipação além de destacar a importância da fluência no processo de comunicação.

Autonomia

O desenvolvimento da autonomia como uma das competências e habilidades dos profissionais de educação física viabiliza o necessário compromisso dos mesmos com o que Beuchamp e Childress, citados por FRACOLLI e ZOBOLI (2012), consideram respeito à verdade e à privacidade no atendimento, e fomento ao consentimento livre e esclarecido. Para os autores cabe aos profissionais da saúde promover condições que auxiliem os indivíduos em sua tomada de decisão, pois entendem autonomia na prática da saúde como a capacidade das pessoas de decidirem, tomarem decisões sobre a sua própria vida e saúde.

Para a promoção da autonomia é necessário que o profissional de saúde assuma uma posição de comunicador na perspectiva de um processo de comunicação ativa. Ou seja, conforme FRACOLLI e ZOBOLI (2012, p. 517) respeitar a privacidade não significa abster-se de suas opiniões enquanto profissional de saúde. Implica em postura positiva, transitiva, proativa, evitando influências desnecessárias que constringam ou coajam, mas que promovam informações e condições necessárias para que as decisões sejam tomadas de forma autônoma.

O interesse em discutir a autonomia e introduzi-la como norteadora de intervenções - como propõe o Projeto Pedagógico analisado nesta pesquisa – indica que se trata de tema atual, sendo um desafio posto ao homem contemporâneo investir na construção de indivíduos independentes capazes de realizar escolhas, mas não apenas isso: a autonomia torna-se uma tarefa “publicamente defensável”

nos processos de transformação política e social, constituindo uma tarefa política necessária (FERNANDEZ, 2012 p. 508).

Trabalhar com o conceito de autonomia implica, primeiramente, em reconhecer o posicionamento deste conceito no campo em que se deseja trabalhar, no caso, a promoção da saúde.

FERNANDEZ (2012, p. 500-9) destaca a preocupação com relação à autonomia das práticas dos agentes e dos referenciais teóricos considerados na produção do conhecimento científico e acadêmico em promoção da saúde. Nesse sentido, propõe uma reflexão acerca da problemática em torno da promoção da saúde e da autonomia na perspectiva da ação política, refletindo sobre as interferências das práticas da promoção da saúde nas relações de poder estabelecidas entre os atores e nos processos de inclusão/exclusão que podem promover, levando-se em consideração o descaso dos processos e implementações de estratégias às dinâmicas sociais existentes.

Para FRACOLLI e ZOBOLI (2012, p. 516) o desenvolvimento da autonomia está permeado por questões de relacionamento humano. As autoras lembram que tais questões, essenciais para a construção de trocas autônomas e emancipatórias, mostram-se bastante fragilizadas no Sistema Único de Saúde (SUS). O que reforça a preocupação de FERNANDEZ (2012 p. 500-9) com relação à autonomia dos agentes de promoção da saúde e suas relações de poder que por vezes não são inclusivas.

O autor discute o conceito de autonomia sem associá-la a ideia de independência, considerando-a um meio, uma forma de o indivíduo criar, recriar, lidar, significar ou resignificar as instituições existentes, sendo estas tudo aquilo que é resultado da ação humana e que se apresenta aos indivíduos como questões dadas ou muitas vezes impostas como as leis, códigos e normas, elementos da tradição, valores hegemônicos, verdades científicas, paradigmas e a própria cultura. O que faz da autonomia uma questão social é o fato de estar sempre relacionada à uma instituição social ou culturalmente dada, sendo, nessa perspectiva considerada

a tentativa de conduzir permanentemente as instituições ao lugar que desejamos que ocupem.

Portanto, para o mesmo autor (p. 508) autonomia diz respeito aos enfrentamentos que se dão no âmbito das instituições e nas relações de poder que estas materializam.

Sendo assim, a discussão da autonomia no processo de formação de potenciais agentes de promoção da saúde, se torna um ponto crucial, pois a promoção da saúde tem como seu principal objetivo promover o empoderamento de indivíduos e grupos para que estes sejam capazes de realizar escolhas conscientes em decorrência de um processo de reflexão e crítica acerca do seu contexto social e das relações de poder das quais “são” partícipes e não apenas “estão” sujeitos.

Nesse sentido, FERNANDEZ (2012, p. 508) acredita que a questão da autonomia vincula-se à capacidade de agência de indivíduos e grupos, no entanto, o autor destaca a necessidade de discutir se a promoção da saúde estaria disposta a lidar com essa capacidade, compreendendo até que ponto as intervenções propostas e efetivadas estão abertas à ação de sujeitos e reações de pacientes e usuários dos serviços de saúde.

No entanto, enquanto agente promotor da saúde é necessário que o profissional da saúde considere o panorama no qual a promoção da saúde se encontra enquanto Política Pública.

Para VITA (2007) é necessário rejeitar o paternalismo que coloca o Estado como detentor da verdade das necessidades sociais concedendo às autoridades públicas o poder discricionário de decidir sobre a distribuição de recursos escassos, com base no que acreditam que cada cidadão deveria preferir ou fazer. Da mesma forma, profissionais de saúde empenhados com a promoção da autonomia, devem basear-se no princípio da autonomia das preferências, que segundo os mesmos autores, diz que “para julgar o que é bom ou ruim para uma outra pessoa, o critério último são seus próprios desejos e suas próprias preferências”.

Podemos considerar que tal princípio é frequentemente ferido na prática profissional da Educação Física, na medida em que comumente os profissionais prescrevem atividades com base naquilo que acreditam ser o melhor para o indivíduo, sem levar em consideração as suas preferências individuais e, sobretudo, o contexto social do qual fazem parte e que muitas vezes é o fator decisório para a adesão à atividade proposta.

Sendo assim, a proposta pedagógica que visa preparar profissionais capacitados para trabalhar com o desenvolvimento da autonomia, deve levar em consideração que a autonomia é fruto da prática política social e existencial, ou seja, é construída a partir da leitura e releitura crítica da realidade de cada um.

Emancipação

Ao propor como uma das competências e habilidades a serem desenvolvidas pelos futuros profissionais de educação física a capacidade de “promover a participação dos indivíduos na comunidade por meio de um processo de comunicação fluente”, o projeto pedagógico apresenta a proposta de formar profissionais capazes de desenvolver projetos de emancipação social.

Para ZITKOSKI (2003) a emancipação social requer uma racionalidade radicalmente democrática, comunicativa e crítica para que todos os cidadãos tenham oportunidade de debater sobre a realidade social em que vivem, para chegar ao entendimento sobre os problemas e soluções que dizem respeito a um mundo partilhado intersubjetivamente.

Um projeto de emancipação social tem como pressuposto o reconhecimento do panorama global onde o sistema econômico capitalista manipula os sistemas de governo e o mercado financeiro, impedindo que a comunicação social transcorra de forma eficiente, tornando a sociedade submissa a tal panorama. Essa “lógica perversa do capitalismo” promove o consumo de forma não sustentável, gerando uma situação de opressão e dominação que conduz à alienação e exclusão social.

Para ZITKOSKI (2003), dentro desta lógica, o mercado desenvolve e produz de forma exacerbada e a sociedade consome na mesma velocidade.

No entanto, muitos dos que não possuem condições de acompanhar o consumismo, ou seja, de obter os bens materiais desejados, acabam por vezes adquirindo dívidas financeiras ou procurando meios ilícitos para obter o que desejam.

Formar profissionais de saúde aptos a combater ou enfrentar o panorama descrito, consiste em valorizar o diálogo, a experiência, a convivência e a sociabilização do conhecimento, que consiste em propor um projeto de libertação, como Paulo Freire que fundamentou no diálogo seu projeto de transformação social ao longo da vida como educador (ZITKOSKI, 2003).

Nesse sentido, o processo de emancipação prevê um processo de comunicação social efetiva e livre de manipulações. Segundo FREIRE (1993, p. 78) é na palavra pronunciada, que se revela o mundo, que os homens se fazem ao fazer e refazer o próprio mundo. Para o autor:

“A existência, porque humana, não pode ser muda, nem tampouco pode nutrir-se de falsas palavras, mas de palavras verdadeiras, com que os homens transformam o mundo. Existir humanamente, é pronunciar o mundo, é modificá-lo. O mundo pronunciado, por sua vez, se volta problematizado aos sujeitos pronunciantes, a exigir deles novo pronunciar” (FREIRE, 1993, p. 78)

Uma sociedade emancipada é uma sociedade verdadeiramente democrática e cidadã. Para Habermas, citado por ZITKOSKI (2003) é o exercício da verdadeira soberania popular - pela qual a sociedade civil, de forma organizada, passa a controlar os órgãos públicos, que representam o poder do Estado, a política e os sistemas burocráticos - que promoverá a emancipação política, cultural e social, superando a alienação.

O resultado desse importante processo é a inclusão social por meio da criação e implementação de Políticas Públicas, as quais pressupõem a participação social nos seus processos de construção e implementação.

A participação social ao viabilizar a construção de políticas genuinamente públicas promove o processo de emancipação social, pois evita que políticas sociais sejam construídas apenas a partir das opiniões dos burocratas do governo, que tendem a sucumbir ao sistema econômico vigente, e priorizam, segundo LOPES (2006, p. 22), equivocadamente atingir os excluídos que estão no limite das privações através de programas focalizados que sustentam falsos rótulos de “inclusão social”.

Com base em tais pressupostos, evidencia-se a importância da perspectiva emancipatória no exercício profissional do educador físico, confirmando a relevância do tema no processo de construção das habilidades e competências do mesmo.

A construção de habilidades e competências para uma atuação profissional com base em uma perspectiva emancipatória pode ser viabilizada por meio da temática da promoção da saúde, sendo esta a principal estratégia na área da saúde para desenvolver projetos de emancipação social e consequentemente evitar a exclusão social, o que se viabiliza por meio das ações de empoderamento de indivíduos e grupos. Fica evidente, portanto, que a Promoção da Saúde é uma questão fundamentalmente política.

Bem estar e qualidade de vida

O alcance do bem estar e da qualidade de vida, conceitos polissêmicos e carregados de individualismo (ambos discutidos nos capítulos futuros do presente trabalho), correspondem às condições de vida que resultam dos fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na

população, conforme conceito amplamente discutido e adotado pela Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2006).

Se a Promoção da Saúde moderna, segundo BUSS (2000), apóia-se no entendimento de que a saúde é resultado do conjunto de fatores que determinam a qualidade de vida, compreendidos a partir do ambiente físico, social, político, econômico e cultural, por estarem voltadas ao coletivo, suas atividades efetivam-se por meio da implementação de Políticas Públicas e da viabilização de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde, as quais propiciarão escolhas saudáveis e o reforço da capacidade dos indivíduos e comunidades (empoderamento) na busca por melhores condições de vida e saúde.

Fica evidente a relevância da Promoção da Saúde no processo de construção das competências e habilidades dos profissionais de Educação Física, viabilizando a construção do perfil desejado aos egressos do curso, ao mesmo tempo em que atende ao preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e a demanda da sociedade.

Segundo BATTEL-KIRK et al. (2009) atualmente ocorre um crescimento internacional nas políticas públicas de promoção à saúde, o que leva cada vez mais à necessidade de desenvolver competências profissionais de promotores de saúde para o desenvolvimento efetivo de programas e ações.

Existência (ou não) de conteúdos sobre Saúde Pública/ Coletiva e Promoção da Saúde no Projeto Pedagógico

A construção de competências e habilidades no processo de formação do profissional de nível superior é viabilizada por meio do desenvolvimento dos componentes curriculares (disciplinas, estágios, atividades complementares e trabalho de conclusão de curso). Os conteúdos das disciplinas curriculares orientam para o desenvolvimento dos demais componentes curriculares.

A análise da Matriz Curricular não identificou nenhuma disciplina voltada às áreas da Saúde Pública/ Coletiva e/ou Promoção da Saúde, embora se saiba que isso não é obrigatório, seria bastante desejável conforme argumentos apresentados anteriormente, inclusive considerando as competências e habilidades previstas para o futuro profissional de Educação Física de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais.

Reconhecendo que muitas vezes a nomenclatura adotada para identificação da disciplina não traduz integralmente sua proposta de conteúdo, foram analisados, em seguida, todos os planos das disciplinas curriculares.

A análise dos planos das disciplinas curriculares também não identificou conteúdos voltados ao estudo do campo da Saúde Pública/ Coletiva e /ou da Promoção da Saúde. Deste modo, fica difícil preparar profissionais voltados para trabalhar com esse enfoque conforme preconizado pela Organização Mundial e Panamericana de Saúde, bem como pelo Ministério da Saúde brasileiro sem a devida oferta de conhecimentos teórico-práticos.

SALAZAR (2004) reconhece a complexidade do desenvolvimento político, teórico e prático da Promoção da Saúde.

Conforme já mencionado, diversos trabalhos têm discutido e elaborado diretrizes para o estabelecimento de competências em promoção da saúde em todo o mundo, sendo atualmente o Projeto CompHP desenvolvido pela Oficina Européia da União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde – UIPES (DEMPSEY et al., 2012), uma importante referência internacional com o objetivo principal de formar um consenso no qual se estabeleçam métodos para implementação de padrões em promoção da saúde, visando à inovação e melhores práticas, incluindo a orientação para a formação em promoção da saúde.

5.2 DADOS PRIMÁRIOS - QUESTIONÁRIOS

Foi utilizado um questionário semiestruturado para obtenção de dados junto aos alunos (anexo 5) e um questionário semiestruturado para obtenção de dados junto aos docentes (anexo 6) do curso de Educação Física da IES participante. No total foram cem (100) questionários aplicados a alunos do curso de Educação Física e seis (06) questionários aplicados aos docentes do mesmo curso, cujos dados foram organizados, analisados e seus resultados apresentados e discutidos a seguir.

Os dados quantitativos resultantes das questões fechadas e mistas, bem como os resultados qualitativos das questões abertas e mistas serão apresentados a seguir.

5.2.1 Questões Fechadas e Mistas – Análise Quantitativa

Análise das respostas aos questionários aplicados aos alunos

Caracterização da população – idade, gênero, série do curso e experiência profissional

Os gráficos e comentários apresentados a seguir caracterizam a população investigada a partir das informações dos questionários respondidos.

Ao analisar os dados referentes à faixa etária e gênero dos alunos participantes da pesquisa, observa-se que 41% dos alunos matriculados tinham até 24 anos, número ligeiramente inferior aos dados nacionais, conforme Censo da Educação Superior 2011 (INEP, 2013), os quais informam que alunos com até 24 anos ocupam cerca de 50% das matrículas em cursos de graduação presencial.

O gráfico 1 apresenta a distribuição da faixa etária por gênero dos alunos do curso de Educação Física da IES participante da pesquisa.

Gráfico 1 – Faixa Etária por Gênero dos alunos participantes(*)

(*) Idade medida em anos completos

Observa-se, por meio do gráfico 1, que a população participante da pesquisa constituiu-se, em sua maioria, do gênero masculino, num total de 64% dos respondentes. No que se refere ao número total de matrículas dos cursos de graduação no Brasil, a participação é majoritariamente feminina. Conforme Censo da Educação Superior do ano de 2011, 57% dos alunos matriculados em cursos de Graduação no país declararam-se como do gênero feminino.

Ainda, destaca-se que 57% dos alunos participantes declararam possuir na ocasião da pesquisa 25 anos ou mais.

O gráfico seguinte apresenta o estágio do curso em que se encontravam os alunos participantes da pesquisa.

Gráfico 2 – Série do curso em que se encontravam os participantes da pesquisa

Nota-se, por meio do gráfico 2, que a maioria dos alunos participantes encontrava-se cursando até o quarto semestre do curso, enquanto 43% dos participantes já haviam realizado mais da metade do curso de Educação Física.

Quanto à experiência profissional dos alunos, o gráfico 3, a seguir, mostra que a grande maioria já exerceu atividade profissional remunerada.

Gráfico 3 – Experiência profissional remunerada dos alunos participantes da pesquisa

Das respostas dos 66 alunos que informaram exercer ou já ter exercido atividades profissionais remuneradas é possível observar a diversidade de áreas na quais os profissionais atuaram, no gráfico 3A.

Gráfico 3A – Atividades profissionais remuneradas desenvolvidas pelos alunos de Educação Física, no período de 2006 a maio de 2013

Pode-se perceber pelos resultados que a maioria desenvolveu atividades relacionadas à área da Educação Física.

Experiência extracurricular na área de Saúde Pública ou Coletiva

Com o objetivo de identificar eventuais experiências dos alunos no campo da Saúde Pública ou Coletiva, além das propiciadas pelo curso de Educação Física, foi perguntado sobre experiências não curriculares na área. Os resultados são apresentados no gráfico 4, a seguir.

Gráfico 4 – Realização de estágios não curriculares na área de Saúde Pública ou Coletiva

Constata-se que a grande maioria afirmou não ter passado por experiências práticas do tipo estágio extracurricular.

Os 10 alunos que afirmaram ter realizado estágios não curriculares na área de Saúde Pública ou Coletiva, citaram conforme o gráfico 4A mostra, que a maioria realizou “Atividades esportivas promovidas pela Prefeitura ou Projetos Sociais de Incentivo ao Esporte”.

Gráfico 4A – Estágios extracurriculares associados à área de Saúde Pública ou Coletiva realizados pelos alunos do curso de Educação Física

Em termos gerais, observa-se que a grande maioria das atividades descritas e associadas pelos alunos à área da Saúde Pública ou Coletiva, de fato tiveram relação com a área.

Ao analisar as respostas dos alunos que informaram ter realizado esse tipo de atividade, verifica-se que todos relataram ter gostado da experiência. A tabela 1 apresenta os motivos que os levaram a avaliar positivamente a experiência.

Tabela 1 – Motivos que levaram os alunos de Educação Física a gostar do estágio extracurricular associado à área da Saúde Pública ou Coletiva

Motivos	Nº de citações
Sentir afinidade com a área (esportiva)	4
Desenvolver atividades na área de formação	2
Trabalhar com crianças	2
Interesse ou retorno das crianças que receberam o atendimento	2
Oportunidade de salvar vidas ou promover saúde	2
Agregar experiências	1
Oportunidade de trabalho voluntário	1
Promover a sociabilização	1

(multiescolha)

A análise dos fatores que geraram a satisfação dos alunos por participar dos estágios extracurriculares informados mostra que a afinidade com a atividade específica exercida na área da Educação Física, foi o principal motivo de satisfação entre os alunos.

