



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA BACHARELADO**

FERNANDO DE LIMA

**PERFIL DOS CURSOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM UM CONTEXTO HISTÓRICO
DE AFIRMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO-PE
2019**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA BACHARELADO
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E CIÊNCIAS DO ESPORTE**

FERNANDO DE LIMA

**PERFIL DOS CURSOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM UM CONTEXTO HISTÓRICO
DE AFIRMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

TCC apresentado ao Curso de Educação Física Bacharelado da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Educação Física.

Orientadora: Dra. Ana Wlândia Silva de Lima
Coorientador: Dr. Flávio Renato Barros da Guarda

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
2019**

Catálogo na fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE - Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Giane da Paz Ferreira Silva, CRB-4/977

L732p Lima, Fernando de.
Perfil dos cursos de Educação física num contexto histórico de afirmação do Sistema Único de Saúde / Fernando de Lima. - Vitória de Santo Antão, 2019.
57 folhas: il.

Orientadora: Ana Wlândia Silva de Lima
Coorientador: Flávio Renato Barros da Guarda
TCC (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Educação Física, 2019.
Inclui referências e apêndice.

1. Educação física - Estudo e ensino. 2. Sistema Único de Saúde - SUS. 3. Profissionais de Saúde. I. Lima, Ana Wlândia Silva de (Orientadora). II. Título.

796.4 (23. ed.)

BIBCAV/UFPE-272/2019

FERNANDO DE LIMA

**PERFIL DOS CURSOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA NUM CONTEXTO HISTÓRICO DE
AFIRMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

TCC apresentado ao Curso de Educação Física Bacharelado da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Educação Física.

Aprovado em: 06/12/2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dra. Ana Wlândia Silva de Lima (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dra. Emília Chagas Costa (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dra. Lara Colognese Helegda (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dr. Wilson Viana de Castro Melo (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Agradeço a toda minha guerreira família pelo apoio incansável, o aconchego e motivação em lutar por aquilo que acredito à centímetros ou à quilômetros de distância de vocês. Obrigado mãe e pai pela resistência e luta pela vida, me fazendo compreender o peso da enxada e do lápis e a importância de ambos para nossa família, que tem sangue na luta. Aos meus tios e tias que lutam pelo direito à terra e à alimentação junto ao Movimento dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais Sem Terra, movimento esse que me enche de esperanças por um mundo mais justo e popular. Aos meus primos, meu padrinho e madrinhas por me educarem e sempre me acolherem. Aos meus irmãos de alma Jardeson Geovane, Gerluce Omena e Maria Costa, por sempre estarem comigo e me motivarem. Aos meus afilhados João Pedro e Franciele Maria.

A todos os professores que participaram da minha formação em Agrestina, em especial a Leonardo Lúcio, Consuelo Brito, Elison Silva, Joselania Lima, Júlio Cezar, Romildo Lemos, Cintia Raquel, Elisabeth Cordeiro e a EREM P.J.C. e a Família MaisFut Agrestinense com Igor Lima, Leonardo Lúcio. Aos meus incomparáveis amigos de Agrestina, Romário, Girleyne, Willas, Josias, Luis, Dennes Lavinya, Liriel, Kleyton, Pedrinho, Paulinha, Thalia, Taynara, Matheus, Douglas, Luquinhas e tantos outros do meu “bairro da amapá” e ensino médio. Vocês foram e são fantásticos na minha vida segurando muitas barras e alegrias comigo.

Deixo aqui também minha imensa admiração por essa dupla, Susane Silva e Raphael Dantas, por tudo que fizeram por mim, de me formarem politicamente e humanamente, por me apresentarem Itamar Lages. Sem vocês eu não saberia o que era o SUS, o que era lutar pelo povo e o que é ser feliz por lutar ao lado de grandes CAMARADAS. Venceremos! Continuando nesse grande grupo de duplas, agradeço a minha eterna dupla, Elimar Vitalino e nossa dupla de Mentores, Renato Saldanha e Marco Fidalgo e ao CORE. A luta nos forjou a sermos camaradas nos coletivos Resistência e Afronte! ao lado de Ramona, Daniel, Bernardo, Bia, Áquila, Devinho, Suellen, Fábio, Rinaldo, Ju, Bruna, Victor, Natan e os que virão.

A ocupação do CAV por me fazer ter uma “(não) tradicional família” de resistência como Ygor, Jefferson, Seba, Jaci, Mari, Beto, Érika, David, Brow, Maria, Mauricio, Bia Machado e muitos outros, ampliando minha compreensão de mundo e instigando minha consciência de classe. UBUNTU representa o que sou por conta

de vocês. Ao VER-SUS, em especial Priscila, Alberes, Adriano e as tias do MST que nos acolheram e nos alimentaram. A Carlinhos por me acolher, enxugar minhas lágrimas, e me perguntar o quanto o amo (de 0 a 10 eu te amo 10!). Ao ap 301 e a todos que ali passaram e me acolheram. A minha turma 2016.1 pela união até hoje.

Agradecer a Ewerton Thiago e a Ana Beatriz por serem meus exemplos na área da Educação Física. Vocês são meus pilares e mentores na área. A Ana Risoflora e a Jacq Valença por serem um dos maiores exemplos de sobrevivência e que não me deixaram sucumbir em muitos momentos.

Aos professores do CAV, em especial Keyla Marques e Keyla Britto, Carol Leandro, Emília Costa, Alexsandro Machado, Wilson Viana, Marcelus Almeida, Luciano Machado e demais por construírem comigo conhecimento, sonhos e afetos. Agradeço inclusive àqueles que me perseguiram, pois me fortaleceram e mostraram que eu estava do lado certo da história.

A minha magnífica orientadora Ana Wlândia e ao meu fantástico coorientador Flávio da Guarda por acreditarem no meu sonho e me motivarem a buscar o conhecimento e transmitir para o povo o real sentido do cuidado em saúde para além da técnica. Sem vocês eu não teria passado pelos melhores espaço de aprendizagem sobre o SUS como o PET e o GEPSEL. Grupos que me acolheram de forma extraordinária e que são refletidas no carinho que recebo de Antony Eiel, Cássia Franciele, Rafaela Niels e todo o grupo, aliás, toda a família GEPSEL.

Aos profissionais do SUS que passaram em minha vida pessoal e acadêmica, como Katielly Nascimento, enfermeira que cuidou de maneira humanizada da minha mãe quando descobriu o câncer, sendo minha primeira motivação a trabalhar no SUS e servir ao povo. A Yuri Andrey por ser esse grande profissional, me oportunizando atuar, conhecer e amar ainda mais o SUS. A toda a equipe NASF e eSF por me colherem tão bem nos estágios da atenção básica. Vocês são os exemplos de profissionais que pretendo ver no SUS. A Sandro, Hanna e demais residentes pelos momentos ímpares ao lado de vocês nas manhãs da UBS do Cajueiro e nas ruas lutando pelo povo e com o povo. E ao meu incrível irmão Flávio de Lima, sem você eu não teria chegado aqui.

RESUMO

A pauta sobre a formação do profissional em saúde sempre esteve presente nas discussões institucionais e das lutas sociais. Diante disso, é necessário um resgate histórico da construção do sistema de saúde no Brasil, até a atualidade com o Sistema Único de Saúde (SUS), assim como uma contextualização histórica da Educação Física e o debate da reformulação curricular destes cursos para o SUS. O objetivo deste trabalho foi analisar os projetos pedagógicos dos cursos de bacharelado em Educação Física (EF) das Universidades Federais brasileiras identificando conteúdos e componentes curriculares e o perfil de formação dos cursos. Trata-se de uma análise documental de caráter descritivo com abordagens quantitativa e qualitativa fazendo uma triangulação dos dados e revelar como se encontra o perfil da formação do curso de EF das Universidades Federais e se atende a dinâmica de atuação no SUS. Os resultados mostraram uma incipiência na formação para a atuação no SUS, com a predominância do paradigma biomédico do exercício/atividade física e disputa de espaço com áreas hegemônicas, em que o referencial teórico-metodológico segue a lógica do mercado privado dos esportes e fitness. Além disso reforça a concepção do modelo assistencial Flexneriano e o paradigma cartesiano de fragmentação do todo para uma análise objetiva das partes, com o isolamento dos componentes curriculares e separação dos assuntos e disciplinas, com uma visão de saúde atrelada a dados estatísticos, focando na especialização, reduzindo o fenômeno a uma relação biologicista pontual centrada na doença, na unicausalidade, na cura e procedimentos. O perfil de formação do bacharel em EF das Universidades Federais brasileiras encontra-se dissonante com o sistema público de saúde brasileiro e com uma formação centrada no modelo biologicista, unicausal, fitness e esportivista em detrimento de um perfil mais abrangente em que a Saúde Coletiva e as Políticas Públicas sejam valorizadas.