Destaca-se o comentário de um dos alunos respondentes que informou não ter realizado nenhum estágio extracurricular na área, mas deixou registrado que *“gostaria de atuar em algum”*.

Experiências curriculares na área de Saúde Pública ou Coletiva

A partir da análise da Matriz Curricular, Projeto Pedagógico e Planos de Disciplinas do Curso de Educação Física concluiu-se que o curso não tem proposto, até o momento, componentes curriculares que contemplem o tema da Saúde Pública ou Saúde Coletiva. No entanto, considerando que houve respostas afirmativas em relação à questão, as mesmas serão analisadas com o objetivo de compreender quais conteúdos disciplinares os alunos associaram ao campo da Saúde Pública ou Saúde Coletiva.

Gráfico 5 – Realização de disciplina que abordou o tema da Saúde Pública ou Saúde Coletiva pelos alunos de Educação Física

Ao analisar o gráfico 5, nota-se que metade dos alunos respondentes afirmou já ter cursado ao longo do curso de Educação Física alguma disciplina que abordou o tema da Saúde Pública ou Saúde Coletiva.

Dos alunos que afirmaram já ter cursado alguma disciplina que abordou o tema supracitado, 86% já estavam no segundo ano de curso.

Na análise apresentada no gráfico 5A é possível identificar quais disciplinas foram associadas pelos alunos ao tema da Saúde Pública ou Saúde Coletiva e a frequência com que isso ocorreu na pesquisa.

Gráfico 5A – Frequência de associação das disciplinas do curso de Educação Física ao campo da Saúde Pública/ Saúde Coletiva

Na análise do gráfico 5A é necessário considerar que as respostas são diretamente influenciadas pelo estágio do curso em que os alunos se encontravam ao responder a pesquisa, ou seja, dificilmente um aluno que ainda não cursou determinada disciplina irá mencioná-la. No entanto, o que é relevante na presente análise é observar que existem, por parte dos alunos, associações entre o campo da Saúde Pública ou Coletiva com as mais diversas áreas de estudo do curso de

Educação Física, embora os conteúdos específicos do referido campo não sejam contemplados pelos programas das disciplinas mencionadas.

Ainda no gráfico 5A, cabe destacar que a disciplina de Socorros de Urgência foi mencionada com uma frequência de 40% entre as disciplinas mencionadas. Por tratar-se de uma disciplina ofertada no início do segundo ano de curso, e que 86% dos que fizeram associação de alguma disciplina ao campo da Saúde Pública ou Coletiva já atingiram esse estágio do curso, podemos considerar alta essa associação realizada pela maioria dos respondentes (56%) correspondendo a 28 dos 50 respondentes.

Percebe-se que a noção de Saúde Pública dos alunos ainda era muito mais voltada ao tratamento e recuperação de agravos do que à prevenção e promoção da saúde, refletindo, conforme cita FERNANDEZ (2012, p. 504) uma visão de saúde como um corpo objetivado e fragmentado, composto de órgãos e tecidos separados que podem ser estudados isoladamente, o que consideramos uma influência do chamado modelo biomédico, ainda vigente e que pode influenciar positiva ou negativamente o desenvolvimento da promoção da saúde na área na Educação Física.

Essa visão resulta do que FERNANDEZ (2012) descreve historicamente como uma combinação de anatomia e racionalismo cartesiano, de onde se originam as tendências reducionistas e objetivistas da Medicina Moderna que se fundamenta no empirismo da observação e no racionalismo matematizador, buscando produzir certezas científicas e o conhecimento claro e distinto das coisas.

Conforme informações colhidas no Projeto Pedagógico e Matriz Curricular do curso de Educação Física, é possível constatar que o curso não propunha estágio curricular na área de Saúde Pública ou Saúde Coletiva. No entanto, como observado no gráfico 6, a seguir, alguns alunos afirmaram ter realizado estágio curricular na referida área.

Gráfico 6 - Realização de estágio curricular na área de Saúde Pública ou Saúde Coletiva pelos alunos de Educação Física

Mesmo sendo uma minoria, buscou-se compreender que tipo de estágio ou outra atividade curricular prática esses alunos associam à área de Saúde Pública ou Coletiva.

Dos 9 (nove) respondentes, 7 (sete) mencionaram atividades curriculares voltadas à prática esportiva ou outras atividades físicas como ginástica e dança, em escolas ou outros espaços. Apenas 2 (dois) respondentes mencionaram outros tipos como campanha de vacinação contra a poliomielite e atividade na área da psicologia.

Experiências curriculares no campo da Promoção da Saúde

Quando perguntado aos alunos sobre quais experiências curriculares teriam abordado o referencial teórico/prático da Promoção da Saúde, obteve-se como resposta que tanto nas disciplinas, quanto durante os estágios, o tema da Promoção da Saúde foi abordado.

Gráfico 7 - Disciplinas que segundo alguns alunos abordaram o tema da Promoção da Saúde

Embora a maioria dos alunos participantes tenha declarado não ter cursado disciplinas que tenham abordado o tema da Promoção da Saúde, um número de respondentes pouco superior a um terço associou uma ou mais disciplinas cursadas ao tema, conforme apresentado no gráfico 7A.

Gráfico 7A – Frequência de associação das disciplinas do curso de Educação Física ao campo da Promoção da Saúde

As respostas apresentadas no gráfico 7A foram também diretamente influenciadas pelo estágio do curso em que os alunos se encontravam no momento em que responderam à pesquisa, ou seja, provavelmente os alunos mencionaram apenas disciplinas que já cursaram.

No entanto, assim como dito anteriormente ao analisar o gráfico 5A, o que se faz relevante é observar que existem por parte dos alunos associações, neste caso, entre o campo da Promoção da Saúde e as mais diversas áreas de estudo do curso de Educação Física, mesmo não sendo identificados os conteúdos específicos do referido campo nos programas das disciplinas mencionadas.

Cabe destacar que a disciplina de Socorros de Urgência, novamente, apresentou a maior frequência entre as disciplinas mencionadas (15,5%). No entanto, a associação das disciplinas do curso à área da Promoção da Saúde apresentou uma distribuição mais ampla do que a associação ao campo da Saúde Pública ou Coletiva, conforme apresentado anteriormente. Ou seja, os alunos possuem uma percepção mais ampla acerca da Promoção da Saúde do que da Saúde Pública ou Coletiva e dificilmente perceberam que a Promoção da Saúde se constitui em uma visão moderna da Saúde Pública, “uma nova cultura da saúde” como também é conhecida.

Nota-se que disciplinas relacionadas a práticas esportivas individuais e coletivas, e atividades físicas, como ginástica, musculação, treinamento e condicionamento físico, bem como as disciplinas da área da saúde que dão suporte às práticas físicas e esportivas, como Fisiologia, Nutrição, Bioquímica e Cinesiologia, foram mais frequentemente associadas à Promoção Saúde do que as disciplinas relacionadas às Ciências Sociais.

Nesse sentido, observa-se que os estudantes de Educação Física associaram com destacada frequência o campo da Promoção da Saúde às práticas físicas e esportivas.

Os alunos também foram questionados sobre a realização de estágios curriculares na área da Promoção da Saúde.

Gráfico 8 - Realização de estágio curricular na área de Promoção da Saúde pelos alunos de Educação Física

Ao analisar o Projeto Pedagógico do Curso e Matriz Curricular, foi constatado que o curso não propõe a realização de estágios na referida área. No entanto, 4 (quatro) estudantes associaram algum tipo de estágio realizado ao campo da Promoção da Saúde, sendo que 2 (dois) mencionaram estágios feitos em Academia, 1 (um) informou ter realizado estágio de Musculação e 1 (um) descreveu a realização de estágio em Escolas Públicas (do 1º ao 9º ano) da Educação Básica.

Tais afirmativas estão relacionadas aos conceitos de Promoção da Saúde que cada aluno possui, os quais estão amplamente discutidos na análise qualitativa da presente pesquisa.

Outras experiências no campo da Saúde Pública ou Saúde Coletiva

Quando perguntado aos alunos do curso de Educação Física se já haviam realizado outras atividades, além dos estágios e disciplinas, no campo da Saúde Pública ou Saúde Coletiva, obteve-se como resposta que a maioria (85%) não havia realizado.

Gráfico 9 – Realização ou não de outras atividades (exceto estágio e disciplina) que abordaram o tema da Saúde Pública ou Saúde Coletiva

Segundo as respostas dos 15 (quinze) alunos que afirmaram ter realizado outras atividades que abordaram o tema da Saúde Pública ou Coletiva, obteve-se os dados apresentados na tabela a seguir.

Tabela 2 – Outras atividades realizadas pelos 15 alunos de Educação Física que segundo os mesmos abordaram o tema da Saúde Pública ou Coletiva

Outras atividades realizadas	Nº de citações
Esportes e Atividades Físicas	5
Palestras sobre doenças endêmicas e/ou epidêmicas (transmissíveis e não transmissíveis) e outros temas	3
Atividades sobre Higiene no Programa Escola da Família	1
Consulta a material bibliográfico e produção de textos sobre saúde	1
Curso de Brigadista	1
Curso Primeiros Socorros	1
Esportes e Atividades Físicas Adaptadas	1
Estágio em UBS na área de Nutrição	1
Socorros de Urgência	1
<i>(multiescolha)</i>	

Conforme apresentado na tabela 2 os alunos associaram com destacada frequência o campo da Saúde Pública e Coletiva à prática de Atividades Físicas e Esportivas, assim como ocorreu com as disciplinas e estágios cursados.

Outras atividades diretamente relacionadas ao campo da Saúde Pública ou Coletiva foram mencionadas, como atividades de educação em saúde e atividades de educação para prevenção da saúde.

Outras experiências no campo da Promoção da Saúde

Gráfico 10 – Realização ou não pelos alunos de outras atividades (exceto estágio e disciplina) que abordaram o tema da Promoção da Saúde

De acordo com os 10 (dez) alunos que responderam afirmativamente à questão, obteve-se o seguinte quadro de respostas:

Tabela 3 – Outras atividades realizadas pelos alunos de Educação Física que abordaram o tema da Promoção da Saúde

Outras atividades realizadas	Nº de citações
Esportes e Atividades Físicas	4
Simpósios, treinamentos, palestras em relação ao controle de endemias e outros temas	3
Projeto Social ou Atividade Comunitária	2
Atividades sobre Primeiros Socorros no Programa Escola da Família	1
Total	10

Conforme demonstra a tabela 3, a associação do Campo da Promoção da Saúde com a prática de Atividades Físicas e Esportivas persiste. Ressalta-se, porém, que as atividades de educação em saúde ou atividades de educação para a prevenção da saúde foram agora associadas ao campo da Promoção.

Capacitação para atuar no campo da Promoção da Saúde

Quando perguntado aos alunos se naquele momento consideravam-se capacitados para atuar no campo da Promoção da Saúde, obteve-se o resultado descrito a seguir no gráfico 11.

Gráfico 11 – Percepção dos alunos sobre sua atual capacidade para atuar no campo de Promoção da Saúde

A maioria dos alunos considerava-se capacitada para atuar no campo da Promoção da Saúde. Dos 55 alunos que assim se considerava, 54 justificaram sua resposta. Tais justificativas foram analisadas qualitativamente e são apresentadas nos itens a seguir.

Análise das respostas aos questionários aplicados aos docentes

Caracterização da população – idade, gênero e formação acadêmica

Dos seis (06) docentes que participaram da pesquisa apenas um (01) possui menos de 40 (quarenta) anos, cinco (05) são do gênero masculino e (01) uma docente do gênero feminino.

Em relação à formação acadêmica, do total de seis (06) docentes, cinco (05) possuem formação em Educação Física e um (01) é graduado em História. Ainda, um dos docentes que possui formação em Educação Física também é graduado em Fisioterapia. Quanto à formação em nível de Pós-Graduação cinco (05) possuem especialização (formação *Lato Sensu*) na área da saúde ou do esporte, dois (02) possuem Mestrado na área da Educação, três (03) na área da Educação Física ou Ciências do Esporte e um (01) docente possui Mestrado na área da Saúde Coletiva. Ainda sobre a formação *Stricto Sensu*, um docente informou possuir Doutorado em Educação Física.

Experiência profissional na área de Saúde Pública/ Saúde Coletiva e experiência como docente na área de Saúde Pública/ Saúde Coletiva e na área de Promoção da Saúde

Nenhum docente informou ter experiência profissional na área de Saúde Pública/ Saúde Coletiva.

Quando questionados sobre experiências como docente na área de Saúde Pública/ Saúde Coletiva (supervisionando estágios, ministrando disciplinas ou outras atividades), apenas (01) um professor informou ter tido tal experiência ministrando a disciplina de Administração e Organização em Educação Física, no entanto,

analisando o plano da referida disciplina não foram constatados conteúdos relacionados ao campo da Saúde Pública/ Saúde Coletiva.

O mesmo ocorreu quando questionados sobre experiências como docente na área de Promoção da Saúde (supervisionando estágios, ministrando disciplinas ou outras atividades), apenas (01) um professor informou ter tido tal experiência ao ministrar a disciplina de Fisiopatologia, embora o plano oficial da mesma não proponha conteúdos relacionados à Promoção da Saúde.

Embora oficialmente os referidos conteúdos não façam parte do plano das disciplinas, é necessário considerar que os docentes podem tê-los incluído por conta própria nas programações das aulas ou que estejam correlacionando equivocadamente os conteúdos de Saúde Pública/ Coletiva e Promoção da Saúde com as disciplinas mencionadas.

5.2.2 Questões Mistas e Abertas – Análise Qualitativa

As categorias oriundas da decomposição dos conteúdos de todas as «*unidades de informação*» das cinco questões aplicadas aos estudantes foram reagrupadas e geraram 11 grandes temas, conforme Análise de Conteúdo de Bardin, os quais estão apresentados na figura 4.

Figura 4 – Grandes temas gerados a partir do reagrupamento das categorias – questões respondidas pelos estudantes

Fonte: Pesquisador, 2013.

A decomposição dos conteúdos de todas as «*unidades de informação*» das seis questões aplicadas aos docentes, após reagrupadas geraram 09 grandes temas, conforme mostra a figura 5, a seguir:

Figura 5 – Grandes temas gerados a partir do reagrupamento das categorias – questões respondidas pelos docentes

Como pode ser observado comparando as figuras 3 e 4 sete grandes temas identificados para discussão são comuns aos dois grupos de temas oriundos do reagrupamento das categorias geradas tanto pela análise das respostas às questões abertas e mistas do questionário aplicado aos alunos, quanto pela análise das respostas às questões abertas e mistas do questionário aplicado aos docentes. Sendo assim, o número de categorias distintas totalizou doze temas os quais serão discutidos a seguir.

Tema 1 “Bem Estar como sinônimo de Saúde e Promoção da Saúde”

Embora a definição de saúde publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948 seja considerada irreal e muitas vezes ultrapassada e unilateral, conforme afirmam SEGRE e FERRAZ (1997) é inegável a sua contribuição no que tange a um primeiro movimento de ampliação do conceito de saúde na esfera popular. A saúde, até então definida apenas como a ausência de doença, passou a ser compreendida como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social.

Uma constatação dessa influência, ainda presente, é o alcance do índice de, aproximadamente, 60% de respostas, entre os alunos, que mencionaram o tema “Bem Estar” ao descrever a sua concepção de “saúde” nesta pesquisa. Ainda, quatro (04) entre os seis (06) docentes que responderam à pesquisa mencionaram o termo “bem estar” ao apresentar o seu conceito de “saúde”. A seguir, alguns exemplos de respostas que citaram o referido conceito.

De acordo com alguns alunos, **saúde** é:

“Tudo o que envolve o *bem estar* do ser humano...” (resp. aluno 5)

“Ser saudável, se cuidar fisicamente e psicologicamente, *bem estar*, alimentar-se corretamente”. (resp. aluno 20)

“...consiste em: *bem estar físico; bem estar mental; e bem estar social*”. (resp. 46)

“É o *bem estar* físico, social e psicológico do indivíduo não somente a inexistência de patologias”. (resp. aluno 62)

“Funcionamento satisfatório do organismo, *bem estar* e qualidade de vida”. (resp. aluno 78)

Para alguns docentes, **saúde** é:

“...o bem estar da pessoa, físico e mental.” (resp. docente 3)

“Bem estar físico, psíquico e social de um indivíduo.” (resp. docente 5)

Entre as respostas que mencionaram o tema “bem estar” em relação à concepção de saúde verificou-se que algumas descreviam os “tipos” de bem estar

que constituem o estado de saúde e outras citaram “bem estar” como um componente genérico do estado de saúde. O que torna o conceito de bem estar bastante abrangente é o fato de que seu significado muda de pessoa a pessoa conforme seus interesses e necessidades.

A resposta a seguir, ressalta a noção de integração do conceito de bem estar individual, ao apresentar sua concepção de “saúde”.

“É a pessoa estar bem em todos os aspectos, ex. social, físico e psicológico; pois os três agem como engrenagens, se um não estiver legal, acaba afetando o outro”.
(resp. aluno 76)

O tema “bem estar” apareceu também no conteúdo das respostas que propunham descrever a concepção de “promoção da saúde” por parte dos estudantes de educação física.

Neste caso, o tema surge como um componente da vida ou da saúde que pode ser viabilizado pela “promoção da saúde”, ou seja, a promoção da saúde é vista como uma ferramenta para viabilizar o “bem estar” individual, conforme podemos observar, nas respostas a seguir:

De acordo com alguns alunos, **Promoção da Saúde** é:

“Promover o bem estar, a cidadania”. (resp. aluno 34)

“Forma de incentivar as pessoas a terem um maior cuidado com seu bem estar”.
(resp. aluno 67)

“Contribuir para o bem estar do próximo”. (resp. aluno 70)

“Manutenção do bem estar consciente com os riscos de doenças causadas por alimentação incorreta, o sedentarismo e o estresse causado no dia-a-dia do trabalho”. (resp. aluno 72)

“É promover o bem estar, a qualidade de vida e a procura por hábitos que melhorem a saúde”. (resp. aluno 76)

“É valorizar o bem estar do ser humano”. (resp. aluno 81)

“Promoção da saúde entendo eu que seria trabalhos onde visam o bem estar das pessoas...” (resp. aluno 90)

“Visar o bem estar como um todo, atingindo vários setores”. (resp. aluno 91)

O tema bem estar tem sido cientificamente estudado pelo campo da Psicologia Positiva, considerada a ciência que o investiga. Para SELIGMAN (2011) o bem estar pode ser mensurado em cinco fatores: emoção positiva, engajamento, sentido, relacionamentos positivos e realização. Em seu livro, o autor destaca que “o bem-estar não pode existir apenas na cabeça do indivíduo”, deve constituir uma combinação de sentir-se bem e efetivamente ter sentido bons relacionamentos e realização.

Percebe-se então claramente que o que significa bem estar para um pode não significar para outros.

Na discussão dos conceitos de saúde e promoção da saúde sob a perspectiva da temática bem estar também cabe considerar o conceito de Estado de Bem Estar Social (*Welfare State*), muito utilizado nos Estados Unidos da América, que consiste em:

conjunto de serviços e benefícios sociais de alcance universal promovidos pelo Estado com a finalidade de garantir uma certa “harmonia” entre o avanço das forças de mercado e uma relativa

estabilidade social, suprimindo a sociedade de benefícios sociais que significam segurança aos indivíduos para manterem um mínimo de base material e níveis de padrão de vida, que possam enfrentar os efeitos deletérios de uma estrutura de produção capitalista desenvolvida e excludente (GOMES, 2006).

Nesse contexto da garantia do bem estar social pelo Estado é que destaca-se a saúde como um importante campo do desenvolvimento social e grande potencial inclusivo, constituindo uma via legítima para a inclusão social, considerando a garantia constitucional da saúde à todo cidadão brasileiro.

Ainda segundo BUSS (2000), considerando que as decisões em qualquer campo das políticas públicas, em todos os níveis de governo, influenciam diretamente a saúde da população, ressalta-se o compromisso do Estado com a viabilização das Políticas Públicas Saudáveis, conforme proposta do campo da Promoção da Saúde, o que implica diretamente na construção da prioridade política em todos os setores econômicos, do desenvolvimento social e em todas as esferas de gestão pública.

Tema 2 “Saúde como direito”

A saúde é um direito social reconhecido constitucionalmente o que caracteriza um importante campo de discussão. A seguir, estão referidas as respostas de alunos que fizeram referência a essa temática ao apresentarem o seu conceito de saúde. A temática estudada não foi identificada na análise das respostas dos questionários aplicados aos docentes.

“Saúde é o direito de todo cidadão que oferece uma qualidade de vida e estrutura para o tratamento e prevenção de doenças”. (resp. aluno 18)

“É um dos direitos de todos”. (resp. aluno 31)

“É um direito do cidadão e consiste em: bem estar físico; bem estar mental; e bem estar social”. (resp. aluno 46)

O reconhecimento da saúde como um direito social na Constituição Federal de 1988, fruto de um longo processo histórico de avanços e retrocessos na conquista da cidadania, não constituiu o final desse processo, mas uma importante etapa (VIANA e SILVA, 2012 p.1).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, que constituiu um processo democrático e de efetiva participação popular, entre outros estímulos de avanço ao setor saúde, definiu o Estado como responsável pela garantia do direito à saúde, sob a perspectiva social e inclusiva, para todos os habitantes do território nacional (RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986). O direito à saúde é garantido por meio do texto constitucional e da Política Nacional de Saúde (PNS) brasileira (BRASIL, 1988, 1990).

É importante destacar que a 8ª Conferência Nacional de Saúde apresentou um novo conceito de saúde, que será aqui discutido oportunamente, mas sob a perspectiva do direito cabe observar a sua abrangência, além dos objetivos da assistência e prevenção. No entanto, o conceito de saúde como ausência de doenças ainda se faz presente, conforme verificou-se na apresentação do próximo tema.

DALLARI (2008) destaca que o direito à saúde foi incorporado ao texto constitucional apenas em 1988, fruto de grande participação popular, consolidada na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Nesse sentido, torna-se muito importante que haja uma participação popular e controle social constante na delimitação do direito à saúde, pois na realidade esse direito vem sendo consolidado em conformidade com as exigências constitucionais, porém de forma bastante incipiente.

Mudanças sociais não resultam apenas da criação constitucional dos mecanismos que as possibilitem, mas, principalmente, do uso de tais instrumentos. Nesse sentido, a capacitação das organizações sociais para o exercício legal e

competente das suas funções de advogados da Saúde Pública, juntamente com o efetivo envolvimento do Ministério Público na luta pelo respeito aos direitos assegurados na Constituição, é fundamental para a condução da democracia e instauração efetiva do estado Democrático de Direito no Brasil (DALLARI, 2013).

Tema 3 “Saúde como sinônimo de ausência de doença”

Internacionalmente, desde 1948, a Organização Mundial da Saúde – OMS reconhece o direito à saúde e a obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, divulgando o conceito de saúde como “o estado do mais completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”, no entanto, o entendimento do conceito de saúde restrito à essa situação de ausência de doença permanece, até os dias de hoje, conforme pode ser observado nas respostas a seguir que apresentam os conceitos de saúde de estudantes e docentes.

“A saúde é tudo, pois sem ela não podemos ter vida normal dependendo da patologia.” (resp. aluno 37)

“É ser uma pessoa saudável, sem doenças.” (resp. aluno 50)

“É (...) uma boa vivência sem doenças, é saber evitá-las, manter uma vida boa.” (resp. aluno 84)

“A saúde é o bem estar de cada pessoa, sem nenhuma reclamação de dores, inflamações, etc.” (resp. aluno 87)

“A saúde é encontrar-se em pleno estado de bem estar mental, físico e social, além de não possuir nenhum tipo de patologia.” (resp. docente 01)

“Ausência de doença e bem estar físico e mental.” (resp. docente 04)

Conforme lembra SCLiar (2007) o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, dependerá da época, lugar, classe social, valores individuais, concepções científicas, religiosas, filosóficas. O que representa saúde, assim como o que representa a doença, varia de pessoa para pessoa.

Para DONATO e ROSEMBURG (2003) dentre as diferentes formas de organização social, existem maneiras diversas de se compreender o que seja saúde ou um estado saudável.

No entanto, dada a conjuntura dos fatos, em determinado momento da história da humanidade, mais precisamente na década de 1940, julgou-se necessário haver um consenso entre as nações sobre o conceito de saúde, o que seria possível de obter somente por meio de um organismo internacional, no caso a Organização Mundial da Saúde - OMS. Desde então, esse conceito tem sido aprimorado conforme as interpretações dos resultados das experiências obtidas no campo da saúde, em especial no campo da saúde pública, dando origem não necessariamente a novos conceitos de saúde, mas principalmente a novos meios de viabilizar as ideias e de se promover a saúde, a partir da compreensão dos fatores que a determinam.

Tema 4 “Comportamento Individual”

O comportamento individual muitas vezes tem ocupado um lugar central na definição de saúde. É muito comum, principalmente na área da Educação Física, a responsabilização do indivíduo pelo fato de não alcançar uma condição de saúde considerada “desejada”.

A análise das respostas que direcionam a presente temática evidencia comportamentos voltados à prática de atividades físicas e cuidados com o corpo, em meio a outros comportamento individuais, como sinônimo de saúde.

Para alguns alunos, saúde é:

“...quando a pessoa executa exercícios físicos e possui uma boa alimentação” (resp. aluno 13)

“...se cuidar fisicamente e psicologicamente, bem estar, alimentar-se corretamente.” (resp. aluno 20)

“...se cuidar, cuidar da mente, do corpo, não ficar se estragando (drogas) para manter sempre a saúde boa para viver bastante tempo.” (resp. aluno 26)

“...temos que sempre estar atentos às alimentações, exercícios físicos, riscos que nos comprometem para que possamos responder melhor a nossa fisiologia corporal e mental.” (resp. aluno 40)

“...são atividades que realizamos com nosso corpo para podermos nos sentir melhor, trabalhando musculatura e etc., assim ‘fazendo nosso corpo durar mais’.” (resp. aluno 48)

“o bem estar físico e mental de corpo e cabeça. É você se alimentar, praticar exercícios físicos, se cuidar...” (resp. aluno 58)

“Ter uma boa alimentação fazer exercícios dormir bem.” (resp. aluno 65)

“Cuidado com o corpo, mente afetivo social.” (resp. aluno 70)

Para PELICIONI et al. (2013) é por meio do processo educativo formador que as pessoas motivadas vão incorporando significados à sua vida e passam a agir, levando em conta tais valores.

Embora o conceito de saúde não fique restrito aos comportamentos mencionados, ou seja, não são apenas os comportamentos que determinam a saúde do indivíduo, cabe considerar que é recorrente a situação em que o indivíduo recebe informações e orientações como prescrições acerca de comportamentos que levariam a uma condição melhor de saúde, que são consideradas equivocadamente

ações de educação em saúde, mas que não resultam em efetivo processo de mudança de atitude. É importante lembrar, conforme PELICIONI et al. (2013), que o termo “Educação em Saúde” não se aplica às situações de aprendizagem que limitam seus objetivos à mudança de comportamentos individuais.

Para que haja uma efetiva mudança, é preciso que as atitudes sejam incorporadas pelos indivíduos, pois elas são indutoras dos comportamentos.

SILVA et. al (2012) apresenta o conceito de educação em saúde que baseia-se na concepção de que o indivíduo aprende a cuidar da sua saúde, que é resultante do múltiplos fatores intervenientes no processo saúde-doença e em seu texto, corrobora com a ideia de PELICIONI e PELICIONI (2007) e PELICIONI et al. (2013) de que a educação deve ser crítica, problematizadora da realidade, um processo compartilhado, reflexivo, construído a partir de ações conjuntas.

Nesse sentido, duas questões merecem ser apresentadas. A primeira delas: o indivíduo pode ser considerado como principal responsável pela determinação da sua saúde? Uma outra questão: como se dá o processo de “conscientização” para a mudança de atitude?

Analisando o primeiro questionamento, conforme DONATO e ROSEMBURG (2003), o processo saúde-doença não depende apenas dos indivíduos, mas das relações que determinam as condições de vida das sociedades.

Muitas vezes, as questões são abordadas como se dependessem exclusivamente de uma opção do indivíduo, quando muitas vezes as decisões dependem muito mais da possibilidade de acesso aos serviços, no caso da saúde, de um sistema mais igualitário e mais justo, que possibilite que as diferenças desnecessárias desapareçam PELICIONI et al. (2013).

Quanto ao segundo questionamento, é fundamental compreender que a adoção de um comportamento saudável implica em necessário processo de criação de uma consciência crítica perante a vida e a sociedade. Conforme dizia o grande educador

Paulo Freire “a conscientização se dá na prática política, social, existencial com leitura e releitura crítica da realidade”.

Conforme destacam PELICIONI et al. (2013) somente compreendendo os fatos, refletindo sobre eles e tomando decisões conscientes é que as pessoas mudarão os seus comportamentos.

Relembrando a teoria freireana, devemos considerar que “ninguém educa ou conscientiza ninguém”, somos, enquanto profissionais, cidadãos comprometidos com a mudança social, responsáveis por problematizar e promover condições para que os indivíduos, no seu contexto social, por meio da sua prática social e existencial, promova a sua consciência crítica, se empodere e se emancipe socialmente. Isso resultará em mudanças de atitude que gerarão mudanças de comportamento, e no âmbito da saúde levarão a alcançar melhores condições.

No entanto, apenas a consciência sobre a realidade não vai gerar mudanças, é preciso ir além.

Segundo PELICIONI et al. (2013), para mudar determinado estado das coisas ou influir no comportamento das pessoas, não basta dar informações, é preciso garantir que a comunicação ocorra, ou seja, a ação educativa deve ser de comunicação para atingir o ser humano, não como um ser abstrato, mas como um ser inserido em uma realidade histórica, reconhecendo a capacidade do indivíduo de refletir e de assumir o papel de sujeito de sua procura. É necessário, portanto, efetivar o processo de comunicação para educação em saúde, produzindo significados por meio de trocas simbólicas entre indivíduos e grupos.

Dessa forma, entende-se que a mudança de atitude para o alcance de melhores condições de saúde sofre influências do contexto social e de vida do indivíduo, embora a decisão pela mudança de atitude esteja imbricada também por sua participação no processo de construção da sua consciência crítica, somos sujeitos de uma sociedade que tem a sua relação com o estado regida por políticas que legitimam o exercício do poder do governo nas decisões acerca dos direitos sociais

garantidos pelo estado, entre eles, a saúde. Portanto, somos sujeitos, mas não únicos responsáveis pela determinação da nossa saúde.

E é nesse contexto que a Promoção da Saúde moderna apóia-se, isto é, no entendimento de que a saúde é resultado do conjunto de fatores que determinam a qualidade de vida, compreendidos a partir do ambiente físico, social, político, econômico e cultural, por meio da implementação de Políticas Públicas e da viabilização de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde, as quais propiciarão escolhas saudáveis e o reforço da capacidade dos indivíduos e comunidades (*empowerment*) de acordo com BUSS (2000).

No entanto, a noção de promoção da saúde voltada à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando os seus estilos de vida ainda se faz presente nas respostas, como se pode observar a seguir.

Promoção da saúde, segundo alguns alunos os respondentes é:

“Promover algo que incentive o próximo a cuidar da sua própria saúde. Fazer algo para nós mesmos que nos faça sentirmos bem”. (resp. aluno 10)

“Elaborar e criar projetos que promovam a saúde, e fazer com que o ser humano queira ser saudável”. (resp. aluno 11)

“Incentivar a população a cuidar da saúde, praticar exercícios físicos, alimentar-se bem, entre outros”. (resp. aluno 22)

“Praticar atividade física e se cuidar”. (resp. aluno 26)

“Um profissional mostrar para outras pessoas o quanto ter saúde é importante e de alguma forma, mostrar a elas e convencê-las a se cuidar melhor”. (resp. aluno 47)

“Promover o bem-estar, o cuidar de si, em diferentes aspectos”. (resp. aluno 69)

Segundo BUSS (2000) os programas ou atividades que visam promover a saúde concentram-se em propostas educativas ou de orientação voltadas a mudanças nos comportamentos sob o controle dos próprios indivíduos. Isto de fato foi constatado nos relatos dos alunos que se manifestaram sobre como o profissional de Educação Física pode atuar para promover a saúde da população e quais ações de Promoção da Saúde o mesmo pode desenvolver, o que pode ser verificado a seguir.

Para alguns alunos e docentes participantes da pesquisa, os profissionais de Educação Física podem atuar no campo da Promoção da Saúde conforme exemplos a seguir:

“Informando sobre a importância de atitudes que previnam fatores que gerem a perda da saúde, incentivando a prática de hábitos saudáveis como, por exemplo, a prática de atividades físicas, lazer e esporte; Incentivar e promover à prática de exercícios físicos, informar sobre a importância da boa alimentação, estimular hábitos saudáveis em geral”. (resp. aluno 43)

“Além de ministrar aulas de prática física específicas a cada público, há a possibilidade de orientar e encaminhar a população a bons hábitos de alimentação e interação social; Todas as práticas de atividades e exercícios físicos orientados e planejados, assim como, interação entre as populações e práticas alimentares saudáveis”. (resp. aluno 61)

“Promover uma educação voltada para dietas corretas e atividades físicas regulares, preferência já para os seus alunos das séries iniciais, evocando para divulgação dentro de suas famílias e em consequência para a sociedade; Sem dúvida atividades físicas regulares e de forma correta, sem complementos alimentares e educação para o esporte”. (resp. aluno 72)

“O profissional de Educação Física pode desenvolver atividades com idosos de forma que melhore sua pressão arterial, diminuição de diabetes, enfraquecimento dos ossos, combater a obesidade através da prática esportiva”. (resp. aluno 86)

“Na orientação de treinamentos adequados, promovendo a qualidade de vida através de atividade física; Desde simples orientações nas escolas para crianças, nas academias sempre mostrando o caminho correto para uma qualidade de vida melhor através da atividade física”. (resp. aluno 89)

“Através de recomendações e prescrição de exercícios para mudança de hábitos que não são saudáveis”. (resp. docente 1)

“A atuação do profissional de Educação Física pode ser dentro da escola com a identificação, orientação e atuação com crianças em "grupos de risco". Ainda na escola, vinculando os alunos a prática de atividade física e fora da escola, nos programas específicos voltados a Atenção Primária; Diagnóstico de obesidade por meio de avaliação física, criar o vínculo dos indivíduos com a atividade física, trabalho multidisciplinar em programas de atenção primária.” (resp. docente 5)

“O conhecimento do movimento e aplicá-los corretamente são importantes para a qualidade de vida; A prática da atividade física é uma forma de promoção da saúde.” (resp. docente 6)

Dentro dessa perspectiva, os indivíduos e comunidades são considerados os únicos responsáveis pela sua situação de saúde, ou seja, cabe ao profissional orientar e simplesmente informar, seja por meio de aulas na educação formal, orientação para atividade física (academias, orientação personalizada ou em grupos), em projetos, entre outros, cabendo ao indivíduo ou comunidade a “simples” decisão de “comportar-se” de acordo com as orientações do profissional de educação física, ou outro profissional atuante na área da saúde, como se não houvesse outros fatores que influenciassem na decisão de adotar um comportamento saudável, que não aqueles sob exclusivo controle dos indivíduos ou comunidades.

Nesse sentido, se considerarmos que a situação de saúde de um indivíduo ou comunidade, conforme conceito de saúde da 8ª Conferência Nacional de Saúde:

“é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986),

corroboramos com o entendimento de que propostas educativas ou de orientação voltadas apenas para mudanças nos comportamentos sob o controle dos próprios indivíduos serão ineficazes sob o ponto de vista da promoção da saúde integral, já que existem alguns fatores determinantes que não podem ser diretamente controlados apenas pela área da saúde mas precisam da contribuição e parceria de outros setores.