Palavras-chave: Educação Física. Sistema Único de Saúde. Saúde Pública. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. Competência profissional. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The stance on the training of health professionals has always been present in institutional discussions and social struggles. Given this, it is necessary a historical rescue of the construction of the health system in Brazil, until nowadays with the Unified Health System (SUS), as well as a historical contextualization of Physical Education and the debate of the curricular reformulation of these courses for the SUS. The objective of this work was to analyze the pedagogical projects of the Physical Education (PE) baccalaureate courses of the Brazilian Federal Universities identifying contents and curriculum components and the formation profile of the courses. This is a descriptive documentary analysis with quantitative and qualitative approaches making a triangulation of data and revealing how is the profile of the formation of the PE course of Federal Universities and meets the dynamics of action in SUS. The results showed an incipience in the formation to act in SUS, with the predominance of the biomedical paradigm of exercise / physical activity and space dispute with hegemonic areas, in which the theoretical-methodological framework follows the logic of the private sports and fitness market. It also reinforces the conception of the Flexnerian care model and the Cartesian paradigm of fragmentation of the whole for an objective analysis of the parts, with the isolation of the curricular components and the separation of subjects and disciplines, with a view of health linked to statistical data, focusing on specialization. , reducing the phenomenon to a punctual biologicist relationship centered on disease, uncausality, cure and procedures. The profile of the bachelor's degree in PE of the Brazilian Federal Universities is in disagreement with the Brazilian public health system and with a training centered on the biologicist, uncausal, fitness and sportsman model to the detriment of a broader profile in which Collective Health and Public Policies are valued.

Keywords: Physical Education. Unified Health System. Public Health. Training of Human Resources in Health. Professional competence. Primary Health Care.

LISTA DE TABELAS, FIGURAS E GRÁFICOS

Tabela 1 Número de Universidades Federais, distribuição, caracterização segundo o grau dos cursos de Educação Física. Vitória de Santo Antão - PE, 2019.....	37
Tabela 2 Distribuição por Região das Universidades Federais e cursos de Bacharelado em Educação Física que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa – Vitória de Santo Antão - PE, 2019.....	38
Tabela 3: Distribuição da Carga Horária geral de disciplinas segundo as áreas do currículo: área básica de saúde, área de saúde coletiva e área específica do curso de Bacharelado em Educação Física das Universidades Federais, Vitória de Santo Antão- PE, 2019.....	39
Gráfico 1- Carga Horária de Estágio ofertada nos cursos de Educação Físicas nas UF.....	40
Tabela 4: Análise Lexicográfica do Corpus Textual das disciplinas dos 25 cursos de educação física.....	40
Figura 1: Dendograma da classificação hierárquica descendente.....	42

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1 A EDUCAÇÃO FÍSICA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: UM RESGATE HISTÓRICO ANTES DO SUS.....	12
2.2 O ENSINO SUPERIOR PARA A SAÚDE E A FORMAÇÃO NA EDUCAÇÃO FÍSICA PARA O SUS.....	19
2.2 AVANÇO DAS POLÍTICAS DE FORMAÇÃO PARA A SAÚDE NA PERSPECTIVA DA SAÚDE COLETIVA NA EDUCAÇÃO FÍSICA.....	23
3 OBJETIVOS.....	27
3.1 OBJETIVO GERAL	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
4. METODOLOGIA.....	28
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	28
4.2 UNIDADE DE ANÁLISE	28
4.2.1 Os cursos de educação física das universidades federais do brasil:	29
4.3 COLETA DOS DADOS.....	29
4.4 ANÁLISE DE DADOS.....	30
4.4.1 Verificação da presença de disciplinas voltadas à saúde coletiva nos PPC	30
4.4.2 Oferta de disciplinas de estágio no sistema único de saúde nos PPC.....	30
5 RESULTADOS	32
5.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS	32
5.2 RESULTADOS QUALITATIVOS	36
6 DISCUSSÃO	42
7 CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS.....	50
APÊNDICE A - OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTO PARA PESQUISA ACADÊMICA	57

1 INTRODUÇÃO

O processo de formação do profissional em saúde sempre esteve presente na pauta das discussões institucionais e das lutas sociais, com a preocupação, geralmente, enviesada pela normatização do exercício profissional, fato que é histórico e ainda atual.

Faz-se necessário o resgate histórico da construção do sistema de saúde no Brasil, desde o início da intervenção do Estado na política de saúde pública brasileira até a atualidade, assim como uma contextualização histórica da criação dos cursos Educação Física (EF) e o debate da reformulação curricular destes cursos para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a instituição da lei 8080/90 onde diz que “saúde é direito de todos e dever do Estado”, garantiu-se através de políticas econômicas e sociais que visassem atenuar o risco de doenças e de outros agravos, um acesso a saúde de forma universal, integral e equânime aos serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990a).

Com a instituição do SUS em 1990, há a normatização dos seus princípios (universalidade, integralidade, equidade e participação da comunidade) reafirmando o direito à saúde. Como consequências dessa institucionalização, enfatizou-se os debates sobre a formação do profissional de saúde, que já era pautada desde o movimento pela reforma sanitária, onde diante a criação do SUS, resultou em novas premissas que ensejassem seus princípios diante as transformações que esse sistema realizou no atendimento à saúde, buscando uma formação com olhar autocrítico, apontando a necessidade de mudança na intervenção profissional na saúde pública (ROSSETO, 2013; ANJOS; DUARTE, 2009).

A organização do SUS incorpora a partir da Atenção Básica em Saúde (ABS) os princípios da Reforma Sanitária, “para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde” (MATTA, 2009).

Essa dinâmica de funcionamento do SUS tem a ABS como papel estratégico, pelo fato de estabelecer relações contínuas com a população na qual está inserida, buscando a atenção integral e de qualidade, com resolutividade dos problemas em

saúde e diante disso fortalecer a autonomia dos usuários no cuidado em saúde, reafirmando as relações com o conjunto da rede de serviços sociais e de saúde (CECCIM, 2004a).

Com isso, a dinâmica de funcionamento da ABS necessita da formação de equipes multiprofissionais para que haja uma integralidade do cuidado, superando o modelo hegemônico “médico-centrado”, sendo composta por diversas áreas da saúde, dentre elas a EF (ROSSETO, 2013).

No entanto, autores como Akerman e Feuerwerker (2006), Ceccim e Feuerwerker (2004a) e Alves (2004), alertam que a formação focada no modelo hegemônico, faz com que o trabalho em equipe multiprofissional nos serviços de saúde não seja colaborativo devido a atuação isolada desses profissionais mesmo fazendo ações conjuntas, mas nem sempre se constitui em um trabalho em equipe, sendo insuficiente para a produção do cuidado integral.

Além disso, a mudança do estilo de vida e sua caracterização pelas relações de trabalho no modelo capitalista, decorrente de um aspecto multifatorial são empregadas no surgimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). O Brasil, – de acordo com o Ministério da Saúde (2005) – passou em seu cenário por uma mudança epidemiológica complexa, caracterizada agora como tripla carga no qual há uma transição epidemiológica lenta, acumulando Doenças Transmissíveis, Causas externas e DCNT que representam 51,6% do total de óbitos na população de 30 a 69 anos no Brasil segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (2018). Eis que o foco se volta para a promoção, prevenção e recuperação desse quadro e a área da EF tem papel primordial na mudança desses fatores.