Tema 5 “A Saúde e a Promoção da Saúde vista a partir dos Determinantes Sociais”

De acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS): “os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (CNDSS, 2006). Para Tarlov: “DSS são as características sociais dentro das quais a vida transcorre” (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

A Comissão tem trabalhado usando como referência tanto o antigo conceito de saúde concebido pela Organização Mundial da Saúde, já citado, isto é: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doenças”; quanto com o preceito Constitucional, resultante da 8ª Conferência Nacional de Saúde: “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao

acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

Como nos lembram esses autores, desde o início do século passado, já havia uma tensão acerca da definição dos determinantes do processo saúde-doença na comunidade acadêmico-científica, ao interrogarem sobre o foco de pesquisa do campo da Saúde Pública, sendo, pesquisas em laboratório para compreensão das características biológicas dos organismos infecciosos ou em ambientes onde viviam os indivíduos ou comunidades, suas casas e locais de trabalho. Estava, assim, travado o conflito entre os enfoques biológico e social do processo saúde-doença, o qual sempre esteve presente ao longo da trajetória do campo da Saúde Pública. Por longos anos, e por influência inicial da Escola de Saúde Pública da Universidade de Johns Hopkins, a Saúde Pública dirigiu os seus esforços para o controle de doenças com base nos estudos microbiológicos, distanciando-se das questões políticas e dos esforços por reformas sociais e sanitárias de caráter mais amplo.

Há que se considerar que o cenário de morbimortalidade por doenças infecciosas, especialmente no Brasil no início do século XX alarmava, indicando medidas sanitárias de urgência, o que muito contribuiu para o empenho na pesquisa microbiológica com a finalidade de descobrir meios de imunização e controle das doenças, o que não tornaria menos relevante a necessidade de conhecer as condições e os hábitos de seus hospedeiros.

BUSS e PELLEGRINI-FILHO (2007) citaram ainda que essa tensão permeou as atividades da própria Organização Mundial da Saúde - OMS, mesmo com o início de suas atividades a partir de um conceito hoje já um tanto obsoleto, como já comentado, mas que na época representou um grande avanço em termos de reconhecimento dos determinantes da saúde (ainda que poucos) para além da questão biológica e do enfoque na doença.

Os autores consideram que a literatura acerca dos determinantes da saúde tem apresentado importantes contribuições para o entendimento da relação entre as formas de organização e desenvolvimento social e a situação de saúde das populações, no entanto, destacam a importância de estabelecer uma hierarquia de

determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações por meio das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, uma vez que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito.

Fica claro, por exemplo, que macroindicadores de riqueza de uma sociedade não possuem relação direta com os indicadores de saúde, assim como soma de indicadores de saúde de indivíduos não corresponde diretamente ao indicador de saúde de um grupo ou população, ou seja, as diferenças de mortalidade constatadas entre classes sociais ou grupos ocupacionais não são explicadas pelos mesmos fatores aos quais se atribuem as diferenças entre indivíduos, ou seja, se controlarmos os hábitos e comportamentos de diversos indivíduos as diferenças entre estes estratos sociais permaneceriam praticamente inalteradas.

Nesse sentido, compreende-se que os resultados dos indicadores de saúde de uma sociedade estão diretamente relacionados às formas de organização social e política, conforme destaca o atual e ampliado conceito de saúde, resultante da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aparece na análise das respostas, demonstrando que, embora não esteja ainda amplamente difundido, está gradativamente sendo compreendido pela sociedade.

Os fatores que compõem os Determinantes Sociais da Saúde foram mencionados por alguns respondentes, mas muitas vezes não sob a perspectiva do desenvolvimento de políticas sociais, conforme apresenta o exemplo a seguir que refere-se à uma das respostas que buscam descrever o conceito de saúde.

“São vários aspectos como *profissionais, saúde, lazer, família, etc.*” (resp. aluno 91)

No entanto, algumas respostas caracterizam os determinantes e condicionantes da saúde, conforme exemplo apresentado a seguir, onde a menção do termo “acesso” sugere o entendimento acerca da determinação da saúde resultante da forma de organização social e política que impede que as pessoas em geral possam

exercer seu direito à saúde, ao atendimento médico-hospitalar e à uma sadia qualidade de vida.

“Ter o corpo livre de enfermidades, *acesso à educação, lazer e cultura.*” (resp. aluno 17)

Trabalhar a saúde sob a perspectiva dos Determinantes Sociais - DSS, pressupõe, fundamentalmente, desenvolver ações intersetoriais, o que requer uma metodologia de formulação de políticas que têm a possibilidade de atuar sobre as iniquidades por meio de ações sobre os determinantes dos problemas de saúde, nos múltiplos setores onde eles se localizam (WESTPHAL e ZIGLIO, 1999).

Nesse sentido, conhecer e compreender os DSS torna-se fundamental aos profissionais em geral, principalmente para os da saúde, incluindo os profissionais de Educação Física que se propõem a trabalhar sob a perspectiva de um ampliado conceito de saúde.

Não obstante, FERNANDEZ (2012, P. 508-9) destaca a importância de se considerar os determinantes sociais da saúde no contexto de ação transformadora e de participação social da promoção da saúde, para que a teoria dos DSS não se transforme em apego às determinações e determinismos comuns às relações de poder.

Tema 6 “Saúde é Qualidade de Vida”

O tema qualidade de vida tem sido tratado sob os mais diferentes olhares da ciência, do senso comum, tanto sob o ponto de vista objetivo, quanto subjetivo, individual ou coletivamente (MINAYO et al., 2000).

Surgiu na pesquisa em muitas respostas como sinônimo de uma situação ideal de saúde, ou seja, como a manutenção de um “*status quo*” do que se considera uma boa condição de saúde. No entanto, deve ser usado sempre que necessário junto com o termo melhoria.

Para MINAYO et al. (2000) o tema qualidade de vida no âmbito da saúde, sob o ponto de vista de um ampliado conceito de saúde, reflete a compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, sendo sempre relativo aos contextos histórico, cultural e de expectativas de satisfação pessoal em relação ao grau de conforto e bem estar, a partir da classe social a que pertence e tem no conceito de promoção da saúde, seu foco mais relevante. No entanto, como destacam os autores, a qualidade de vida, quando observada apenas sob o foco restrito da situação de saúde, diz respeito à capacidade de viver sem doenças, superar dificuldades, estados e condições de morbidade.

Ainda que a saúde e a melhoria da qualidade de vida estejam intrinsecamente ligadas, essa ideia deve vir acompanhada de alguns indicadores para se tornar mais clara, já que esses mudam no entendimento de diferentes autores. O que permanece sempre, no entanto, é o consenso de que para que haja uma boa qualidade de vida é preciso que as necessidades básicas sejam atendidas.

Tais necessidades básicas devem ser garantidas por meio de Políticas Sociais que segundo HÖFLING (2001) são voltadas para a redistribuição dos benefícios sociais visando à diminuição das desigualdades, sendo suas principais áreas de intervenção: alimentação, saúde, educação, trabalho e emprego, saneamento e habitação, previdência social, transporte de massa, assistência social, organização agrária, cultura e desporto, direitos e cidadania.

Segundo MORETTI et al. (2009) qualidade de vida constitui uma construção social que se realiza dada uma base territorial, por meio da intersetorialidade e da participação social, pois abrange significados que integram várias dimensões de conhecimento, experiências, valores individuais e coletivos e construção de sujeitos de direitos. Nesse sentido, o termo contempla os aspectos relacionados às condições materiais necessárias à sobrevivência e à satisfação das necessidades

humanas básicas, como acesso à educação e saúde de qualidade, alimentação adequada, trabalho digno e rentável e habitação satisfatória. Ainda, são considerados valores como solidariedade, liberdade, inserção social e acesso à informação, políticas de desenvolvimento econômico social sustentável, preservação e proteção do ecossistema.

Na presente pesquisa, a definição de saúde como sinônimo de qualidade de vida esteve diretamente relacionada à adoção de um conceito restrito de saúde pelos entrevistados, como pode ser observado nas respostas a seguir:

“Saúde é estar saudável, fisicamente e mentalmente, ter *qualidade de vida*.” (resp. aluno 15)

“É o equilíbrio fisiológico e biológico do corpo com um todo, proporcionando uma *qualidade de vida*.” (resp. aluno 43)

“Funcionamento satisfatório do organismo, bem estar e *qualidade de vida*”. (resp. aluno 48)

Ao analisar o conteúdo das respostas observa-se, ainda, que a noção de qualidade de vida, quando mencionada como sinônimo de saúde, aparece também relacionada a mudanças de comportamento que dependem exclusivamente dos indivíduos. Apenas uma das respostas menciona a saúde como um direito social que quando garantido contribui para a melhoria das condições de vida, mas ainda sob o foco de um conceito de atenção à saúde voltada para assistência e prevenção, conforme demonstrado a seguir.

“Saúde é o direito de todo cidadão que oferece uma qualidade de vida e estrutura para o tratamento e prevenção de doenças”. (resp. aluno 18)

Nesse sentido, como se pode perceber, foi mais uma vez reforçada na temática da “qualidade de vida” a noção de saúde restrita ao funcionamento adequado dos sistemas biológicos, um conceito há décadas superado.

As afirmativas anteriores tornam-se ainda mais evidentes quando consideramos as opiniões dos estudantes, futuros profissionais de Educação Física, sobre o que vem a ser “promoção da saúde” e sobre as possibilidades de atuação do educador físico no campo da Promoção da Saúde, sendo que diversos respondentes mencionam a qualidade de vida como um objetivo a ser alcançado com a realização de atividades físicas e consideram essa dinâmica (exercício visando à qualidade de vida) uma atuação para promoção da saúde, conforme mostram as respostas a seguir.

Para alguns alunos, Promoção da Saúde é:

“Buscar saúde, buscar qualidade de vida, e tentar viver com menos stress do dia a dia, ou seja, viver ‘bem’.” (resp. aluno 63)

“Promover o bem estar, a qualidade de vida, e a procura por hábitos que melhorem a saúde.” (resp. aluno 76)

“Realizar atividades que melhore a qualidade de vida.” (resp. aluno 99)

Educadores físicos, na opinião de alguns estudantes, podem atuar para promover a saúde das seguintes maneiras:

“Ajudando na conscientização das pessoas a respeito de qualidade de vida, fazer exercícios, entre outros.” (resp. aluno 14)

“Promovendo aulas para a população. Fazendo projetos que ajudam a melhorar a qualidade de vida.” (resp. aluno 15)

“Com entidades públicas, dando acesso a todos, à um tipo de atividade para que haja uma qualidade de vida cada vez mais saudável.” (resp. aluno 45)

“Orientando e aplicando o seu conhecimento, para melhorar a qualidade de vida.” (resp. aluno 81)

“Promovendo a qualidade de vida, ressaltando a importância de uma boa alimentação conciliada à atividade física.” (resp. aluno 88)

“Na orientação de treinamentos adequados, promovendo a qualidade de vida através de atividade física.” (resp. aluno 89)

É necessário considerar que a prática de atividades físicas contribui para a melhoria da qualidade de vida por ser um dos determinantes e condicionantes da saúde, o que inclusive já foi incorporado ao artigo 3º da Lei Orgânica da Saúde por meio da Lei 12.864/2013 (BRASIL, 1990, 2013). No entanto, a atuação do profissional de Educação Física, assim como dos demais profissionais da saúde, para a promoção da saúde deve ser voltada à melhoria da qualidade de todos os determinantes e condicionantes da saúde, sendo a prática de atividades físicas uma estratégia da área da educação física para a melhoria do determinante “atividade física”, o que não o isenta da responsabilidade de trabalhar com o desenvolvimento dos demais determinantes.

Tema 7 “Saúde é o equilíbrio das funções corporais, *status* e *performance* do corpo”

Alguns respondentes definiram saúde a partir de conceitos próprios do campo da Fisiologia, no geral, relacionados à noção de equilíbrio das funções corporais, *status* e *performance do corpo*.

O conceito de homeostasia que aparece direta ou indiretamente em algumas respostas, conforme exemplos apresentados a seguir, diz respeito à manutenção de um ambiente interno “normal”, constante ou inalterado. O termo “estado estável” também é encontrado na literatura para indicar um ambiente fisiológico constante. Basicamente os termos homeostasia e estado estável se diferem na medida em que “estado estável” considera que um equilíbrio foi atingido entre demandas impostas sobre o organismo e suas respostas a essas demandas, enquanto o termo homeostasia refere-se a um ambiente interno constante em condições sem estresse, sem necessidade de respostas reguladoras de compensação (POWERS e HOWLEY, 2000 p. 14).

“... temos que sempre estar atentos às alimentações, exercícios físicos, riscos que nos comprometem para que possamos responder melhor a nossa fisiologia corporal e mental.” (resp. aluno 40)

“É o equilíbrio fisiológico e biológico do corpo com um todo, proporcionando uma qualidade de vida.” (resp. aluno 43)

“Estado homeostático físico e emocional.” (resp. aluno 94)

Os conceitos de durabilidade e *performance* do corpo quando utilizados para definir saúde reiteram a perspectiva de uma saúde que reflete a expressão do funcionamento de um corpo biológico a qual resulta das escolhas e comportamentos

individuais. A seguir, alguns exemplos de respostas que definem saúde com base em tais conceitos:

“Saúde, a meu ver, são atividades que realizamos com nosso corpo para podermos nos sentir melhor, trabalhando musculatura e etc., assim ‘*fazendo nosso corpo durar mais*’.” (resp. aluno 48)

“O corpo no melhor de sua *performance*.” (resp. aluno 54)

“*Funcionamento satisfatório do organismo*, bem estar e qualidade de vida.” (resp. aluno 78)

“Saúde é o estado em que a pessoa se sente na plenitude do potencial de todos os órgãos de seu corpo.” (resp. docente 2)

Fisiologicamente o desempenho do corpo está relacionado a fatores internos e externos ao corpo, no entanto, os fatores externos se resumem à interferência das características geográficas do meio ambiente, como a altitude, o clima e a umidade; aos fatores motivacionais que gerarão estímulo ao sistema nervoso central; aos hábitos alimentares que subsidiarão as fontes energéticas; e às experiências corporais que determinarão os níveis de força e habilidade (POWERS e HOWLEY, 2000 p. 362).

Tais perspectivas de saúde, restritas ao adequado funcionamento do corpo biológico, levam a uma redução no escopo das ações e possibilidades de intervenção dos futuros profissionais na melhoria das condições de saúde dos indivíduos e populações, como mostram os exemplos a seguir, que apresentam a visão de alguns estudantes de educação física sobre *as possibilidades de atuação do educador físico no campo da promoção da saúde*.

“Mantendo a saúde física para evitar futuras doenças causadas pelo sedentarismo.”
(resp. aluno 4)

“Na orientação de como ele deve cuidar do seu corpo de como é importante o exercício físico feito corretamente e isso pode prolongar sua disposição e saúde.”
(resp. aluno 65)

É importante considerar que o próprio campo da Fisiologia, quando em contato com o campo da Epidemiologia, já reconhece a importância dos fatores socioeconômicos dentro do grupo de fatores ambientais que somados aos fatores genéticos/biológicos e comportamentais, compõem as principais categorias de fatores de risco associados à saúde, no entanto, conforme evidenciado na obra de POWERS e HOWLEY (2000, p. 258), a responsabilidade pelos determinantes das condições de vida e saúde ainda aparece centrada no indivíduo.

Tema 8 “Promoção da Saúde é Comunicar, Incentivar, Divulgar e Realizar Campanhas”

Para alguns estudantes de Educação Física participantes da pesquisa, Promoção da Saúde significa divulgar, propagar, comunicar sobre saúde. Nota-se, nesse sentido, que o termo “promoção” foi interpretado como “ato ou efeito de promover” ou como “campanha de propaganda” conforme definições constantes do Dicionário da Língua Portuguesa (FERREIRA, 2006 p. 658).

A seguir, algumas das respostas que conotam tal interpretação.

“São palestras, avisos públicos, outdoors, comerciais de TV com o tema saúde incentivando a prática de esportes e exercício físico.” (resp. aluno 13)

“É a prevenção, a divulgação, a realização de prevenir, por exemplo a dengue, a febre A.” (resp. aluno 37)

“Acho que é um profissional mostrar para outras pessoas o quanto ter saúde é importante e de alguma forma mostrar a elas e convencê-las a se cuidar melhor.” (resp. aluno 47)

“Promover, passar o conhecimento para outras pessoas.” (resp. aluno 50)

“Ensinar e orientar, dar dicas de como se cuidar, como se exercitar, além de palestras.” (resp. aluno 82)

“É promover por vários meios a saúde para a população, mídia, eventos e etc.” (resp. aluno 93)

No entanto, sabe-se que apenas comunicar não leva à ação educativa, ou seja, campanhas de propaganda e ações informativas não cumprem com o objetivo de construir um conhecimento acerca de determinada questão. O processo de comunicação que instrumentaliza a ação educativa deve ser um processo de comunicação efetiva, ou seja, que produza significados a partir da informação transmitida pelo comunicador e da realidade de vida de cada indivíduo.

Como mostram os exemplos a seguir, a interpretação de “promoção” como “ato ou efeito de promover” e/ou “campanha de propaganda” também apareceu nas respostas de alunos e docentes quando questionados especificamente sobre as possibilidades de atuação e de ações que poderiam ser desenvolvidas por profissionais de Educação Física no campo da Promoção da Saúde.

Segundo as opiniões e percepções de alguns alunos e de alguns docentes, os profissionais de Educação Física podem atuar ou desenvolver ações para promover a saúde de indivíduos e grupos das seguintes maneiras:

“ (...) entregando panfletos com informativo, etc.” (resp. aluno 38)

“Atuar ativamente em campanhas que expliquem o perigo do sedentarismo em nossas vidas incentivando a população a praticar atividades físicas.” (resp. aluno 46)

“Exercendo suas atividades na rede social.” (resp. aluno 55)

“Dando palestra de conscientização sobre os benefícios que a atividade física proporciona para o corpo.” (resp. aluno 59)

“Pregando a ideia de saúde ao máximo possível de pessoas, ajudando na manutenção da saúde e prevenção e, claro, disseminar conhecimento.” (resp. aluno 73)

“Desenvolver e divulgar o esporte para todos”. (resp. aluno 75)

“Com ações e suas atividades específicas do dia-a-dia e com informações sobre qualidade de vida.” (resp. docente 4)

“Palestras informativas sobre higiene e saúde (...).” (resp. docente 1)

“Divulgação em todos os meios do seu alcance realçando os aspectos positivos da saúde.” (resp. docente 2)

Ações de comunicação e marketing em saúde fazem parte do escopo de ações do campo da Promoção da Saúde, no entanto, o campo não se resume a tais ações.

A comunicação ganha importante espaço dentro do campo da promoção da Saúde por conta de sua intrínseca relação com a ação educativa, sendo o processo de comunicação um importante instrumento para se atingir os objetivos do processo educativo. Como lembram PELICIONI et al. (2013), a ação educativa deve ser de comunicação se quiser atingir o ser humano, não como ser abstrato, mas como um ser concreto inserido em uma realidade histórica.

As mesmas autoras destacam a diferença entre um efetivo processo de comunicação e a simples transmissão de informações, afirmando que para mudar determinado estado de coisas ou influir no comportamento das pessoas não basta dar informações, é necessário garantir que a comunicação ocorra. As autoras destacam a importância de se desenvolver a responsabilidade social das pessoas que atuam nos meios de comunicação, potenciais indutores e formadores da opinião pública, e de atitudes e que podem atuar com a população nas ações de pressão junto ao governo para que esse, no exercício soberano do poder político, atue democraticamente a favor dos interesses e do bem comum.

É necessário no entanto, que a população exerça a sua cidadania e não se deixe cooptar pelos interesses capitalistas e burgueses da grande massa midiática que apóia e incentiva a lógica de mercantilização de importantes direitos sociais como a saúde e a educação que age na contramão dos interesses da maior parte da população.

Se comunicar significa estabelecer o entendimento, compartilhar ideias e/ou sentimentos, trocar informações entre a fonte emissora e o receptor, PELICIONI et al. (2013) acreditam que para que a aprendizagem ocorra, ou seja efetiva é preciso que a mensagem seja recebida, compreendida e incorporada ao universo de conceitos e comportamentos do indivíduo. Nesse sentido, a valorização da participação do destinatário da mensagem na interpretação do seu significado ocupa lugar central no processo de comunicação.

Assim, o processo de comunicação em saúde supera a proposta de divulgar e informar ao se estruturar sob uma proposta sócio-política que visa, a partir de uma dada informação, produzir um novo sentido existencial, isto é, uma nova perspectiva.

Sendo assim, a partir da informação é fundamental incentivar a reflexão do indivíduo sobre o seu comportamento para que o mesmo incorpore novas perspectivas e novas atitudes.

Somente compreendendo os fatos, refletindo sobre eles, e tomando decisões conscientes é que as pessoas mudarão os comportamentos esperados, farão exames preventivos,

tomarão remédios corretamente, deixarão de comer excessivamente, farão exercícios físicos, seguirão uma dieta adequada, procurarão ajuda psicológica ou psiquiátrica, buscarão atenção odontológica, manterão ambientes saudáveis. Isto é Promoção da Saúde! PELICIONI et al. (2013)

Não obstante a formação de atitudes individuais, as autoras destacam também a importância de se considerar os aspectos socioeconômicos e de vontade política que determinam as possibilidades de acesso aos serviços.

Tema 9 “Promoção da Saúde como sinônimo de realizar ações, projetos e atividades voltadas à saúde”

O termo Promoção da Saúde também foi interpretado no sentido de realização, conforme definição do Dicionário da Língua Portuguesa (FERREIRA, 2006 p. 658), bem como sinônimo de “causar” e “originar”, em especial, projetos e atividades voltadas à saúde, mais especificamente para o grupo pesquisado, relacionados à prática de atividades físicas.

As respostas apresentadas a seguir, exemplificam tal conotação ao tentarem definir o que é Promoção da Saúde.

“...é *elaborar e criar projetos* que promovam a saúde, e fazer com que o ser humano queira ser saudável.” (resp. aluno 11)

“É incentivar o próximo a cuidar melhor da sua saúde *promovendo caminhadas, aulas de educação alimentar.*” (resp. aluno 20)

“... é o *ato de fazer* alguém ou algo para a saúde ex. incentivar alguém a sair do sedentarismo, *dar uma aula de ginástica e etc.*” (resp. aluno 48)

“*Desenvolver trabalho* para a melhoria da saúde de todos.” (resp. aluno 98)

“É utilização de estratégias, ações, planos e programas de Saúde Pública com ações políticas para evitar que a população se exponha a doença ou ainda minimizar riscos potenciais.” (resp. docente 1)

“Ações que beneficiam o bem estar da população.” (resp. docente 4)

Como demonstram os próximos exemplos de respostas, esse entendimento de Promoção da Saúde como sinônimo de “causar” e “originar”, em especial, projetos e atividades voltadas à saúde, foi mencionado por diversos alunos quando questionados sobre as possibilidades de atuação e de ações que podem ser desenvolvidas por profissionais de Educação Física para a promoção da saúde de indivíduos e grupos.

“Eventos esportivos, trabalhos voluntários e incentivar a população.” (resp. aluno 5)

“Elaborar projetos que atraiam as pessoas e mostrar como é importante para elas cuidar da saúde e do bem estar.” (resp. aluno 44)

“Campanhas, corridas, eventos esportivos. São tantas as possibilidades...” (resp. aluno 73)

“Projetos em áreas onde o esporte ainda não é bem desenvolvido.” (resp. aluno 75)

“Organizar eventos nos quais o intuito principal seja despertar algum tipo hábito saudável, e para conscientizar.” (resp. aluno 76)

“Aulas em grupos, palestras, projetos sociais.” (resp. aluno 98)

É muito comum que as ações em Promoção da Saúde contemplem a realização de atividades físicas, já reconhecidas como importantes determinantes da saúde, no

entanto, é preciso ter bem claro que trata-se de apenas um dos determinantes que devem ser considerados.

As atividades relacionadas à prática de atividades físicas, mencionadas por diversos respondentes, recentemente têm conquistado importantes espaços dentro do campo da Saúde Pública. A inclusão do eixo “Práticas Corporais e Atividades Físicas” na Política Nacional de Promoção da Saúde já resultou do reconhecimento da importância das práticas de atividades físicas no enfrentamento das doenças do aparelho circulatório (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Mais recentemente foi publicada a Lei 12.864/2013 que altera o artigo 3º da Lei Orgânica da Saúde (Lei do SUS) e inclui a Atividade Física como um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL, 1990, 2013). A inclusão do tema trouxe para o Sistema Único de Saúde – SUS a responsabilidade de gerir ações de vigilância epidemiológica relacionadas à prática de atividades físicas, bem como o incentivo ao financiamento para a área na implementação das Políticas Públicas de Saúde.

Sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS é necessário considerar que a mesma, embora tenha como referências principais as Cartas das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde e o Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, as quais sugerem uma proposta de Promoção da Saúde sob a perspectiva social e inclusiva, em alguns momentos, como é o caso do eixo “Práticas Corporais e Atividades Físicas” se desenvolve a partir de um conceito de promoção da saúde que visa prioritariamente à adoção de estilos de vida saudáveis dentro de uma lógica preventivista, onde a Promoção da Saúde propõe iniciativas isoladas, se aproximando da teoria de LEAVELL e CLARK (1965) na qual representa apenas um dos estágios do chamado “primeiro nível de prevenção”.

Conforme destacam SILVA et al. (2012 p. 19-20) espera-se que a Política Nacional de Promoção da Saúde, atualmente em processo de revisão, passe a considerar em todo o seu escopo os determinantes e condicionantes da saúde, resultantes das condições de vida e do ambiente, pois a versão atual, em grande parte, está voltada ainda para a prescrição em relação ao controle de riscos

comportamentais (como o uso do tabaco, drogas lícitas e ilícitas, alimentação e estímulo à atividade física) e melhoria do estilo de vida, colocando em segundo plano os demais determinantes e condicionantes igualmente importantes para a promoção da saúde integral.

Desenvolver Práticas Corporais e Atividades Físicas a partir de componentes culturais, históricos, políticos, econômicos e sociais do contexto onde o profissional de saúde atuará como ator social torna-se fundamental e é destacada pelas Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009) o que reforça ao profissional de Educação Física, potencial integrante do NASF, a relevância de se desenvolver para o que SILVA et al. (2012, p. 19-20) chamam de uma “nova cultura da saúde”.

Tema 10 “Promoção da Saúde vista como sinônimo de prevenção de doenças e agravos”

É a partir da lógica comentada anteriormente que o termo “prevenção” ainda ocupa um importante espaço no campo da Promoção da Saúde.

Para muitos alunos e alguns docentes do curso de Educação Física, Promoção da Saúde refere-se diretamente a ações de prevenção, como mostram os exemplos de respostas a seguir, que objetivaram expor os seus conceitos de Promoção da Saúde.

“Orientar a população a utilizar a higiene pessoal no ambiente de trabalho e residência. Pequenos atos podem *evitar doenças*.” (resp. aluno 4)

“É a *prevenção*, a divulgação, a realização de *prevenir*, por exemplo, a dengue, a febre A.” (resp. aluno 37)

“(...) o profissional de Educação Física pode atuar *prevenindo* em certas lesões na saúde da população.” (resp. aluno 49)

“Realizar medidas *preventivas* para promover a saúde ex. mutirão com técnicos de enfermagem ou/e enfermeiros para aferir a pressão arterial, medir a glicose, circunferência abdominal, peso entre outras.” (resp. aluno 64)

“Trabalho *preventivo* com incentivo a atividades físicas, e boa alimentação com disciplina.” (resp. aluno 77)

“Alguma ação contra uma doença ou como evitá-la.” (resp. aluno 84)

“(...) trabalhos onde visam o bem estar das pessoas, onde podem ser trabalhadas como atividade de interação entre as pessoas e profissionais da saúde, como médicos, nutricionistas, educadores físicos, psicólogos, esclarecendo dúvidas do como melhorar seu dia-a-dia, *prevenção* e tratamentos.” (resp. aluno 90)

“Ações sobretudo preventivas (...).” (resp. docente 3)

“É o serviço prestado na atenção primária da saúde, uma ação *preventiva*” (resp. docente 5)

“É a *prevenção*, o conhecimento do seu organismo e fazê-lo funcionar de forma a melhorar cada vez mais a saúde” (resp. docente 6)

Os conceitos de prevenção e promoção da saúde tiveram grande divulgação a partir do desenvolvimento do modelo da *História Natural da Doença*, proposto por LEAVELL e CLARK (1965).

De acordo com esses autores a *História Natural da Doença* é um:

“Conjunto de processos interativos compreendendo as inter-relações do agente, do suscetível e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio

ambiente, ou que em qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte.” (LEAVELL e CLARK, 1976, p. 17)

Os autores propõem ações para interferir nesses processos, as quais estariam dispostas em três níveis, conhecidos como os três níveis de prevenção, sendo: “prevenção primária”, “prevenção secundária” e “prevenção terciária.

O nível de prevenção primária contempla, segundo os mesmos, as ações de promoção da saúde e proteção específica, enquanto o nível de prevenção secundária contempla as ações de diagnóstico/ tratamento precoce e limitação da invalidez, e o terceiro e último nível, as ações de reabilitação.

As ações de promoção da saúde, integrantes do primeiro nível de prevenção do modelo de Leavell e Clark não se dirigem à determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais (CZERESNIA e FREITAS, 2009).

Segundo BUSS (2009) ficam reservadas ao nível de prevenção primária as medidas destinadas a desenvolver uma saúde geral ótima pela proteção específica do homem contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente, com enfoque centrado no indivíduo, com uma projeção para a família ou grupos, dentro de certos limites.

Todavia, conforme destacado por CZERESNIA e FREITAS (2009), verificou-se que a extensão dos conceitos de Leavell e Clark é inapropriada para o caso das doenças crônicas não-transmissíveis, quando da segunda revolução epidemiológica, que diz respeito ao movimento de prevenção das doenças crônicas, a promoção da saúde passou a associar-se a medidas preventivas sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida, e não mais voltadas exclusivamente para indivíduos e famílias.

Conceitualmente, “prevenir” refere-se à “preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize”. A prevenção em saúde exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da História Natural das Doenças a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença. Ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações (CZERESNIA, 2009, p. 45).

Promover diz respeito a “dar impulso a; fomentar; originar; gerar”, mais amplo que prevenir, promover refere-se a medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais. As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial (CZERESNIA, 2009, p. 45).

Essa nova visão de promoção da saúde integral, portanto é muito mais ampla e completa que a proposta por Leavell e Clark.

No entanto, é muito comum que profissionais da saúde utilizem propostas preventivistas quando o que se espera ou necessita é de uma proposta de promoção da saúde. Os exemplos a seguir mostram como é comum o emprego do conceito de prevenção quando se questiona, por exemplo, futuros profissionais (alunos) de Educação Física sobre as possibilidades de atuação e ações que podem desenvolver no campo da Promoção da Saúde.

“Através de exercícios de força, resistência podem evitar doenças como obesidade, osteoporose, doenças cardiovasculares, etc.” (resp. aluno 4)

“O profissional tem extrema importância na área da saúde em termos de *prevenção* e desenvolvimento de atividades físicas que previnem várias doenças; Os profissionais de Educação Física podem desenvolver trabalho de prevenção, promovendo eventos desportivos e atividades diárias com estímulo e informação à população.” (resp. aluno 18)

“A *prevenção*.” (resp. aluno 31)

“Orientando, passando um pouco do nosso conhecimento, mostrando para eles que a prática de atividade física junto com uma boa alimentação, *previne* várias doenças.” (resp. aluno 36)

“Informando sobre a importância de atitudes que *previnam* fatores que gerem a perda da saúde, incentivando a prática de hábitos saudáveis como, por exemplo, a prática de atividades físicas, lazer e esporte.” (resp. aluno 43)

“Na minha opinião, o profissional de Educação Física pode atuar *prevenindo* em certas lesões na saúde da população; Podem ser desenvolvidas <ações> na *prevenção* de saúde como algumas doenças como diabetes, pressão alta e outros.” (resp. aluno 49)

“Incentivar a prática de atividades físicas regulares, ressaltando os benefícios da mesma e quão importante é para *prevenção* de diversos problemas.” (resp. aluno 64)

“Muitas, desde orientações até mesmo sondagens e indicações para especialistas (em casos de patologias), trabalhando com prevenções em geral, relacionando ao corpo e bem estar.” (resp. aluno 82)

“O profissional de Educação é o *promotor* de saúde trabalhando com o corpo de forma a prevenir doenças recorrentes ao estilo de vida que está sendo levado e juntamente com a alimentação de má qualidade.” (resp. aluno 86)

Ainda, um dos docentes participantes da pesquisa ao explicar porque acha importante a inclusão de conteúdos de promoção da saúde no curso de Educação Física, apresenta a seguinte justificativa:

“Estar mais próximo de todo o trabalho relacionado à *profilaxia*.” (resp. docente 06)

Conforme já foi dito, evidencia-se nas falas dos alunos uma correlação direta entre visões e propostas preventivas e ações de promoção da saúde.

No Quadro 3 a seguir, BUSS (2009) apresenta uma analogia entre as perspectivas preventivista e da promoção da saúde, a fim de tornar mais claras as suas diferenças, conforme ideias anteriormente descritas.

Quadro 3 – Perspectivas de Promoção e Prevenção da Saúde

Categorias	Promoção da saúde	Prevenção de doenças
Modelo de intervenção	Participativo	Médico
Alvo	Toda a população, no seu ambiente total	Principalmente os grupos de alto risco da população
Incumbência	Rede de temas da saúde	Patologia específica
Estratégias	Diversas complementares e	Geralmente única
Abordagens	Facilitação e capacitação	Direcionadoras persuasivas e
Direcionamento das medidas	Oferecido à população	Impostas a grupos-alvo
Objetivos dos programas	Mudanças na situação dos indivíduos e de seu ambiente	Focam em indivíduos e grupos de pessoas
Executores dos programas	Organizações não-profissionais, movimentos sociais, governos locais, municipais, etc.	Profissionais de saúde

Fonte: Adaptado de BUSS (2009)

Para CZERESNIA (2009, p.39-48) a ideia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Indo além de uma aplicação técnica e normativa, considera que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para o seu controle, trata-se do *fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha*, pois um dos eixos básicos do discurso da promoção de saúde é fortalecer a idéia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais. No entanto, a perspectiva conservadora da promoção de saúde tem reforçado a tendência de diminuição das responsabilidades do Estado, delegando, progressivamente, aos sujeitos, a tarefa de tomar conta de si mesmos, já as perspectivas progressistas ressaltam a elaboração de políticas públicas intersetoriais, voltadas à obtenção da melhoria da qualidade de vida das populações.

Ainda que impliquem em diferentes abordagens, a lógica dos níveis de prevenção ainda se faz presente atualmente na saúde, ao constituir-se como referência para muitos cursos de formação, produções técnicas e até mesmo políticas públicas, programas e estratégias de saúde. Sendo assim, são relevantes os esforços acadêmicos no sentido de demonstrar as principais diferenças entre as perspectivas conservadoras de promoção da saúde, voltadas à lógica preventivista desenvolvida a partir da história natural das doenças e a nova perspectiva da promoção saúde vista a partir de um conceito positivo de saúde, a qual tem impulsionado o desenvolvimento do campo da Saúde Pública/ Coletiva, por meio do reconhecimento da ampliação do escopo dos determinantes e condicionantes da saúde e conseqüentemente das possibilidades de ação e intervenção eficazes.

Tema 11 “Competências em Promoção da Saúde no curso de Educação Física”

Considerada uma palavra do senso comum empregada na designação de uma pessoa qualificada para realizar algo, o termo competência, quando utilizado de forma antônima, além de afirmar a incapacidade de se realizar algo, carrega subjetivamente um sentido pejorativo e depreciativo (FLEURY e FLEURY, 2001).

O tema Competência para Promoção da Saúde surgiu como uma das temáticas a serem discutidas na presente pesquisa através do questionamento dos motivos pelos quais os estudantes de Educação Física consideram-se ou não capacitados para atuar no campo da Promoção da Saúde (refere-se à questão 16 do questionário), uma vez que diversos autores associam a noção de competência ao conjunto de habilidades, conhecimentos, atitudes (FREITAS e BRANDÃO, 2005) ou ao resultado de **um conjunto de capacidades referidas aos conhecimentos**, às habilidades e às atitudes que conferem ao profissional condições para desenvolver o seu trabalho (SAUPE et al., 2006).

A noção de capacitação para os estudantes de Educação Física, em geral, está relacionada aos conhecimentos resultantes (ou que resultarão) do processo de

construção da aprendizagem no curso de Educação Superior ou às experiências pessoais ou profissionais vividas relacionadas à prática de esportes e atividades físicas, como pode ser observado nos exemplos a seguir.