Assim, a concepção da promoção da saúde em seu sentido amplo do processo saúde-doença se vê como um dispositivo para o enfrentamento aos problemas no trabalho em saúde pública diante do complexo perfil epidemiológico do Brasil. Ao se alterar o estilo de vida, com hábitos saudáveis incluindo a prática de atividade física, regularmente, há uma eficácia na prevenção e tratamento das DCNTs, pelo fato da inatividade física ser um dos fatores de risco para doenças do sistema circulatório, sistema respiratório, síndromes metabólicas e neoplasias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2005).

Diante das necessidades advindas e de todo processo de reestruturação dos modelos pedagógicos e com a criação do SUS, reconhece-se a necessidade de uma formação em saúde com caráter generalista, humanista, crítico e reflexivo, a fim de

superar a perspectiva do modelo hegemônico que é centrado no médico e na clínica (CARVALHO; CECCIM,2006).

Alinhar a formação do profissional de saúde para atender às necessidades de saúde da população no enfrentamento de um perfil epidemiológico complexo e às demandas de recursos humanos para o SUS onde os serviços devem ser centrados e priorizados na promoção e prevenção à saúde, tendo a Atenção Básica como ordenadora da rede de saúde deve ser uma prioridade das diferentes formações em saúde, incluindo neste contexto a Educação Física.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A EDUCAÇÃO FÍSICA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: UM RESGATE HISTÓRICO ANTES DO SUS.

A inserção da EF no setor público de saúde durante muito tempo se portou de maneira tímida e com um potencial a ser explorado (SILVA, 2016). A trajetória da EF no Brasil precisa ser contextualizada a partir de sua origem para entender o fenômeno atual da formação profissional, assim como, um recorte importante quando se trata da saúde pública brasileira e da história das políticas de saúde.

Primeiro, sobre a indissociabilidade da evolução político-social e econômica da sociedade brasileira com a evolução histórica das políticas de saúde e da EF. Segundo, o Estado sempre buscou primeiro incorporar em suas ações de saúde os problemas que atingisse a parcela social das importantes regiões socioeconômicas, direcionando essas ações preferencialmente aos grupos organizados e aglomerados urbanos em detrimento daqueles grupos sociais sem uma efetiva organização e dispersos. Por fim, as conquistas dos direitos sociais, como educação, previdência e saúde foram resultados de muitas lutas e mobilizações da classe trabalhadora e de suas organizações (POLIGNANO, 2001).

As notícias mais longilíneas sobre a EF no Brasil data do período pré-colonial nos relatos de uma das cartas de Pero Vaz de Caminha, relatando as danças indígenas no Brasil colonial com a capoeira como destaque. Assim, essas atividades realizadas por esses povos, representam os elementos mais primitivos da EF no Brasil, caracterizadas por elementos de cunho natural, de guerrilha, religioso e recreativo (GUTIERREZ, 1972; RAMOS, 1982).

Com a chegada da família real nas terras brasileiras em 1808, houve a necessidade de organizar uma estrutura sanitária mínima, antes, sem um modelo de atenção à saúde para a população e limitada aos recursos naturais da terra, curandeiros, Boticários e Parteiras para os mais pobres e agentes da medicina para a elite nas grandes cidades. As ações de saúde pública eram feitas esporadicamente de maneira pontual sob situações de epidemias e limitavam-se a delegar atribuições sanitárias mínimas as juntas dos municípios e ao controle de saúde nos navios e portos (POLIGNANO, 2001; OLIVEIRA, 2002; ESCOREL, 1998; GIOVANELLA, 2012, P. 279, P. 280).

Nessa época deu-se início ao desenvolvimento cultural da EF no Brasil onde surgiram os primeiros tratados sobre a área, como o “Tratado de Educação Física e Moral dos Meninos”, elaborado em 1823 por Joaquim Antônio Serpa no qual compreendia que a educação moral auxiliava a EF e vice-versa, além de postular que a educação abarcava a cultura do espírito e a saúde do corpo e, em 1851, ocorre oficialmente o início da EF escolar no Brasil, denominada de Ginástica, com a reforma Couto Ferraz (GUTIERREZ, 1972; RAMOS, 1982).

Na virada do século XIX para o século XX, a capital nacional, Rio de Janeiro, vinha apresentando um quadro sanitário caótico devido as epidemias de doenças graves que acometiam a classe trabalhadora, como a malária, febre amarela, varíola e, mais tardar, a peste (POLIGNANO, 2001).

O, então, presidente da República, Rodrigues Alves, lança em 1902 programas de combate a epidemias e nomeia como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, Oswaldo Cruz, que propõem a erradicação da epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro, montando um exército de 1.500 guardas-sanitários, porém, a falta de esclarecimentos, o autoritarismo cometido pelos guardas-sanitários e a Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904 no qual instituía a vacinação anti-varíola, obrigatória em todo o território nacional, faz surgir um grande movimento popular de revolta, a chamada, “revolta da vacina” (MÉDICE, 1994; OLIVEIRA, 2002; POLIGNANO, 2001).

Este modelo de intervenção na saúde deu surgimento ao sanitarismo campanhista, praticado dentro de uma visão militarista com o uso da força e da autoridade como instrumentos primários de ação (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006). Esse processo tinha um caráter político para garantir as condições de saúde da classe trabalhadora empregada na produção e na exportação, visando assim, dar apoio e manter o modelo econômico agrário-exportador (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JUNIOR, 2006).

Esse cenário era consequência da falta de investimentos nas áreas da educação e saúde pública, setores de suma importância para a maioria da população. Em 1920, há a criação de diversas escolas de EF com um caráter para formação militarizada (RAMOS, 1982).

Em 1923 há o surgimento do Departamento Nacional de Saúde Pública e a criação da Lei Elói Chaves marcando o surgimento da Previdência Social no Brasil

com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) (OLIVEIRA, 2002; BRASIL, 2019).

Com a criação do Ministério da Educação e Saúde, a EF no Brasil passa a ganhar notoriedade perante os objetivos traçados pelo governo, período de grandes conquistas para a área da EF com sua regulamentação dentro do ensino e o reconhecimento nacional. No entanto, ao contextualizar o momento histórico, a EF apresentava um caráter intrínseco para a manutenção da higiene moral e física na perspectiva de formar indivíduos fisicamente fortes e saudáveis (RAMOS, 1982; MALCHESKI, 2017).

Em 1933 as antigas CAPs começam a ser substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) organizados por categorias profissionais, no qual garantia a saúde aos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho (SIMIONATTO, 1997).

No entanto, tinha-se um modelo de saúde baseado na eugenia, higienismo e concepções do militarismo ao relacionar com a EF, onde a utilização do exercício físico servia de preparo físico dos indivíduos para o serviço militar e a obtenção e manutenção da higiene moral e física e um sistema de saúde dicotômico com uma medicina previdenciária aos trabalhadores regularmente registrados e a outra para a saúde pública, a todos os cidadãos. (DARIDO; RANGEL, 2005; LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

A preocupação com a saúde não estava ligada diretamente ao bem-estar da população, o foco principal estava voltado em melhorar ou manter a higidez dos corpos visando o trabalho, com interesses mercadológicos a fim de tornar o indivíduo mais forte e resistente para suportar as jornadas de trabalhos exorbitantes sem adoecer na ideia do eugenismo para melhorar a raça humana (MALCHESKI, 2017).

Em, 1960, foi sancionada a Lei Orgânica da Previdência Social e o processo de unificação dos IAPs. Na Ditadura Militar de 1964, a EF mantinha um caráter calistênico e gímnico e o grande foco do governo militar em investimentos no esporte teve o intuito de preconizar a EF como um sustentáculo ideológico diante os êxitos providos das competições esportivas, onde o alto rendimento, a vitória e a procura pelo mais forte e hábil se apresentavam mais intensamente na EF e através disso abafar as críticas, os processos repressivos e a corrupção do governo,

maquiando a realidade, deixando apenas transparecer um clima ilusório de prosperidade e de desenvolvimento (RAMOS, 1982; DARIDO; RANGEL, 2005).

Com a fusão dos IAPs devido a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, no qual se tinha uma medicina previdenciária, com ações para o trabalhador formal urbano prioritariamente, privilegiou-se o setor privado com a política econômica implantada, caracterizada pela extensão da cobertura previdenciária, a ênfase na prática médico-curativa, a criação do complexo médico-industrial e a diferenciação do atendimento a clientela (BRAVO, 2004). Essa característica é histórica sendo a cada período fortalecida.

No final de 1960, e primeiro triênio de 1970, em razão da diretriz econômica que reduzia os gastos com políticas sociais e diante uma conjuntura internacional favorável, possibilitou que houvesse uma entrada grande de capital estrangeiro no país, vivendo-se o “Milagre Econômico”, porém, esse crescimento econômico não era traduzido em melhoria das condições de vida e saúde da população (LAGO, 1990; PAIVA; TEXEIRA, 2014).

A crise do “milagre econômico”, permitiu que surgisse no cenário político alguns atores sociais no qual fez com que o Estado fosse obrigado a propor mudanças na política de saúde para, assim, incluir a questão social e canalizar as pressões populares, mas essas modificações não deixaram de privilegiar o setor privado e os interesses empresariais (SANTOS, 2013).

A EF era apresentada apenas no campo mecânico de maneira a “educar o físico”, inerente ao modelo de sociedade da época, voltando à ordem da produtividade da eficiência e eficácia (CASTELLANI, 1998).

Na segunda metade de 1970, aprofundou-se as contradições no âmbito da saúde, trazendo o renascimento dos movimentos sociais de luta pela saúde nos segmentos populares, estudantis, intelectuais e profissionais, antecedentes importantes da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2008).

A ideia da Reforma Sanitária foi vinculada às tarefas do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e ampliado com a criação da Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva). Foi a partir desse momento que a Reforma Sanitária começa a ser elaborada, ressaltando a participação dos usuários, a unificação dos serviços, a qualidade da atenção e a ampliação do acesso, sinalizando a necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde (PAIM, 2008).

Em 1977 criou-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) que visava a regulamentação do Sistema Nacional de Saúde, sendo também constituído pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Na década de 80, o modelo de formação dos profissionais de saúde não acompanha a mudança do modelo de atenção proposto. O perfil esportivista, mecanicista, tradicional e tecnicista na EF na época já criticado, mantém-se hegemônico na formação superior dos profissionais da EF (DARIDO; RANGEL, 2005).

Com a 7ª Conferência Nacional de Saúde de 1980, há o surgimento e debate de ideias que ganhariam forma no Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE), programa racionalizador do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que tinha por objetivo expandir a nível nacional o desempenho obtido com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento para o Nordeste (PIASS) inicialmente desenvolvida apenas no Nordeste e era voltado à Atenção Primária à Saúde, no entanto, o PREVSAÚDE acabou não saindo do papel em função da crise econômica da Previdência que se iniciou em 1981 (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), nasce na ideia de realizar uma conferência com ampla participação da sociedade civil, com protagonismo dos setores populares, em uma estruturação com os eixos básicos: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde (PAIM, 2008).

A 8ª CNS formalizou as reivindicações e propostas do Movimento da Reforma Sanitárias e dos movimentos populares, propiciando mudanças fundamentadas no direito universal à saúde, ampla participação da sociedade, igualdade de acesso e descentralização, nascendo o SUS (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

O surgimento das Comissões Inter-institucionais de Saúde (CIS), propiciado pelas Ações Integradas de Saúde (AIS), que objetivava a universalização do acesso aos serviços de saúde para a população, foram os embriões dos que hoje são os Conselhos de Saúde, servindo de base para a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, antes da criação do nosso atual SUS, garantido na constituição de 1988 e regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 (OLIVEIRA, 2002; BRASIL, 1987).

O Movimento da Reforma Sanitária levanta também o debate sobre a concepção ampliada de saúde para além da ausência de doença, entendendo-se o processo saúde-doença em uma totalidade de determinantes e condicionantes, reforçando a importância da reformulação do modelo assistencial Flexneriano presente no desenvolvimento de competências específicas, centrado na doença, na medicalização, no médico, na cura e nos procedimentos para um modelo que preconize a integralidade do cuidado, emergindo o debate sobre as novas competências profissionais que foram discutidas e propostas na 8ª CNS em 1986 (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a; PAIM, 2009).

A atenção primária à saúde (APS), com o Programa Saúde da Família (PSF), surge em 1994, impulsionada pelo processo de descentralização e abraçada por programas inovadores, tendo como objetivo a oferta do acesso universal à saúde, além de expandir e coordenar a cobertura para outros níveis de complexibilidade de cuidado com a assistência especializada e hospitalar, implementando ações intersetoriais de prevenção de doenças e promoção de saúde (PAIM, 2012).

O PSF enfatiza na reorganização de unidades básicas de saúde (UBS), concentrando-se nas famílias e comunidades, integrando a assistência médica com a promoção de saúde e as ações preventivas onde as equipes multiprofissionais de saúde da família caracterizam o modelo de cuidado à saúde do PSF, posteriormente chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF) (PAIM, 2012).

A ESF e suas equipes multiprofissionais são a porta de entrada do SUS, coordenando a atenção e buscando integrá-la aos serviços de apoio diagnósticos, assistência especializada e hospitalar, assim como, ser o principal contato entre os cidadãos com o SUS ao incorporar os princípios de universalidade, descentralização, integralidade e participação popular (MATTA, 2009; PAIM, 2012).

A APS cumpre importante papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS ao criar relações contínuas com a população, buscando uma atenção integral de qualidade, com resolutividade dos problemas em saúde consolidando nos usuários a autonomia e sua coparticipação no cuidado em saúde (CECCIN, 2004).

Marcos importantes como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) acontecem em 2006, enfatizando a promoção à saúde na atenção básica, apresentando de forma direta e ou indireta a relação com as práticas corporais e a atividade física (CARVALHO, 2016).

A PNPS corrobora a atribuição dos determinantes sociais no processo saúde-doença ao inserir as práticas corporais e a atividade física como uma de suas principais ações em saúde (CRUZ, 2010).

A criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008 foi um marco no processo de fortalecimento das práticas corporais e atividade física como oferta de cuidado e na consolidação da Atenção Básica, ao possibilitar a ampliação da abrangência, oferta e resolutividade dos serviços na rede de saúde de forma integrada com a ESF, formado por equipes multiprofissionais (CARVALHO, 2016).

Os desafios e avanços determinados pelas transformações sociais, a necessidade de articulação entre diferentes áreas técnicas, programas e políticas, juntamente com as atualizações e inovações nas práticas em saúde levou o Ministério da Saúde a tomar várias medidas para fortalecer a importância da Atenção Básica no conjunto das políticas e programas de saúde pública (CARVALHO, 2016).

Entre essas medidas, está a promoção de atividades físicas e o reconhecimento do Profissional de Educação Física como agente indispensável para esse processo, firmando-se nas equipes de NASF e com a atualização da PNAB em 2011 aumentando-se o financiamento da atenção básica e criação de programas como o Programa Academia da Saúde (PAS) amplia-se o campo de atuação para os profissionais da EF no âmbito do SUS (FLORINDO, 2012; MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Concomitante a isso, no presente, grande parte das ações e programas de Prática Corporal e Atividade Física no SUS são elaboradas por meio do NASF, do PAS e o Programa Saúde na Escola (PSE) onde proporcionam a inserção do Profissional de Educação Física nas equipes, promovendo a ofertas dessas práticas com o cuidado em saúde (CARVALHO, 2016).

As práticas corporais no SUS, tornam-se um espaço importante na constituição do cuidado e da atenção em saúde, ampliando perspectivas de escutar, encontrar, observar e mobilizar indivíduos para que, no processo de cuidado do corpo, haja a construção de relações de vínculo, relações autônomas, de corresponsabilidade, inovação e inclusão, de modo a otimizar e valorizar o uso de espaços públicos para a produção da saúde, transcendendo a prevenção de doenças (CARVALHO, 2006).