Os entrevistados não consideravam-se ainda capacitados para atuar no campo da Promoção da Saúde, porque:

“Devido a todo caminho que ainda tenho a percorrer e aprender no curso”. (resp. aluno 4)

“Talvez quando completar meu curso e esteja com o preparo para ajudar nessa causa”. (resp. aluno 18)

“Ainda estou aprendendo, na fase inicial do curso, preciso de mais experiência e ao mesmo tempo mais prática”. (resp. aluno 29)

“...ainda estou em fase de aprendizagem, pois tenho que adquirir mais conhecimentos específicos para atuar na área”. (resp. aluno 40)

“...me interesse por assuntos relacionados à saúde e por ter escolhido a área da Educação Física acho que tem tudo a ver. Se bem que preciso de mais conhecimento para passar isso para frente...” (resp. aluno 45)

“Preciso de mais conhecimento em algumas áreas do esporte”. (resp. aluno 76)

Tais respostas refletem às noções e conceitos de saúde e de promoção da saúde que os estudantes de Educação Física construíram ao longo da vida e do curso de Educação Física. Tais noções e conceitos já foram analisados e discutidos nos itens anteriores da presente pesquisa.

DEMPSEY et al., (2010) considera “competência em promoção da saúde” uma combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes, a qual possibilita que um indivíduo desempenhe tarefas de acordo com um padrão.

Nesse sentido, para atuar no campo da Promoção da Saúde se faz necessário desenvolver um conjunto mínimo de competências essenciais que constitui um padrão para o desenvolvimento profissional de promotores da saúde, as “competências centrais”, também conhecidas na literatura internacional como “*core competencies*”, segundo (DEMPSEY et al., 2010; 2012).

Conforme já apresentado, segundo CHIESA et al. (2007), competências precisam ser desenvolvidas pelos profissionais de saúde, para que se constituam como sujeitos comprometidos com a busca de equidade do cuidado, do acesso e da cidadania.

No entanto, é necessário ter claro que para desenvolver competências em promoção da saúde a partir da formação profissional na Educação Superior, é necessário, primeiramente, ter clareza do que constitui o campo da promoção da saúde, processo que se inicia com a construção do conhecimento acerca do que se entende por saúde.

Tendo claros os conceitos modernos de saúde e promoção da saúde, torna-se viável a discussão e posterior construção de competências para a promoção da saúde no processo de formação profissional, por meio das estratégias de construção da aprendizagem empregadas durante os diversos componentes curriculares do curso superior (disciplinas, estágios, monografia e atividades complementares).

TUSSET (2012) considera importante o desenvolvimento de um conjunto de competências no norteamiento da formação acadêmica de potenciais promotores da saúde, que além de servirem como um ponto de referência também contribuirão para:

- . estabelecer padrões profissionais e criar mecanismos que assegurem a qualidade de trabalho;
- . recrutar trabalhadores;

- . identificar a necessidade de treinamento e estruturar programas de preparação e treinamento profissional;
- . elaborar as diretrizes de acreditação;
- . orientar a elaboração de instrumentos de avaliação;
- . aumentar o entendimento sobre os conhecimentos e habilidades requeridas pelos promotores de saúde no planejamento, na implementação e na avaliação de programas e avaliar a qualidade do trabalho.

A definição do conjunto de competências essenciais para promotores de saúde tem sido um desafio internacional no campo da saúde. Tal desafio torna-se ainda mais complexo por tratar-se de um campo que ainda não possui uma identidade na dinâmica dos serviços de saúde e de todos os outros setores do desenvolvimento social nos quais a promoção da saúde constitui uma importante estratégia para o enfrentamento das iniquidades e promoção da inclusão social por meio de seus campos de ação.

Em relação ao panorama internacional, DEMPSEY et al. (2012) reconhece que embora os objetivos da Promoção da Saúde estejam claramente definidos nas estratégias da União Européia, não existe atualmente um consenso sobre as competências, padrões ou sistemas de acreditação que garantam a qualidade no alcance de tais objetivos.

Diante desse panorama, foi desenvolvido o Projeto CompHP, conforme apresentado na introdução, com a intenção de definir padrões de competência e uma metodologia de acreditação para a implementação da Promoção da Saúde bem como para constituírem referência aos processos educacionais formais ou de treinamento profissional (capacitação, aperfeiçoamento) na definição do perfil de competências a serem construídas (DEMPSEY et al., 2012).

Conforme já referido, as competências essenciais propostas pelo projeto CompHP (anexo 2) são agrupadas em 9 domínios, os quais: (1) Favorecimento de mudanças, (2) Advocacia em saúde, (3) Parceria, (4) Comunicação, (5) Liderança, (6) Diagnóstico, (7) Planejamento, (8) Implementação e (9) Avaliação e Pesquisa (DEMPSEY et al., 2012).

Quanto à atuação do profissional de Educação Física como agente promotor da saúde, destaca-se o domínio que propõe o “favorecimento de mudanças”. O domínio que tem como pressuposto possibilitar que indivíduos, grupos, comunidades ou organizações adquiram capacidade para ação em Promoção da Saúde propõe o desenvolvimento de cinco competências:

- colaboração intersetorial no desenvolvimento e implementação de políticas públicas;
- propostas de Promoção da Saúde que visem o empoderamento, a participação e a equidade;
- desenvolvimento comunitário;
- incentivo ao desenvolvimento de habilidades pessoais, e
- colaboração com os atores sociais (pessoas-chave) na reorientação dos serviços de saúde (DEMPSEY et al., 2012).

O alcance do objetivo de melhorar a saúde coletiva e reduzir as iniquidades em saúde por meio de estratégias de promoção da saúde requer ações permanentes que viabilizem a aquisição e o desenvolvimento de habilidades e capacidades de promotores de saúde.

Em especial na área da Educação Física, conforme já discutido ao longo da presente pesquisa, existe o conceito difundido de Promoção da Saúde enquanto processo de viabilização ou incentivo à mudança de comportamentos individuais.

Para a construção de competências em Promoção da Saúde, é necessário, primeiramente, compreender a promoção da saúde dentro da perspectiva da saúde coletiva, como uma estratégia para se alcançar o empoderamento individual ou coletivo, por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais que capacitem para a tomada de melhores decisões acerca da saúde e dos demais direitos sociais. Nesse sentido, as mudanças de comportamento que propiciaram melhoras nos determinantes e condicionantes da saúde resultarão de um processo de construção de uma consciência crítica que gera uma mudança de atitude.

Ao profissional da saúde cabe proporcionar condições para que esse processo ocorra, sendo por meio de processo de comunicação ativa que viabilize a construção do conhecimento de forma crítica e reflexiva, seja por meio da criação de ambientes favoráveis à saúde.

Portanto, a formação de competências para promoção da saúde na educação superior deve estar baseada em referenciais que considerem a complexidade para o desenvolvimento político, teórico e prático da Promoção da Saúde, bem como as necessidades de reorientação dos serviços de saúde, o que torna o Projeto CompHP altamente relevante, ou seja, uma importante referência para a construção do referencial teórico e dos planos das disciplinas curriculares dos Cursos de Graduação que abordaram a temática da promoção da saúde, sob a perspectiva da saúde coletiva.

Cabe ainda discutir as formas de viabilizar o conteúdo de Promoção da Saúde nos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Educação Física.

Para alguns dos docentes participantes da pesquisa isso pode ocorrer por meio da criação de disciplinas específicas, para outros a melhor opção parece ser a inclusão dos conteúdos de promoção da saúde nos planos das disciplinas correlatas, conforme mostram as respostas a seguir:

“Através da inserção de conteúdo específico na maioria das disciplinas do curso”.
(resp. docente 2)

“Colocando matérias ligadas à essa área”. (resp. docente 3)

“Inserindo na grade curricular disciplinas que atendam a esta nova demanda para o profissional de Educação Física”. (resp. docente 5)

“Através das disciplinas relacionadas à anatomia, patologia”. (resp. docente 6)

Nota-se no último exemplo de resposta a correlação da promoção da saúde com as áreas da anatomia e patologia, evidenciando a perspectiva biomédica da saúde, ainda muito difundida na área da Educação Física.

Para FERNANDEZ (2012, p. 506), a promoção da saúde com viéses biomédico e comportamentalista - conforme categorização realizada por WESTPHAL (2006) - pode se desenvolver tendo como referência as evidências obtidas por esse tipo de conhecimento científico. No entanto, “a objetividade presente e propalada por abordagens dessa natureza apóia-se nas evidências construídas a partir dos estudos do corpo vivo, mas ao custo de ignorar a experiência ou a dimensão do corpo vivido”.

Quanto à discussão sobre a melhor maneira de viabilizar o conteúdo da promoção da saúde no Projeto Pedagógico de Educação Física, no caso utilizado como exemplo para esta pesquisa, se faz necessário em paralelo propor a viabilização de conteúdos voltados à área da Saúde Pública/ Saúde Coletiva, considerando as diversas possibilidades de atuação do educador físico nesta área, conforme será discutido pelo próximo tema.

Se viabilizados o conteúdo de Saúde Pública/ Saúde Coletiva como um componente curricular específico, do tipo disciplina, esta pode contemplar os conteúdos de promoção da saúde. No entanto, o conteúdo sobre promoção da saúde pode ser viabilizado por meio de qualquer disciplina ou componente curricular que proponha a problematização acerca dos direitos sociais e políticas públicas que visem à Inclusão Social.

É necessário considerar que a criação de componentes curriculares específicos aos conteúdos do campo da Promoção da Saúde o fortalece no desafio de tornar-se um campo de aplicabilidade prática e não apenas teórica.

Tema 12 “Saúde Pública como campo de trabalho para o profissional de Educação Física”

Segundo SCABAR et al. (2012), dentre as ações específicas priorizadas pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), criada em 2006, inclui-se a prática corporal e a atividade física (PCAF) nas ações na rede básica de saúde e na comunidade, fundamentando a inserção do profissional da educação física no Serviço de Atenção Básica ao compor as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

As autoras destacam que, no NASF, cada profissional deve comprometer-se com o trabalho por meio da sua especialidade e todos devem se comprometer com as propostas de promoção da saúde integral uma vez que, conforme já discutido, é insuficiente pensar o indivíduo de forma fragmentada, por áreas de estudo no campo da saúde ou mesmo considerar que sua saúde está restrita ao adequado funcionamento dos sistemas fisiológicos.

Mais recentemente, conforme já mencionado, a Lei 12.864/2013 que altera o artigo 3º da Lei Orgânica da Saúde (Lei do SUS) incluiu a Atividade Física como um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, o que amplia ainda mais as possibilidades de atuação do educador físico no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990, 2013).

Alguns docentes do curso de Educação Física já reconhecem o SUS como campo de atuação profissional para os futuros egressos, o que foi observado em algumas respostas que objetivavam descrever a importância da inclusão de conteúdos de promoção da saúde no curso.

“Tem educador físico no PSF(*) , por exemplo”. (resp. docente 3)

(*) Programa Saúde da Família, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF)

“Devido às possibilidades de atuação do profissional de Educação Física (...) na Saúde Coletiva”. (resp. docente 5)

Com uma proposta de atuação e/ou intervenção voltada à melhoria da qualidade de todos os determinantes e condicionantes da saúde, o profissional de Educação Física está inserido também em outros programas do SUS, em especial no nível de atenção básica, como no programa de saúde mental, implementado por meio dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, regulamentados pela Portaria Ministerial GM 336 de 2002, que compõe a rede de atenção de saúde mental substitutiva ao modelo asilar e manicomial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

O CAPS é um serviço territorial e público que oferece cuidados em saúde mental para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, e transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas. Compreende acompanhamento psicossocial interdisciplinar e a (re)inserção social pelo acesso ao trabalho, escola, lazer, cultura, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, e é caracterizado por um cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

O CAPS compõe uma rede de cuidados e inclusão social, articulando outros equipamentos da saúde, de outras secretarias e recursos comunitários existentes no território. Os CAPS segundo suas características podem ser: CAPS I, CAPS II ou CAPS III, de acordo com o tamanho da população atendida e composição da equipe.

O CAPS III tem funcionamento 24h, o CAPS infantil é destinado a crianças e adolescentes com graves comprometimentos psíquicos e/ou de conduta, o CAPS saúde mental adulto é destinado aos adultos com transtornos mentais graves e persistentes, e o CAPS Álcool e Drogas destinado a pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

Educadores Físicos estão aptos a trabalhar em todas as modalidades de CAPS e desempenharão o papel de agentes promotores da saúde dentro da perspectiva

social e inclusiva amplamente discutida pelo presente trabalho, contribuindo para o empoderamento dos indivíduos e grupos, trabalhando o desenvolvimento de habilidades pessoais, por meio de estratégias de Promoção da Saúde, focando na emancipação e libertação dos mesmos em relação à situação de exclusão social na qual se encontram. Nessa perspectiva, utiliza-se das práticas corporais e atividades físicas como importantes instrumentos de trabalho, mas não os únicos, para o estabelecimento de vínculos por meio, principalmente, da valorização da cultura popular.

Tal proposta de atuação corrobora com SCABAR et al. (2012) que evidenciam a importância do profissional de Educação Física favorecer em seu trabalho a abordagem da diversidade das manifestações da cultura corporal presente localmente bem como das difundidas nacionalmente, procurando fugir do aprisionamento tecnicopedagógico dos conteúdos clássicos da Educação Física, pois os resultados da adesão da comunidade corresponderão ao nível de adequação das propostas aos costumes e contexto locais.

Ainda sob a mesma perspectiva é criado em 2011, pela Portaria nº 719/2011, e atualmente regulamentado pela Portaria nº 2.681 de 07 de novembro de 2013, o Programa Academia da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a, 2013b). Trata-se de mais uma possibilidade de atuação para os profissionais de Educação Física no âmbito da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Programa Academia da Saúde visa contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de espaços públicos construídos com infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados para o desenvolvimento de práticas corporais, orientação de atividade física, promoção de ações de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar, bem como outras temáticas que envolvam a realidade local; além de práticas artísticas e culturais (teatro, música, pintura e artesanato), seguindo os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde.

Os pólos da Academia da Saúde integram a Atenção Básica, compondo mais um ponto de atenção à saúde, e suas atividades são vinculadas a um Núcleo de

Apoio à Saúde da Família (NASF) ou a uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Atuando dentro das diretrizes das Políticas Nacionais de Promoção da Saúde e de Atenção Básica o programa busca, localmente, construir políticas e espaços de promoção da saúde, reconhecendo o território e a comunidade como atores fundamentais na articulação e reconhecimento dos determinantes sociais da saúde a partir da realidade local (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).

Dentre os objetivos específicos do Programa Academia da Saúde estão:

- . Fortalecer a promoção da saúde como estratégia de produção de saúde;
- . Promover a convergência de projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer;
- . Ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis;
- . Potencializar as manifestações culturais locais e o conhecimento popular na construção de alternativas individuais e coletivas que favoreçam a promoção da saúde;
- . Contribuir para ampliação e valorização da utilização dos espaços públicos de lazer, como proposta de inclusão social, enfrentamento das violências e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).

O Programa Academia da Saúde, ao propor que a saúde seja trabalhada a partir de componentes sociais, é uma importante estratégia de promoção da saúde onde o profissional de Educação Física devidamente preparado contribuirá por meio da sua especialidade profissional, no entanto, sempre com um enfoque social emancipatório e inclusivo.

A inclusão do profissional de Educação Física no SUS tem ocorrido de forma progressiva, culminando com o seu recente reconhecimento como profissional da saúde, conforme Portaria nº 256, de 11 de março de 2013, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde que dispõe sobre novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

(SCNES). Em seu artigo 6º incluiu na Tabela de Classificação Brasileira de Ocupações - CBO utilizada no SCNES, a CBO provisória 2241-E1 – PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a). Trata-se de importante conquista para a Profissão da Educação Física, que oficialmente foi reconhecida na Classificação Brasileira de Ocupações como área da saúde.

Ainda, o parágrafo único do artigo 6º da Portaria 256/2013 esclarece que todos os profissionais de Educação Física (bacharéis/graduação plena e/ou licenciado) são profissionais da área de saúde, mas apenas os profissionais bacharéis/graduação plena poderão atuar nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

Seja qual for o programa, conforme destacam SCABAR et al. (2012), do profissional de educação física inserido no SUS e participe do processo de implementação e concretização da Política Nacional de Promoção da Saúde se requer um perfil profissional que implique na adoção de posturas condizentes ao conceito de promoção da saúde, com base em um enfoque social e inclusivo.

Torna-se, portanto, fundamental que os egressos dos cursos de Educação Física estejam devidamente capacitados para essa atuação, o que reforça a indicação de inclusão do conteúdo de Promoção da Saúde nos projetos Pedagógicos dos Cursos de Educação Física, seja como parte do conteúdo de disciplinas correlatas, seja como uma disciplina específica, conforme discutido no presente trabalho.

6 CONCLUSÕES

Verificou-se que o perfil profissional que se pretende formar nos alunos egressos do curso de Educação Física propõe uma atuação que contempla características de um promotor da saúde, em termos de contribuição para a formação de cidadãos conscientes e autônomos, com evidência para o empoderamento, importante campo de ação e principal objetivo da Promoção da Saúde, conforme previsto pela Carta de Ottawa.

Nesse sentido, as competências e habilidades apresentadas pelo Projeto Pedagógico do Curso, tanto na modalidade Licenciatura como Graduação Plena preconizam viabilizar a formação de profissionais capacitados para atuar na educação e na saúde visando o desenvolvimento do potencial de participação cidadã dos indivíduos, o que se torna possível por meio de um processo de empoderamento e inclui conceitos de autonomia e de emancipação.

No entanto, por meio da análise da Matriz Curricular do curso de Educação Física constatou-se que o curso não propõe componentes curriculares que abordem explicitamente o campo da Promoção da Saúde e possam viabilizar a construção do perfil profissional pretendido, no que diz respeito à construção de competências e habilidades para a promoção da saúde.

Ao analisar o conteúdo das disciplinas curriculares também não foi constatado conteúdo que aborde o campo da Promoção da Saúde de acordo com a perspectiva proposta pelas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde e Organização Mundial da Saúde, tampouco foram identificados elementos que façam parte das competências fundamentais para a promoção da saúde, segundo proposta do CompHP.

Sendo assim, não foi identificado referencial teórico de Promoção da Saúde utilizado no Projeto Pedagógico do curso de Educação Física estudado que possibilite a obtenção do perfil preconizado na formação de Promotores da Saúde.

Mesmo não havendo componentes curriculares específicos ou que proponham como parte do seu conteúdo a temática da Promoção da Saúde, muitos alunos afirmaram ter cursado disciplinas e/ou estágios que abordavam o tema, associando-o às mais diversas disciplinas do curso, em especial às relacionadas às práticas esportivas individuais e coletivas, e às da área da saúde que dão suporte às práticas físicas e esportivas. Foram poucos os casos em que a temática da Promoção da Saúde foi associada a disciplinas relacionadas às Ciências Sociais.

Observa-se que os estudantes e docentes de Educação Física associaram com destacada frequência o campo da Promoção da Saúde às práticas físicas e esportivas, em detrimento às questões sociais e culturais, o que revela que os conceitos de Promoção da Saúde que ambos os grupos possuem, no geral, voltam-se apenas para visões restritas de saúde e para o ideal da mudança de comportamento individual.

Finalmente, verificou-se que as percepções, opiniões e os conhecimentos dos alunos e docentes relativos ao campo da promoção da saúde não condizem atualmente com o referencial teórico proposto nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde realizadas até hoje, e tampouco atendem às competências fundamentais para a promoção da saúde, segundo proposta do Projeto CompHP.

7 RECOMENDAÇÕES

a) Às Instituições de Educação Superior/ Cursos de Educação Física:

Incluir componentes curriculares que viabilizem a formação de competências para a promoção da saúde, conforme preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Educação Física, Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, Organizações Panamericana e Mundial da Saúde contribuindo para o alcance do perfil de formação pretendido pelo curso, conforme Projeto Pedagógico, bem como atendendo a atual demanda da Saúde Pública brasileira, no que tange a formação de educadores físicos em promoção da saúde para atuar no Sistema Único de Saúde – SUS, em especial, em estratégias, programas e projetos da Atenção Básica.

A inclusão do conteúdo de Promoção da Saúde, com enfoque social e inclusivo, nos projetos Pedagógicos dos Cursos de Educação Física, tendo em vista a demanda social de profissionais de educação física devidamente capacitados para atuar como agentes promotores de saúde, pode ocorrer como parte do conteúdo de disciplinas correlatas ou como uma disciplina específica, conforme discutido no presente trabalho. Nesse sentido, o Projeto CompHP pode servir como referência para a construção de conteúdos que viabilizem a formação de competências para a promoção da saúde no âmbito da formação profissional em nível superior. No entanto, componentes curriculares que propõe a construção do conhecimento em promoção da saúde devem ser pensados considerando, principalmente, as demandas regionais relacionadas aos setores do desenvolvimento social, pois a Promoção da Saúde é uma questão política e visa, sobretudo, o empoderamento da população na luta pelo alcance dos direitos sociais, cenário mutante e heterogêneo no nosso país.

b) Ao Ministério da Educação:

Enfatizar a atualização trienal realizada pelo Ministério da Educação nas diretrizes do ENADE, incluindo a perspectiva da promoção da saúde discutida pelo presente trabalho, tendo em vista avaliar se os cursos estão atendendo às demandas da sociedade, em especial no campo da Saúde Pública, pois as Diretrizes Curriculares Nacionais que orientam a elaboração e implementação dos Projetos Pedagógicos de Cursos não deixam explícitos os conteúdos fundamentais para a construção de competências e habilidades em promoção da saúde, deixando o elenco dos conteúdos curriculares a cargo das Instituições de Educação Superior.

Isso promoveria nas Instituições, a necessidade de rever os seus Projetos Pedagógicos, Matrizes e Componentes Curriculares, considerando que um dos objetivos da prova do ENADE é “identificar as necessidades e potencialidades do processo de formação do profissional de Educação Física, considerando os contextos institucionais e regionais, para subsidiar as diretrizes curriculares nacionais”.

8 REFERÊNCIAS

Allegrante JP et al. Toward International Collaboration on Credentialing in Health Promotion and Health Education: The Galway Consensus Conference. *Health Education & Behavior*. 2009;36(3):427-38.

Almeida MI, Pimenta SG. *Pedagogia Universitária: caminhos para a formação de professores*. São Paulo: Cortez; 2011. *Docência universitária: passos de um percurso formativo*; p. 07-16.

Andrade MM. *Introdução à metodologia do trabalho científico*, 10ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.

Anjos TC, Duarte ACGO. A Educação Física e a Estratégia de Saúde da Família: formação e atuação profissional. *Physis*. 2009;19(4):1127-44.

Arroyo H. La formación de recursos humanos y el desarrollo de competencias para la capacitación en promoción de la salud en América Latina. *Global Health Promotion*. 2009;16:66-72.

_____. *Promoción de la salud: Modelos y experiencias de formación académica-profesional en Iberoamérica*. Puerto Rico: 2010.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.

Barry MM et al. The Galway Consensus Conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. *Global Health Promotion*. 2009;16(2):05-11.

Battel-Kirk B, Barry MM, Taub A, Lysoby L. A review of the international literature on health promotion competencies: identifying frameworks and core competencies. *Glob Health Promot*. 2009;16(2):12-20.

Bauman AF. Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000-2003. *Journal of science and medicine in sport*. 2004;7(1):6-19.

Bilibio LF, Ceccim RB. Singularidades da Educação Física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In: Fraga AB, Wachs F. (Orgs.). *Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção*. Porto Alegre: UFRGS; 2007.

Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado; 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 set 1990; Seção 1:018055.

_____. Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. *Diário Oficial da União*. 25 set 2013. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12864.htm> Acesso em: 27 set 2013.

Buss PM. Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5(1):163-77.

Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2007;1(17):17-1.

Bydlowski CR; Pereira IMTB. Promoção da Saúde: A cidadania como um Caminho para a Boa Saúde. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL. *Educação e Promoção da Saúde: teoria e prática*. São Paulo: Santos; 2012. p. 409-19.

Carvalho YM. As práticas corporais como práticas de saúde e de cuidado no contexto da promoção da saúde [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

Cerqueira MT, Coe GA. *Communication, education and participation: a framework and guide to action*. Washington, DC. Pan American Health Organization; 1996.

Czeresnia, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p.39-53.

Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

Chiesa AM, Débora DGN, Luzmarina ADB, Oliveira MAC, Ciampone MHT. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enferm*. 2007;12(2):236-40.

Chiesa AM, Fracoli LA, Veríssimo MDLOR, Zóboli ELCP, Ávila LK, Oliveira AAP. A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):1352-57.

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Apresentação à 1ª Reunião da CNDSS. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/resources/ppt_cndss_bz.pdf> Acesso em: 10 set. 2013.

Conselho Federal de Medicina. Comitê Nacional de Mobilização das Entidades Médicas. Nota de Esclarecimento, de 21 de agosto de 2013. Manutenção dos vetos à Lei do Ato Médico não amplia competências e atribuições de outras categorias profissionais da saúde. Brasília. 21 ago 2013. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24100:cfm-presta-esclarecimentos-sobre-o-ato-medico&catid=3> Acesso em: 18 set 2013.

Dallari SG. A Construção do Direito Sanitário à Saúde no Brasil. Rev Direito Sanitário. 2008;9(3):9-34.

Dallari SG. Organização Jurídica do Sistema de Saúde Brasileiro. In: Aristides Almeida Rocha; Chester Luiz Galvão. Saúde Pública: bases conceituais. 1ª ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

Dempsey C, Barry M, Battel-Kirk B. Literature Review Developing Competencies for Health Promotion Deliverable 3B. Galway: Executive Agency for Health Promotion and Consumers and National University of Ireland Galway; 2010 [acesso em 15 nov 2012]. Disponível em: http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Cap_building/CompHP/CompHP_Literature_ReviewPart1.pdf

_____. The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook - Workpackage 4. Executive Agency for Health Promotion and Consumers and National University of Ireland Galway; 2011. [acesso em 15 nov 2012]. Disponível em: http://www.iuhpe.org/uploaded/CompHP_Competencies_Handbook.pdf

_____. The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook [manual na internet]. Paris: International Union for Health Promotion and Education (IUHPE); 2012 [acesso em 15 mai 2013]. Disponível em: http://www.iuhpe.org/images/PROJECTS/ACCREDITATION/CompHP_Project_Handbooks.pdf

Deslandes SF. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Donato AF, Rosemburg CP. Algumas idéias sobre a relação Educação e Comunicação no âmbito da Saúde. Saúde e Sociedade. 2003;12(2):18-25.

Fazenda ICA. Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa. 10^a ed. Campinas: Papirus; 2002.

Fernandez JCA. Autonomia e Promoção da Saúde. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL. Educação e Promoção da Saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012.

Ferreira, ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006; p.658.

Fleury MTL, Fleury A. Construindo o Conceito de Competência. RAC, Edição Especial. 2001; 183-96.

Fracolli LA, Zoboli ELCP. A Promoção da Saúde como uma Competência do ACS: Em foco a Construção da Autonomia. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL. Educação e Promoção da Saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012. p. 513-22.

Freire P. Pedagogia do Oprimido. São Paulo: Paz e Terra, 1993.

Freitas IA, Brandão HP. Trilhas de aprendizagem como estratégia para desenvolvimento de competências. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 29., 2005, Brasília: DF, ANPAD, 2005. Anais... Disponível em: <http://www.anpad.org.br/evento.php?acao=trabalho&cod_edicao_subsecao=30&cod_evento_edicao=9&cod_edicao_trabalho=655>. Acesso em: 13 mai. 2013.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 2010.

Gomes FG. Conflito social e welfare state: Estado e desenvolvimento social no Brasil. *Rev Administração Pública* [periódico na internet]. 2006 [acesso em 12 setembro 2013];40(2):201-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n2/v40n2a03.pdf>

Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Hallal PC et al. Evolution of the epidemiological research on physical activity in Brazil: a systematic review. *Revista de Saúde Pública*. 2007;41(3):453-60. [acesso 02 nov 2009]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5808.pdf>

Health Scotland. Competencies for health promotion practitioners: interim report. Edinburgh: Health Scotland; 2003.

Höfling EM. Estado e políticas (públicas) sociais. *Cad. CEDES*. 2001; 21(55). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622001000300003&lng=pt&nrm=iso.

Howat P, Shilton T, Collins J, Bull E, James R, van Asselt K, Henderson H, Maycock B. Identification of competencies for health promotion practitioners: phase 2. Presented at The Sixth National Health Promotion Conference, Melbourne; 1994.

Huertas F. Entrevista com Carlos Matus: O método PES. São Paulo: Fundap, 1996. In: Spagnuolo RS, Guerrini IA. *A construção de um modelo de saúde complexo e transdisciplinar*. Interface: Comunicação Saúde e Educação. 2005;9(16):191-4.

Hyndman B. Toward the development of skills-based health promotion competencies: the Canadian experience. *Global Health Promotion*, 2009;16(2):51-5.

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. *Censo da Educação Superior: 2011 [resumo técnico]*. Brasília; 2013 [acesso em 15

maio 2013]. Disponível em:
http://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/resumo_tecnico/resumo_tecnico_censo_educacao_superior_2011.pdf

IUHPE, CCHR (International Union for Health Promotion and Education & Canadian Consortium for Health Research). Shaping the future of health promotion: Priorities for action. 2007. 16 p.

Leavell H, Clark EG. Preventive Medicine for the Doctor in his Community. New York: MacGraw-Hill, 1965.

_____. Medicina Preventiva. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

Lopes JR. “Exclusão social” e controle social: estratégias contemporâneas de redução da sujeitidade. Psicologia & Sociedade. 2006;18(2):13-24.

Matsudo SM. Atividade física na promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento. Revista Brasileira de Educação Física e Esportes. 2006;20(5):135-7.

McCracken H, Rance H. Developing competencies for health promotion training in Aotearoa–New Zealand. Promotion & Education. 2000;7(1):40–3.

Melville L. et al. Health promotion competencies for Israeli workforce. Promotion & Education. 2006;8(3):178-84.

Mendonça CS. Saúde da Família, agora mais do que nunca! Ciência & Saúde Coletiva. 2009;1(14):1493-7.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência & Saúde Coletiva 2000;5(1):7-18.

Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, Santos NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Ministério da Educação. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física em nível superior de graduação plena. Resolução CNE/CES n. 7, de 31 de março de 2004. Diário Oficial União: 05 abr 2004.

Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Diário Oficial da União. 20 fev 2002a; Seção 1.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília; 2002b.

_____. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Diário Oficial da União: 04 mar 2008.

_____. Secretaria de atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de apoio a saúde da família. Brasília; 2009.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília; 2010.

_____. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 8 abr 2011a; Seção 1:52.

_____. Portaria/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 24 out 2011b; Seção 1:48.

_____. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 31 dez 2012; Seção 1:223.

_____. Portaria nº 256, de 11 de março de 2013. Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Diário Oficial da União. 14 mar 2013a; Seção 1:43.

_____. Portaria nº 2.681, de 7 de dezembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 08 nov 2013b; Seção 1:37.

_____. Secretaria de Atenção Básica – DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2013. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 1º fev 2014.

Moretti AC et al. Práticas Corporais/Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde. Saúde e Sociedade. 2009;18(2):346-54.

National Task Force on the Preparation & Practice of Health Educators. A framework for the development of competency-based curricula for entry-level health educators. New York: National Commission for Health Education Credentialing; 1985, reprinted 1990.

New Zealand Ministry of Health. Health Promotion Forum: Report to MOH review and future of health promotion competencies. 2004. Disponível em: <<http://www.hpforum.org.nz/resources/competenciesreportJan04.pdf>>. Acesso em: 08 ago 2013.

Nicolescu B. O manifesto da transdisciplinaridade. 3ª ed. São Paulo: Triom; 2005.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2012.

Pelicioni MCF, Pelicioni AF. Educação e Promoção da Saúde: uma retrospectiva histórica. *O Mundo da Saúde*. 2007;31(3):320-8.

Pelicioni MCF, Pelicioni AF, Toledo RF. A educação e a comunicação para a promoção da saúde. In: Rocha AA, Cesar CLG. *Saúde pública: bases conceituais*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2013. p.199-211.

Pelicioni MCF. Promoção da Saúde e Meio Ambiente: Uma Trajetória Técnico-Política. In: Phillipi Jr. A, Pelicioni MCF. *Educação Ambiental e Sustentabilidades*. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2014.

Powers SK, Howley ET. *Fisiologia do Exercício: teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho*. Barueri: Manole; 2000. p. 14.

Public Health Agency of Canada. Core competencies for public health. Release 1.0. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2007. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ccph-cesp/stmts-enon-eng.html>. Acesso em: 17 nov.2012.

Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.

Salazar L. Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud: Guía de Evaluación Rápida [guia na internet]. Colômbia: Centro para el Desarrollo Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública, 2004 [acesso em 23 set 2012]. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008DESeva.pdf>

Santa-María MA, Barry M. A scoping study on training, accreditation and professional standards in health promotion. *IUHPE Research Report Series*, 2007 [acesso em 17 nov 2012]. Disponível em: http://www.iuhpe.org/upload/File/RRS_1_07.pdf.

Santa-María MA, Battel-Kirk B, Barry MM, Bosker L, Kasmel A, Griffiths J. Perspectives on health promotion competencies and accreditation in Europe. *Global Health Promotion*. 2009; 16(2):21–31.

Saupe, R, Benito GAV, Wendhausen ALP, Cutolo LRA. Conceito de competência: validação por profissionais de saúde. *Saúde em Revista*, 2006; 8(18):31-7.

Scabar TG, Pelicioni AC, Pelicioni MCF. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Journal of the Health Science Institute*. 2012;30(4):411-8.

Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis*. 2007;17(1):29-41.

Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*. 1997;31(1) 538-42.

Seligman, MEP. *Florescer: Uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e do bem-estar*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2011.

Shilton T et al. Health promotion development and health promotion workforce competency in Australia. *Health Promotion Journal of Austrália*. 2001;12:116-23.

Shilton T, Howat P, James R, Lower T. Review of competencies for Australian health promotion. Western Australian Centre for Health Promotion Research, Curtin University; 2002.

Shilton T. Health promotion competencies for Australia 2001-5: trends and their implications. *Promotion and Education*. 2008;15(2):21-26.

Silva EC. Participação comunitária nos processos de educação em saúde e ambiental: região de Paranapiacaba e Parque Andreense [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2009.

Silva CMC, Mialhe FL, Pelicioni MCF, Pelicioni AF. Educação em Saúde e suas Práticas ao longo da História Brasileira. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL. Educação e Promoção da Saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012. p. 03-22.

Souza ER, Minayo MCS, Deslandes SF, Veiga JPC. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Spagnuolo RS, Guerrini IA. A construção de um modelo de saúde complexo e transdisciplinar. Interface: Comunicação Saúde e Educação. 2005;9(16):191-4.

Speller V, Smith BJ, Lysoby L. Development and utilization of professional standards in health education and promotion: US and UK experiences. Global Health Promotion. 2009;16(2):32–41.

Tedesco JC. O novo pacto educativo: educação, competitividade e cidadania na sociedade moderna. São Paulo: Ática; 2004. Os docentes: profissionais, técnicos ou militantes?; p. 121-30.

Tusset D. Competências em promoção da saúde no Programa Saúde na Escola no Distrito Federal [dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2012.

Viana ALd'A, Silva HP. Saúde e sociedade: a construção d proteção social como marco essencial das políticas de saúde. In: Rocha JSY. Manual de Saúde Pública e Saúde Coletiva no Brasil. São Paulo: Atheneu; 2012. p.1.

Vita A. A justiça igualitária e seus críticos. São Paulo: WMP Martins Fontes; 2007.

Westphal MF, Ziglio E. Políticas Públicas e Investimentos: a Intersetorialidade. UFRGS. 1999. Disponível em: <<http://www.ppge.ufrgs.br/ATS/disciplinas/11/Textos%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%BAblicas%20em%20Sa%C3%BAde/Pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas%20em%20sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2013.

Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos WGS et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

Westphal MF. Prefácio. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL. Educação e Promoção da Saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012. p. xxv-xxxii.

WHO - World Health Organization. Nairobi Call to Action. 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/documents/en/index.html>>. Acesso em: 22 ago. 2012.

Zioni F, Westphal MF. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. Saúde e Sociedade. 2007;16(3):26-34.

Zitkoski JJ. Emancipação Popular e Emancipação Social: Convergências nas propostas de Freire e Habermas. ANPED. 2003. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/26/trabalhos/06tjaijz.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2013.

ANEXOS

ANEXO 1 – VALORES, CONHECIMENTOS E DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE SEGUNDO O PROJETO COMPHP

Extraído de: TUSSET (2012, p. 156)

ANEXO 2 – DESCRIÇÃO DOS DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE SEGUNDO O PROJETO COMPHP (Traduzido por: TUSSET, 2012).