A instituição do SUS foi um avanço no campo da saúde pública, principalmente na APS como uma alternativa de superação do modelo tradicional médico-assistencial privado centrado na cura da doença, para um modelo com aspectos de promoção, prevenção e reabilitação onde a EF tem papel fundamental, porém é fundamental a reorientação do modelo de formação dos profissionais de saúde para atender as necessidades do modelo de atenção à saúde preconizado no SUS (HORTALE; CONILL; PEDROZA, 1999).

2.2 O ENSINO SUPERIOR PARA A SAÚDE E A FORMAÇÃO NA EDUCAÇÃO FÍSICA PARA O SUS

Em uma contextualização histórica, a formação dos profissionais de saúde e a prestação de serviços de saúde no Brasil, principalmente antes da criação do SUS, estiveram alinhadas com o cientificismo, a descoberta dos microrganismos, a cura das doenças, a produção de medicamentos, o tecnicista e hospitalocêntrico, onde o cuidado segue uma linha hierarquizada determinada pelo profissional médico, sem espaço para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e cuidados integrados em saúde, dando pouco espaço para formações que não intervenham diretamente na doença a exemplo da EF. Visto ser uma área capaz de promover saúde, bem-estar e qualidade de vida, somente em 1997, o Ministério da Saúde coloca a Educação Física como profissão de nível superior da área da saúde (Resolução CNS n°218, de 06 de março de 1997). Tal desdobramento requer um resgate histórico para entender tais premissas.

No século XX, a ciência consubstanciada pelo relatório de Abraham Flexner, na primeira reforma do ensino superior de saúde, e em consonância com o paradigma cartesiano, da fragmentação do todo para uma análise objetiva das partes, passou a ser introduzida substancialmente nos currículos, corroborando a separação dos assuntos e disciplinas, tornando-se hegemônica na América Latina, EUA e Canadá (FRENK et. al., 2010).

Esse paradigma foi fortemente inserido no modelo de formação profissional com a fragmentação dos saberes, organizado por conteúdos e disciplinas de cunho biomédico, anatomopatológico e biologicista do processo saúde-doença (PEDUZZI et al., 2013). Suas limitações são gritantes pelo fato de se articularem mais precisamente às demandas do mercado com um cuidado hierarquizado e médico-

centrado e não perante às complexibilidades e necessidades da população (FRENK et. al., 2010).

Frenk et. al., (2010), destaca a trajetória evolutiva do ensino superior em saúde, onde a primeira reforma, iniciada no século XX, por consequência da evolução tecnológica ficou centrada na ciência. A segunda reforma ocorreu ainda no século XX, inovando o campo pedagógico ao introduzir metodologias ativas baseadas nos problemas de saúde. Atualmente no século XXI, a terceira reforma foi embasada na melhoria e interação dos sistemas de saúde e educacional, em uma abordagem sistêmica, adaptando as competências profissionais essenciais para o contexto a qual se insere em um conhecimento global.

Essa terceira geração da reforma no ensino superior em saúde apresenta uma visão de que os profissionais de saúde devam ter uma formação que mobilize conhecimentos e desenvolva um pensamento crítico e uma conduta ética centrada nas necessidades do usuário e na formação de uma equipe com vínculo à área de atuação e á população, tendo como objetivo um acesso universal, de qualidade e equânime (FRENK et. al., 2010).

Com isso, o debate sobre a formação dos profissionais de saúde que atenda às necessidades do SUS é ampliada e os estudos salientam que o modelo hegemônico de formação em saúde baseado na especialização e no paradigma biologicista não consegue contemplar as necessidades e complexidades do processo saúde-doença e do cuidado integral a saúde da população e do SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a, FRENK et al., 2010; PEDUZZI et. al., 2013).

A discussão para a reorientação das práticas de saúde do modelo assistencial foram se intensificando e desde 1994 a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) propuseram em diversos países a implantação de programas e políticas para expandir a APS objetivando a busca da melhora dos indicadores de saúde e qualidade de vida da população e no Brasil tivemos a ampliação por parte do MS do PSF em 1994 (CONILL, 2008).

O Relatório Delors, da Comissão Internacional, elaborado em 1996, sobre a educação para o século XXI delegado pela UNESCO, formulou orientações para que a educação atendesse a formação por competência, atribuindo ao indivíduo responsabilidades sobre os problemas do planeta (UNESCO, 2010).

Entre os anos 2000 e 2004, o Conselho Nacional de Educação (CNE) publicou resoluções que definiam as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os

cursos de graduação em saúde substituindo os currículos mínimos. Desta forma, as DCN's passaram a definir como deveria ser o perfil, fundamentos, conteúdos, princípios, habilidades e competências para a formação dos profissionais de saúde no ensino superior (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

A formação por competências, de maneira interdisciplinar, com trabalho em equipe e na perspectiva multiprofissional entre as profissões de saúde já vinha sendo pautada nas DCN's desde o início, avançando na perspectiva de formação uniprofissional com competências específicas e hierarquia no processo de trabalho em saúde (LIMA, 2018).

Contudo, alguns Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) passaram a direcionar para uma formação generalista, humanística, crítica e reflexiva, contextualizando as necessidades e problemas da população, levando em consideração a identificação das dimensões bio-psico-social dos determinantes de saúde e doença, preconizando o fortalecimento do SUS, contemplando a atenção integral à saúde, o trabalho em equipe multiprofissional e a integralidade do cuidado (BRASIL, 2001a).

No entanto, há uma grande dificuldade nas IES em saúde para efetivar os direcionamentos das DNC's na atuação pedagógica dos professores e nos campos de práticas devido a trajetória histórica da cultura hegemônica de formação superior em saúde enquanto uniprofissional, conteudista e especializada, além das barreiras organizacionais e estruturais nas universidades (COSTA, 2015).

O ideário eugenista e higienista presentes na construção histórico-política do sistema de saúde e que moldaram o surgimento da EF, foram os precursores ideológicos para um estilo de vida mais ativo. Todavia, a herança militarista na EF mostra uma visão do cuidado voltada apenas para a aptidão física, fundada nos parâmetros fisiológicos e que enfatizam a EF no serviço de combate as DCNT.

Contudo, segundo Carvalho (2006), o contexto histórico da EF esteve voltado para a saúde em um modo geral, porém, em uma saúde atrelada a dados estatísticos, seguindo o modelo de pensamento flexneriano, reduzindo o fenômeno a uma relação biologicista pontual, sem olhar os determinantes e condicionantes de saúde e seu contexto histórico de relação social, responsabilizando unicamente o sujeito por sua condição de vida e saúde.

As mudanças e demandas profissionais estabelecem reflexos direto nos processos de formação, sobretudo na EF, onde Freire, 2002, destaca que:

[...] O graduando em Educação Física, futuro profissional, terá como responsabilidade a prestação de serviços à sociedade. Para isso, seu curso de graduação deverá compreender um saber profissional sobre sua área de intervenção, que lhe permita tomar as decisões mais adequadas em seu trabalho, capacitando-o para transformar o ambiente (FREIRE, et al, 2002, pag.4).

A fundamentação desse saber profissional está na sua capacidade de mobilizar recursos cognitivos para superar variadas situações do campo de atuação, nos quais compreendem dimensões procedimentais, conceituais e atitudinais particular da profissão (ZABALA, 1997).

O pensamento biologicista em saúde vem sendo criticado na formação de todos os profissionais inclusive na EF, sendo minimizado devido a maior inserção dos conceitos da Saúde Coletiva desde a reforma sanitária, com vista a integralidade da saúde, o trabalho em equipe atendendo as necessidades complexas dos usuários e as demandas do SUS (ROSSETO, 2013).

O ajuste do conhecimento às peculiaridades do indivíduo e grupos, demanda um domínio de conceitos, princípios e fatos para formar o saber sobre o trabalho em EF, logo, é preciso compreender o contexto social, cultural e político onde sua intervenção será realizada, as biológicas do exercício, suas consequências no desenvolvimento motor, condicionantes e determinantes sociais e ambientais da prática de atividades físicas, a propensão do sujeito para a prática, além de outros aspectos ligados à atividade física (FREIRE, 2002; CARVALHO, 2006).

Essa dimensão conceitual contribui na formação do profissional de EF para que possam tomar decisões adequadas e coerentes em seu campo de intervenção, entretanto, não deve limitar-se somente aos aspectos biológicos da intervenção, por isso a importância do campo da Saúde Coletiva na formação profissional para aproximar e incorporar questões sociais e os movimentos micropolíticos da vida (PINA, 2008; FREIRE, 2002; CARVALHO; CECCIM, 2006).

O campo da Saúde Coletiva traz a necessidade de inserir uma formação voltada a APS, ao modelo de atenção da ESF, do cuidado a saúde da população e a educação em popular em saúde para o usuário, comunidade e família, reafirmando a importância das políticas sociais e públicas (CARVALHO, 2006).

A atuação no SUS, demanda do profissional de EF o domínio de saberes pertinentes às ciências sociais e humanas ao envolver a capacidade de apontar,

problematizar e retratar questões sanitárias, as compreendendo e interpretando-as (CARVALHO,2006; NUNES, 2003).

A EF nas últimas décadas teve seu processo de trabalho envolvido prioritariamente na lógica de superação da inatividade física ao colocar o combate ao sedentarismo exclusivamente como estilo de vida (ROSSETO, 2013). Em sua trajetória histórica, o processo de trabalho da EF ponderou-se em uma atuação de colocar o corpo biológico para se movimentar, e ao movimentar o corpo, a EF promete ter saúde (CECCIM; BILIBIO, 2007).

Uma resultante dessa forma de pensamento entre a EF e a saúde como ausência de doenças trazendo consigo unicamente os benefícios biológicos provenientes da prática individual de exercícios e atividade física, constrói uma concepção de responsabilização exclusiva ao indivíduo onde cada pessoa tem o dever de ter uma vida ativa (ROSSETO, 2013).

A buscar por uma mudança crítica na estrutura curricular da EF é imprescindível, modificando o fazer saúde, não mais colocando a aptidão física como a essência, mas sim, a integralidade da saúde reafirmando a vida também em sua expressão corporal (CECCIM; BILIBIO, 2007). Da Ros, 2006, destaca que:

Isto demanda uma formação profissional alicerçada num currículo pautado pelo eixo da integralidade, que irá considerar o corpo para além de um somatório de fragmentos anatômicos, a saúde ao mesmo tempo social, psicológica e física e as necessidades de população para além de uma perspectiva epidemiológica (DA ROS, 2006, pag.63).

Nesse sentido, a formação não deve limitar-se somente no aprender a aprender, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a conviver, e sim para além do saber profissional, onde caracteriza-se e delimita-se a ação do profissional de EF, ou seja, a formação precisa estar diretamente relacionada ao papel político e social do trabalho (PINA,2008; CARVALHO; CECCIM,2006). Perante a isso, é fundamental montar estratégias para a reorientação da formação com as DCN e políticas públicas intersetoriais em saúde para que contemplem as especificidades do SUS.

2.2 AVANÇO DAS POLÍTICAS DE FORMAÇÃO PARA A SAÚDE NA PERSPECTIVA DA SAÚDE COLETIVA NA EDUCAÇÃO FÍSICA

O debate sobre a formação de recursos humanos para a saúde pública já vinha sendo pautado nas proposições do movimento pela Reforma Sanitária, na 8ª CNS e na 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde em 1986 a fim de ordenar a formação dos profissionais de saúde (DIAS, 2013).

Com a criação do SUS, a integralidade passa a nortear a atenção em saúde com uma atuação generalista, no entanto, é necessário que ocorra um avanço nos projetos curriculares da formação em saúde alinhados com a saúde coletiva. A atenção integral em saúde passa então a informar o campo de atuação dessas práticas de saúde e de uma formação que dê subsídios para essas práticas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Em 1981, o Ministério da Educação (MEC), cria o Programa de Integração Docente Assistencial (IDA), onde desenvolvia projetos voltados à formação profissional, inserindo os estudantes nas unidades de atenção primária a fim de favorecer a relação da academia com os serviços de saúde. No entanto, a IDA limitou-se à assistência em saúde, tendo uma baixa adesão dos professores, além da segmentação das ações, sem transformações significativas nos currículos (COSTA, 1999; TORRES, 2005).

Nos anos 90, há o surgimento do Projeto UNI – Uma Nova Iniciativa, que visava o redimensionamento das questões referentes ao Programa IDA. Suas ações orientavam a formação numa perspectiva multiprofissional, no componente dos serviços representado pelos Sistemas Locais de Saúde (Silos) e sobretudo, no fortalecimento dos componentes curriculares (TORRES, 2005).

A Rede Unida, criada desde 1985 e constituída do ideário existente nos projetos IDA e UNI teve suma importância no processo participativo das universidades, contribuindo na reinserção do debate dos recursos humanos na construção das políticas de saúde, articulando instituições e atores a fim de mudar e inserir novas experiências para a formação profissional em saúde (TEIXEIRA; PAIM, 2008; GONZALEZ, 2010).

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003, possibilitou traçar políticas para reorientação da formação profissional para o SUS, reforçando o estreitamento das relações entre as instituições formadoras e o SUS. Entre os anos de 2003 e 2004, o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde – o VER-SUS/ Brasil é lançado

no intuito de mostrar o sistema de saúde como espaço de ensino e aprendizagem (DIAS, 2013).

Também, em 2004, foi lançado o AprenderSUS através de uma articulação do MS e o MEC visando reafirmar o compromisso do SUS com a formação dos profissionais de saúde. Tal política inseria docentes e alunos no ensino-aprendizagem do SUS no âmbito acadêmico a fim de compreenderem o trabalho e formação das equipes multiprofissionais em uma perspectiva de atuação em cima da atenção integral em saúde, objetivando fortalecer os laços da instituição formadora e o sistema de saúde pública, assim como, uma mudança no processo de formação em saúde para adequar o futuros profissionais às necessidades e complexibilidades do SUS e da saúde da população (ROSSETO, 2013).

O AprenderSUS, tinha ainda em seu âmbito o projeto EnsinaSUS, que contemplava várias pesquisas e experiências inovadoras para a mudança na formação e educação permanente em saúde, dando suporte com referenciais teóricos para a área (KOIFMANN, 2007).

A homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais em 2001 e 2004, para os cursos da área da saúde constituíram uma importante estratégia na formação e relação do profissional da saúde com o SUS, porém, os cursos de Medicina Veterinária, Educação Física, Psicologia e Serviço Social não seguiram a mesma lógica dos demais cursos onde afirmavam que “a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente do país, o trabalho em equipe e a atenção integral a saúde”. Desta forma, a DCN de Educação Física não contemplou esse contexto, pois limitou-se apenas à participação na prevenção, promoção e reabilitação da saúde (CECCIM; CARVALHO, 2006).

O MS e MEC em 2005, elaboram novas estratégias voltadas à disparar o debate da formação para o SUS e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde I) é lançado pela portaria interministerial MS/MEC n. 2.101, de 03 de novembro de 2005, propondo a reorientação da formação nos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, pautando a habilitação de profissionais capazes de compreender as necessidades da população brasileira e do SUS, criando mecanismos de cooperação entre as IES e os gestores do SUS e assim incorporar à formação uma perspectiva de atuação integral no processo saúde-doença e da promoção de saúde, ampliando as práticas educacionais na rede de ABS (BRASIL, 2005).

Em 2007, é instituído o Pró-Saúde II através da portaria interministerial MS/MEC n. 3019, ampliando o programa para os outros 11 os cursos da área da saúde, entre eles a Educação Física, em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde, para estruturar um projeto institucional de adesão ao programa, potencializando as estratégias de reorientação da formação nas universidades, sustentando o alicerce do trabalho em equipe multiprofissional nos serviços (BRASIL, 2007; FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2012).