Extraído de: TUSSET (2012, 158-60)

Observação: o termo “ação em PS” é usado para descrever políticas, programas ou outras intervenções que promovem saúde e são de natureza empoderadora, participativa, holística, intersetorial, equitativa, sustentável e estratégica, objetivando melhorar a saúde e reduzir as iniquidades.

Favorecimento de mudanças

Possibilitar que indivíduos, grupos, comunidades ou organizações construam capacidade para a ação em PS, e assim, melhorar a saúde e reduzir as iniquidades em saúde.

- 1.1 Trabalhar em colaboração com outros setores para influenciar o desenvolvimento de políticas públicas que impactem positivamente na saúde e reduzam as iniquidades em saúde;
- 1.2 Utilizar abordagens de PS que apoiem o empoderamento, a participação, a liderança e a equidade para criar ambientes e cenários que promovam saúde;
- 1.3 Utilizar abordagens de desenvolvimento comunitário para fortalecer a participação da comunidade e a construção de capacidades para a ação em PS;
- 1.4 Facilitar o desenvolvimento de habilidades pessoais que irão manter e melhorar a saúde;
- 1.5 Trabalhar em colaboração com os atores sociais (pessoas-chave) na reorientação dos serviços de saúde e outros.

Advocacia para saúde

Reivindicar/advogar com e a favor de indivíduos, comunidades e organizações para melhorar a saúde, o bem-estar e a capacitação para ação em PS.

- 2.1 Utilizar estratégias e técnicas de reivindicação/advocacia em saúde que reflitam os princípios da PS;
- 2.2 Engajar-se com as pessoas-chave e influenciá-las para desenvolver e manterem ações de PS;
- 2.3 Sensibilizar e influenciar a opinião pública em relação a assuntos de saúde;
- 2.4 Reivindicar junto aos setores pelo desenvolvimento de políticas, diretrizes e procedimentos que impactem positivamente a saúde e reduzam as iniquidades em saúde;
- 2.5 Estimular as comunidades e os grupos a articularem suas necessidades e reivindicarem por recursos e capacidades exigidas para a ação em PS.

Parceria

Trabalhar em colaboração com áreas de conhecimento/disciplinas, setores e parceiros para aumentar o impacto e a sustentabilidade de ações de PS.

- 3.1 Envolver parceiros de diferentes setores que contribuam ativamente;
- 3.2 Facilitar o trabalho efetivo dos parceiros, o qual reflita os valores e princípios da PS;
- 3.3 Construir parcerias de sucesso através do trabalho colaborativo e da mediação de interesses dos diversos setores;
- 3.4 Facilitar o desenvolvimento e a sustentabilidade de coalizões e redes de trabalho.

(continuação anexo 2)**Comunicação**

Comunicar ações de PS efetivamente, utilizando técnicas e tecnologias apropriadas para diversos públicos.

4.1 Utilizar habilidades de comunicação, incluindo comunicação escrita, verbal, não verbal e as habilidade de escuta;

4.2 Utilizar tecnologia de informações e outras mídias para receber e disseminar informações;

4.3 Utilizar técnicas e meios de comunicação culturalmente adequadas para grupos e contextos específicos;

4.4 Utilizar habilidades de comunicação interpessoal e do grupo de trabalho para promover a melhora da saúde de indivíduos, grupos, comunidades e organizações.

Liderança

Contribuir para o desenvolvimento de uma visão compartilhada e direções estratégicas para a ação em PS.

5.1 Trabalhar com os atores/parceiros sociais para atingir uma visão compartilhada e direções estratégicas;

5.2 Utilizar habilidades de liderança para promover empoderamento e participação (incluindo o trabalho em equipe, negociação, motivação, resolução de conflitos, tomadas de decisões, facilitação e resolução de problemas);

5.3 Formar redes com as pessoas-chave e motivá-las a promover mudanças que melhorem a saúde e reduzam iniquidades;

5.4 Incorporar novas ideias e conhecimentos para melhorar a prática e responder aos desafios emergentes em PS;

5.5 Contribuir para a mobilização e gestão/gerenciamento de recursos para a ação em PS;

5.6 Contribuir para o aprendizado da equipe e da organização para avançar nas ações de PS.

Diagnóstico

Diagnosticar as necessidades e potencialidades em parceria com os atores/parceiros sociais, no contexto dos determinantes político, econômico, social, cultural, ambiental, comportamental e biológico que promovem ou comprometem a saúde.

6.1 Utilizar métodos participativos para envolver os atores/parceiros sociais no diagnóstico;

6.2 Utilizar vários métodos de diagnóstico, incluindo quantitativos e qualitativos;

6.3 Coletar, revisar e avaliar os dados relevantes, as informações e utilizar a literatura para embasar as ações PS;

6.4 Identificar os determinantes de saúde que impactam as ações de PS;

6.5 identificar as necessidades em saúde, as potencialidades e os recursos relevantes para a ação em PS;

6.6 Utilizar abordagens de diagnóstico que sejam éticas e culturalmente adequadas;

6.7 Identificar as prioridades para a ação em PS em parceria com os atores/parceiros sociais, baseados na melhor evidência existente e nos valores éticos.

(continuação anexo 2)**Planejamento**

Desenvolver metas e objetivos que podem ser medidos em parceria com os atores/parceiros sociais, baseados no diagnóstico das necessidades e potencialidades.

7.1 Mobilizar, apoiar e envolver a participação dos atores/parceiros sociais no planejamento das ações de PS;

7.2 Utilizar modelos atuais e abordagens sistemáticas no planejamento de ações de promoção de saúde;

7.3 Desenvolver um plano de ação que pode ser executado segundo os recursos, as necessidades e as potencialidades disponíveis;

7.4 Desenvolver e informar metas e objetivos realísticos e mensuráveis;

7.5 Identificar estratégias de PS apropriadas para o alcance das metas e objetivos fixados.

Implementação

Implementar ações de PS efetivas, eficientes, culturalmente sensíveis e éticas, em parceria com os atores/parceiros sociais.

8.1 Utilizar processos que sejam éticos, culturalmente apropriados e participativos e que promovam o empoderamento;

8.2 Desenvolver, conduzir e utilizar recursos e materiais apropriados;

8.3 Gerenciar os recursos necessários para a implementação efetiva das ações planejadas;

8.4 Facilitar a sustentabilidade do programa e a responsabilização dos atores/parceiros sociais através de consulta e colaboração permanentes;

8.5 Monitorar a qualidade do processo de implementação em relação às metas e aos objetivos fixados.

Avaliação e pesquisa

Utilizar métodos de avaliação e pesquisa apropriados, em parceria com os atores/parceiros sociais, para determinar o alcance, o impacto e a efetividade das ações de PS.

9.1 Identificar e utilizar ferramentas de avaliação e métodos de pesquisas apropriados;

9.2 Integrar a avaliação no planejamento e na implementação de todas as ações;

9.3 Utilizar os resultados da avaliação para redefinir e melhorar as ações;

9.4 Utilizar pesquisas e estratégias baseadas em evidências para apoiar a prática;

9.5 Contribuir para o desenvolvimento e a disseminação da avaliação da PS e do processo de pesquisa.

ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO DOS ALUNOS

PESQUISA DE SAÚDE PÚBLICA **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** **Questionário de Pesquisa**

Eu, **Thaís Guerreiro Scabar** (RG nº 27.201.666-4 – SSP/SP), aluna de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-FSP/USP, sob orientação da Professora Dr^a Maria Cecília Focesi Pelicioni, do Departamento de Prática de Saúde Pública, pretendo desenvolver a pesquisa intitulada *“A Educação Física e a Promoção da Saúde: formação profissional e desenvolvimento de competências”*, que tem como objetivos:

- Identificar as percepções, opiniões e os conhecimentos de estudantes e docentes de educação física sobre o campo da promoção da saúde.
- Verificar se as percepções, opiniões e os conhecimentos dos alunos e docentes sobre o campo da promoção da saúde condizem com o referencial teórico proposto nas sete Conferências Internacionais de Promoção da Saúde realizadas até 2012.
- Identificar qual referencial teórico de promoção da saúde está sendo utilizado no curso de Educação Física.
- Verificar quais elementos das competências fundamentais para a promoção da saúde, segundo proposta do CompHP, o curso de Educação Física tem contemplado.

Solicito por meio deste termo, o qual será elaborado em 2 (duas) vias, a sua autorização e colaboração para participar do estudo, respondendo a um questionário que não necessitará de qualquer identificação de sua parte. Sua participação é livre e espontânea, responsabilizo-me por manter seus dados pessoais em sigilo, mas os resultados gerais obtidos na pesquisa serão publicados sem qualquer identificação. A presente pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes e você poderá recusar ou desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou penalização. No entanto, sua participação é muito importante e enriquecerá muito esse estudo. Obrigada desde já, qualquer que seja sua decisão.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP – FSPUSP.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP – Av. Dr. Arnaldo, 715, 2º andar, Cerqueira Cesar – SP, telefone (11) 3061-7779.

(continuação anexo 3)

Ao final da pesquisa me comprometo a apresentar os resultados na Instituição da qual os participantes fazem parte.

Thaís Guerreiro Scabar

Autorização

Eu, (Nome do participante) _____

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

- 1- receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
- 2 - retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
- 3- não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- 4- procurar esclarecimento com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo, – SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar da pesquisa.
São Paulo, ____/____/____

Assinatura do participante: _____

Eu, Thaís Guerreiro Scabar, declaro que forneci todas as informações referentes à pesquisa para o participante.

Assinatura da pesquisadora _____

Data: ____/____/____

Qualquer dúvida entrar em contato com:

Thaís Guerreiro Scabar: (11) 3061-7796 ou e-mail: thaisguerreiroscabar@usp.br

ANEXO 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO DOS DOCENTES

PESQUISA DE SAÚDE PÚBLICA Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Questionário de Pesquisa

Eu, **Thaís Guerreiro Scabar** (RG nº 27.201.666-4 – SSP/SP), aluna de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-FSP/USP, sob orientação da Professora Dr^a Maria Cecília Focesi Pelicioni, do Departamento de Prática de Saúde Pública, pretendo desenvolver a pesquisa intitulada “*A Educação Física e a Promoção da Saúde: formação profissional e desenvolvimento de competências*”, que tem como objetivos:

- Identificar as percepções, opiniões e os conhecimentos de estudantes e docentes de educação física sobre o campo da promoção da saúde.
- Verificar se as percepções, opiniões e os conhecimentos dos alunos e docentes sobre o campo da promoção da saúde condizem com o referencial teórico proposto nas sete Conferências Internacionais de Promoção da Saúde realizadas até 2012.
- Identificar qual referencial teórico de promoção da saúde está sendo utilizado no curso de Educação Física.
- Verificar quais elementos das competências fundamentais para a promoção da saúde, segundo proposta do CompHP, o curso de Educação Física tem contemplado.

Solicito por meio deste termo, o qual será elaborado em 2 (duas) vias, a sua autorização e colaboração para participar do estudo, respondendo a um questionário que não necessitará de qualquer identificação de sua parte. Sua participação é livre e espontânea, responsabilizo-me por manter seus dados pessoais em sigilo, mas os resultados gerais obtidos na pesquisa serão publicados sem qualquer identificação. A presente pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes e você poderá recusar ou desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou penalização. No entanto, sua participação é muito importante e enriquecerá muito esse estudo. Obrigada desde já, qualquer que seja sua decisão.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP – FSPUSP.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP – Av. Dr. Arnaldo, 715, 2º andar, Cerqueira Cesar – SP, telefone (11) 3061-7779.

(continuação anexo 4)

Ao final da pesquisa me comprometo a apresentar os resultados na Instituição da qual os participantes fazem parte.

Thaís Guerreiro Scabar

Autorização

Eu, (Nome do participante) _____

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

- 1- receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
- 2 - retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
- 3- não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- 4- procurar esclarecimento com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo, – SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar da pesquisa.
São Paulo, ____/____/____

Assinatura do participante: _____

Eu, Thaís Guerreiro Scabar, declaro que forneci todas as informações referentes à pesquisa para o participante.

Assinatura da pesquisadora _____

Data: ____/____/____

Qualquer dúvida entrar em contato com:

Thaís Guerreiro Scabar: (11) 3061-7796 ou e-mail: thaisguerreiroscabar@usp.br

ANEXO 5 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DOS ALUNOS

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Prezado aluno (a),

O presente questionário é parte integrante de um Projeto de Pesquisa de Mestrado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

A sua participação consciente é muito importante. Por gentileza, solicitamos que responda individualmente com o máximo de informações acerca do que está sendo perguntado.

Desde já agradecemos a sua importante participação!

Caracterização da população

Favor assinalar com um X as respostas fechadas corretas

1. Qual é a sua idade? _____ anos

2. Gênero: Masculino () Feminino ()

3. Qual semestre do curso de Educação Física está cursando? _____

4. Você exerce ou já exerceu atividades profissionais remuneradas?

a. Não ()

b. Sim ()

b1. Descreva as mais importantes atividades profissionais (remuneradas) desenvolvidas do ano de 2006 até o presente momento

5. Você realizou algum estágio não curricular na área de Saúde Pública ou Coletiva?

a. Não ()

b. Sim ()

b1. Onde? _____

b2. Que atividades desenvolveu? _____

b3. Você gostou? Não () Sim ()

b4. Por que? _____

Em relação ao curso de Educação Física

6. Você já teve alguma disciplina que abordou o tema da Saúde Pública ou Saúde Coletiva?

a. Não () b. Sim () b1. Qual? _____

7. Você já realizou algum estágio curricular na área de Saúde Pública ou Coletiva?

a. Não () b. Sim () b1.Qual? _____

8. Você já cursou alguma disciplina que abordou o tema da Promoção da Saúde?

a. Não () b. Sim () b1. Qual? _____

9. Você já realizou alguma outra atividade (exceto estágio e disciplina) que abordou o tema da Saúde Pública ou Saúde Coletiva?

a. Não () b. Sim () b1. Qual? _____

10. Você realizou alguma outra atividade (exceto estágio e disciplina) que abordou o tema da Promoção da Saúde?

a. Não () b. Sim () b1.Qual? _____

Opiniões

11. O que você entende por Saúde?

12. O que é para você Promoção da Saúde?

13. Na sua opinião, como o profissional de Educação Física pode atuar para promover a saúde da população?

14. Quais ações de promoção da saúde podem ser desenvolvidas por profissionais da Educação Física?

15. Você se considera capacitado para atuar no campo da Promoção da Saúde?

a. Não () b. Sim ()

Justifique qualquer das suas respostas

Muito obrigada pela sua participação!

ANEXO 6 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DOS DOCENTES

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Prezado Professor (a),

O presente questionário é parte integrante de um Projeto de Pesquisa de Mestrado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

A sua participação consciente é muito importante. Por gentileza, solicitamos que responda individualmente com o máximo de informações acerca do que está sendo perguntado.

Desde já agradecemos a sua importante participação.

Caracterização da população

Favor assinalar com um X as respostas fechadas corretas

1. Qual é a sua idade? _____ anos

2. Gênero: Masculino () Feminino ()

3. Qual a sua formação acadêmica?

3a. Graduação em _____ Onde? _____

3b. Especialização em _____ Onde? _____

3c. Mestrado em _____ Onde? _____

3d. Doutorado em _____ Onde? _____

4. Você exerce ou já exerceu atividades profissionais na área de Saúde Pública ou Saúde Coletiva?

a. Não ()

b. Sim ()

Descreva _____

5. Quais disciplinas você ministra atualmente no curso de Educação Física?

Em relação ao curso de Educação Física

6. Você ministra, já ministrou alguma disciplina que aborda/abordou o tema da Saúde Pública ou Saúde Coletiva no curso de Educação Física?

a. Não ()

b. Sim () b1.Qual? _____

b2. Em qual curso? _____

7. Você supervisiona, já supervisionou algum estágio que aborda/abordou o tema da Saúde Pública ou Saúde Coletiva no curso de Educação Física?

a. Não ()

b. Sim () b1. Qual? _____
b2. Em qual curso? _____
b3. Quando? _____

8. Você ministra, já ministrou alguma outra atividade (exceto estágio e disciplina) que aborda/ abordou o tema da Saúde Pública ou Saúde Coletiva no curso de Educação Física?

a. Não ()

b. Sim () b1. Qual? _____
b2. Quando? _____

9. Você ministra, já ministrou alguma disciplina que aborda/ abordou o tema da Promoção da Saúde no curso de Educação Física?

a. Não ()

b. Sim () b1.Qual? _____
b2. Em qual curso? _____
b3. Quando? _____

10. Você supervisiona, já supervisionou algum estágio que aborda/ abordou o tema da Promoção da Saúde no curso de Educação Física?

a. Não ()

b. Sim () b1.Qual? _____
b2. Em qual curso? _____
b3. Quando? _____

11. Você ministra, já ministrou alguma outra atividade (exceto estágio e disciplina) que aborda/ abordou o tema da Promoção da Saúde no curso de Educação Física?

a. Não ()

b. Sim () b1. Qual? _____
b2. Em qual curso? _____
b2. Quando? _____

Opiniões

12. O que você entende por Saúde?

13. O que é para você Promoção da Saúde?

14. Na sua opinião, como o profissional de Educação Física pode atuar para a promoção da saúde de indivíduos e grupos?

15. Quais ações de promoção da saúde podem ser desenvolvidas por profissionais de Educação Física?

16. Você considera importante o conteúdo de Promoção da Saúde no curso de Educação Física?

a. Não () b. Sim ()

Justifique a sua resposta_____

17. Para você, como seria possível viabilizar o conteúdo de Promoção da Saúde no curso de Educação Física?

Muito obrigada pela sua participação!

ANEXO 7 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Educação Física e a Promoção da Saúde: formação profissional e desenvolvimento de competências.

Pesquisador: THAIS GUERREIRO SCABAR

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 11411713.1.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 232.372

Data da Relatoria: 22/03/2013

Apresentação do Projeto:

ndn

Objetivo da Pesquisa:

ndn

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

ndn

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

ndn

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

ndn

Recomendações:

ndn

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas. Pela aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7742

E-mail: coep@fsp.usp.br

(continuação anexo 7)

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SÃO PAULO, 28 de Março de 2013

Assinador por:
Claudio Leone
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.248-004

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7742

E-mail: coep@fsp.usp.br