Ainda, em 2007, é criado o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) advindo dos avanços conquistados com o Pró-Saúde que fortaleceu essa parceria entre MS e MEC. O PET-Saúde visa a qualificação dos estudantes de graduação na rede de atenção à saúde através dos estágios e vivências na ABS, tendo como fio condutor o trabalho no SUS, incentivando profissionais do serviço e professores, além de destacar a importância da pesquisa no serviço e produção de conhecimento nas IES (BRASIL, 2008, 2010).

Essa trajetória dos programas e estratégias refletem os avanços nas políticas de formação para a saúde, assim como iluminam os obstáculos da EF relacionados a reorientação para uma formação que precisa estar alinhada as necessidades da população e as demandas do SUS, com métodos de intervenção, práticas e conhecimentos que a insiram no campo da saúde coletiva.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os projetos pedagógicos dos cursos de bacharelado em educação física das Universidades Federais brasileiras identificando conteúdos e componentes curriculares e o perfil de formação dos cursos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever um quadro Nacional dos cursos de bacharelado em educação física das Universidades Federais Brasileiras;
- Analisar os PPC descrevendo os componentes curriculares que internalizam o perfil de formação do egresso da EF;
- Analisar os componentes curriculares quanto ao desenvolvimento de competências para atuação do egresso de EF no SUS;
- Analisar os componentes curriculares das disciplinas de estágios nos SUS e em outras áreas de atuação.

4. METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Tipo de Estudo: Trata-se de uma análise documental de caráter descritivo e compreensivo com abordagens quantitativa e qualitativa.

Na abordagem quantitativa se verificou a presença dos cursos de graduação em educação física das Universidades Federais do Brasil descrevendo sua distribuição no território nacional e dos componentes curriculares, destacando os relacionados à Saúde Coletiva nos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) de Bacharelado em Educação Física.

Na abordagem qualitativa analisou-se de forma a compreender todo o corpo dos componentes curriculares buscando através da análise léxica no software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) de fonte aberta e disponibilizado gratuitamente em (www.iramuteq.org), desenvolvido pelo pesquisador francês Pierre Ratinaud para identificar o perfil dos egressos desse curso, e buscar visualizar com mais especificidade os segmentos textuais vinculados ao desenvolvimento de competências para atuação no Sistema Único de Saúde em um primeiro momento, seguido pela análise intuitiva do conteúdo das classes hierárquicas e dos excertos (trechos) destacados pelo software no formato de corpus colorido.

4.2 UNIDADE DE ANÁLISE

A pesquisa foi composta dos PPC dos cursos presenciais de bacharelado em Educação Física autorizados e avaliados pelo Ministério da Educação no Brasil até o ano de 2019, correspondente ao ano que foi realizada a coleta de dados para a criação do banco de dados para o presente trabalho.

A composição do estudo se deu a partir da seleção dos cursos no portal do Ministério da Educação na aba “IES” através do Sistema e-MEC. e-MEC é uma plataforma oficial e única de informações e dados relativos as Instituições de Ensino Superior e cursos de graduação do Sistema Federal de Ensino.

4.2.1 Os cursos de educação física das universidades federais do brasil:

Foi realizada uma busca para a identificação das Universidades Federais e depois dos cursos de Educação Física no banco na base de dados e-MEC no do portal do Ministério da Educação <http://emec.mec.gov.br/>.

Para a consulta das Universidades Federais foi selecionada a aba “Consulta Avançada” e, posteriormente, na opção “Instituição de Ensino Superior”. Foram preenchidas as caixas de opções, i) Categoria Administrativa: Pública Federal; ii) Organização Acadêmica: Universidade; iii) Tipo de Credenciamento: Presencial; iv) Situação: Ativa

Para a consulta dos cursos de Educação Física foi selecionada a aba “consulta avançada”, utilizando-se a opção “curso de graduação”. Logo em seguida, foram preenchidas as caixas de opções, i) curso: Educação Física; ii) Gratuidade do Curso: SIM; iii) Modalidade: Presencial; iv) Grau: Bacharelado e Licenciatura, e; v) Situação: Em atividade.

Critérios de Inclusão:

Como critérios de inclusão, foram utilizados os seguintes: pertencer a uma UF, constar no sistema e-MEC do Ministério da Educação, estar em atividade, possuir site oficial e atualizado para resgate dos PP e ementas dos cursos. Curso na modalidade de ensino presencial e bacharelado.

Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo, os cursos presenciais de Educação Física Licenciatura e todos os cursos de Educação Física na modalidade de ensino à distância independentemente do grau e os que não foram possíveis sua localização dos PPCs nos sites e a sua não disponibilização por parte da IES contatadas.

4.3 COLETA DOS DADOS

A coleta foi realizada nos sites oficiais das Universidades e por meio de documento encaminhado por e-mail aos coordenadores dos cursos de bacharelado em EF das UF que os PPC que não estavam disponíveis nos sites da IES.

Para a coleta de dados dos PPC que não estavam disponíveis nos sites, foi elaborado um documento (apêndice 1), solicitando-se aos coordenadores de cursos a disponibilização os PPCs dos cursos via e-mail.

4.4 ANÁLISE DE DADOS

Para contemplar os objetivos traçados na pesquisa, foram realizadas as seguintes etapas de análises:

ANÁLISE QUANTITATIVA – Para esta análise foi realizada a descrição absoluta (n) e relativa (%) das instituições e dos cursos por território e dos componentes curriculares presentes em cada PPC.

4.4.1 Verificação da presença de disciplinas voltadas à saúde coletiva nos PPC

Para a verificação da presença de disciplinas voltadas à saúde coletiva nos cursos de Educação Física Bacharelado foram analisadas as matrizes curriculares dos cursos identificados no e-MEC, nos sites oficiais das Universidades Federais que ofertassem o curso.

Primeiramente, foram ponderadas as disciplinas que continham em seu título palavras referentes à saúde pública, saúde coletiva, políticas públicas, políticas em saúde e saúde. Em seguida, os PPC's foram analisados no intuito de verificar se os títulos das disciplinas condiziam com as ementas apresentadas para as disciplinas, além da categorização das disciplinas básicas para a formação em Educação Física.

Após as disciplinas serem identificadas e definidas, foram quantificadas em:

- i) Quantificação da carga horária da disciplina, e;
- ii) Porcentagem da distribuição da carga horária da disciplina em relação a todos os cursos, calculada a partir da soma de todas as cargas horárias dividida pela quantidade de categorias de perfil.

4.4.2 Oferta de disciplinas de estágio no sistema único de saúde nos PPC

Nessa etapa, os PCC's foram utilizados para identificar quantitativamente quanto a ementa das disciplinas de estágio curricular destinavam de carga horária para saúde coletiva e ou para atuação no SUS.

Na análise, considerou-se a quantificação geral da carga horária das disciplinas de estágio das Universidades Federais, a porcentagem da carga horária

ofertada nas disciplinas de estágio relacionadas a saúde pública e/ou SUS e a porcentagem da carga horária nos demais áreas de atuação.

ANÁLISE QUALITATIVA

Para a análise documental do corpo do PPC foi utilizado o software livre de análise textual IRAMUTEQ. Trata-se de um software gratuito com fonte aberta disponibilizada em (www.iramuteq.org). Este software foi desenvolvido pelo pesquisador francês Pierre Ratinaud que, semelhante ao ALCESTE, utiliza-se de algoritmos para a construção das análises estatísticas dos textos.

O programa possibilita análises textuais como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras) e análises multivariadas descritas na Classificação Hierárquica Descendente (CHD), com seleção de trechos significativos das classes representadas em corpus colorido, representação de nuvem de palavras, análise de similitude.

Nesta pesquisa, utilizou-se para representar o conteúdo textual do PPC a (CHD), com a composição das classes hierárquicas bem como a seleção pelo software dos segmentos de texto formados pelo corpus colorido.

Após essa composição foi realizada a análise lexicográfica compondo a representação do perfil de formação impresso no PPC descritos através das classes formadas pela CHD e da frequência das palavras (≥ 3) que significativamente ($p < 0,001$) compõem os PPC dos cursos. Esses dados foram comparados com os dados da análise quantitativa.

5 RESULTADOS

5.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS

Foram selecionadas 63 Universidades Federais (UF), número total registrado no e-MEC, destas, 46 ofertavam os cursos de Educação Física, Licenciatura e Bacharelado. Das 46 UF, 43 ofertavam os cursos de Educação Física Licenciatura e 33 ofertavam os cursos de Educação Física Bacharelado. Na modalidade presencial obtivemos o resultado de 98 cursos de Educação Física, sendo 60 cursos da Licenciatura e 38 do Bacharelado (Tabela 1).

Tabela 1 Número de Universidades Federais, distribuição, caracterização segundo o grau dos cursos de Educação Física. Vitória de Santo Antão - PE, 2019.

	Universidade Federal	Universidade Federal com curso de EF	Total de cursos de EF nas UF	GRAU	
				EF Licen.	EF Bach.
TOTAL	63	46	98	60	38

Fonte: Portal do Ministério da Educação e-MEC, 2019.

Considerando os critérios de inclusão desta pesquisa, 11 UF com cursos de bacharelado não foram incluídas por não apresentaram seus PPC nos sites das instituições e não atenderam à solicitação do pesquisador para a disponibilização deste documento via e-mail.

Assim, das 33 UF que ofertavam os cursos de Educação Física Bacharelado, apenas 22 (66%) atenderam aos critérios de inclusão. Dos 38 cursos de Bacharelado em Educação Física, 25 (65%) foram selecionados por atenderam aos critérios de inclusão, estando distribuídos nas 5 regiões do Brasil (Tabela 2).

Tabela 2 Distribuição por Região das Universidades Federais e cursos de Bacharelado em Educação Física que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa – Vitória de Santo Antão - PE, 2019.

	REGIÃO	Nº DE UF	Nº DE CURSOS*
	Norte	1	2
	Nordeste	5	6
	Sudeste	10	10
	Sul	3	3
Total:			

Centro-Oeste	3	4
5	22	25

*Que atenderam aos critérios de inclusão

** Dados coletados no Portal do Ministério da Educação e-MEC, 2019 e Projetos Político Pedagógico dos cursos de Bacharelado das UF brasileiras.

Fonte: LIMA, F., 2019.

A carga horária geral do currículo, distribuída entre as disciplinas que compõem o currículo da área básica de saúde, da área de saúde coletiva e da área específica da EF bacharelado descrita na tabela 3, evidenciou a predominância das disciplinas voltadas ao currículo específico do bacharel em EF com 74% de da carga horária geral. Em seguida, as disciplinas que compuseram o currículo da área básica de saúde com 11,94%, e as disciplinas relacionadas com a área da saúde coletiva com 14,06% (Tabela 3)

Tabela 3: Distribuição da carga horária geral de disciplinas segundo as áreas do currículo: área básica de saúde, área de saúde coletiva e área específica do curso de Bacharelado em Educação Física das Universidades Federais, Vitória de Santo Antão- PE, 2019.

ÁREA BÁSICA DE SAÚDE		ÁREA DE SAÚDE COLETIVA		ÁREA ESPECÍFICA	
DISCIPLINA	CARGA HORÁRIA	DISCIPLINA	CARGA HORÁRIA	DISCIPLINA	CARGA HORÁRIA
Anatomia	2225	Epidemiologia	697	Biomecânica e Cinesiologia	3295
Histologia/Citologia/BC	1262	Saúde coletiva/pública	570	Fisiologia do esforço ou do exercício	2236
Fisiologia Geral	1633	Atividade física e políticas de saúde e lazer	1114	Metodologia do treinamento físico	2310
Primeiros socorros	987	Educação física e atenção básica de saúde	340	Crescimento, desenvolvimento e aprendizagem Motora	2610
Bioquímica	726	Atividade física e Doenças Crônico-Degenerativas	1636	Medidas e avaliação física	1258
Biofísica	160	Educação física, saúde, sociedade e meio ambiente	468	Bioquímica do exercício	872
Farmacologia	161	Envelhecimento, atividade física e saúde	1009	Dança, Ginástica, Esportes e treinamento desportivo	25598
Imunologia	368	Políticas públicas de saúde	629	Educação Física Adaptada	1876

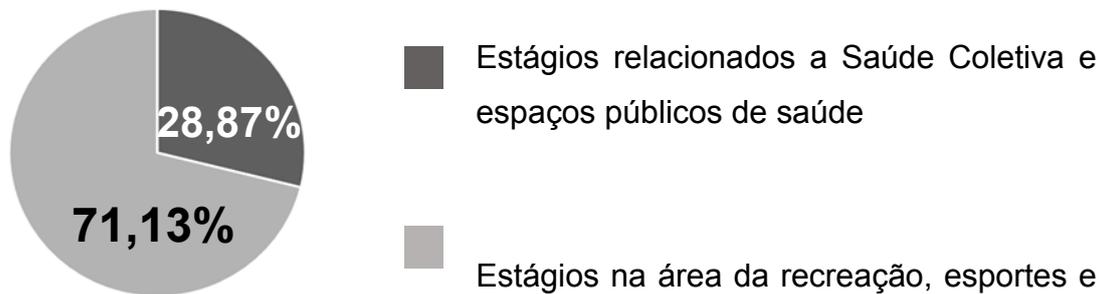
		Promoção de saúde e atividade física	956	História, Sociologia, Antropologia, Epistemologia e Filosofia da Educação Física	3470
		Filosofia, Sociologia e Antropologia	1437	Gestão, empreendedorismo e Marketing	2579
				Psicologia da Educação Física	1668
TOTAL DA CH	7522	TOTAL DA CH	8856	TOTAL DA CH	46578
% DA CH	11,94	% DA CH	14,06	% DA CH	74

***CH= CARGA HORÁRIA** ** Dados coletados nos Projetos Político Pedagógico dos cursos de Bacharelado das UF brasileiras.

Fonte: LIMA, F., 2019.

Com relação a oferta de disciplinas de Estágio, numa soma geral das cargas horárias, os estágios relacionados a Saúde Coletiva e espaços públicos de saúde somaram 28,87% (2311 horas) da carga horária ofertada enquanto os estágios na área da recreação, esportes e academia representaram 71,13% (5693 horas) da carga horária total de estágio curricular nas Universidade Federais, representado no gráfico 1.

Gráfico 1- Carga Horária de Estágio ofertada nos cursos de Educação Físicas nas UF



*Dados reunidos nos Projetos Político Pedagógico dos cursos de Bacharelado das UF brasileiras.

Fonte: LIMA, F., 2019.

5.2 RESULTADOS QUALITATIVOS

Ao analisar o Corpus Textual no Programa Iramuteq, contendo as disciplinas dos 25 cursos, obtivemos os seguintes resultados: Na análise lexicográfica clássica pudemos identificar as unidades de texto, a quantidade de segmentos de texto, número de formas distintas, número de ocorrências, frequência média de palavras, o número de classes e aproveitamento do corpus, representada na tabela 4.

Tabela 4: Análise Lexicográfica do Corpus Textual das disciplinas dos 25 cursos de educação física.

ANÁLISE LEXICOGRÁFICA	
Unidades de texto	24
Número de Segmentos textual	2392
Número de formas distintas	6591
Número de ocorrências	84488
Frequência média >= 3	1920
Número de classes	4

Aproveitamento do Corpus

90.22%

*Dados reunidos nos Projetos Político Pedagógico dos cursos de Bacharelado das UF brasileiras.

Fonte: LIMA, F., 2019.

Na análise documental, o corpus textual compreendeu os 25 PPC's dos cursos selecionados. O software IRAMUTEQ processou 24 unidades de texto (PPC), pois no corpus textual, existia 2 PPC's idênticos, mas de distintos cursos, fazendo com que o programa lesse como uma única Unidade de Texto.

Dos 2392 segmentos textuais, foram considerados 90,22% (2158 segmentos textuais) de aproveitamento do Corpus pelo software, sendo distribuído em 4 classes, com 6591 formas distintas, 84488 números de ocorrências e 1920 palavras com frequência igual ou superior a 3 repetições.

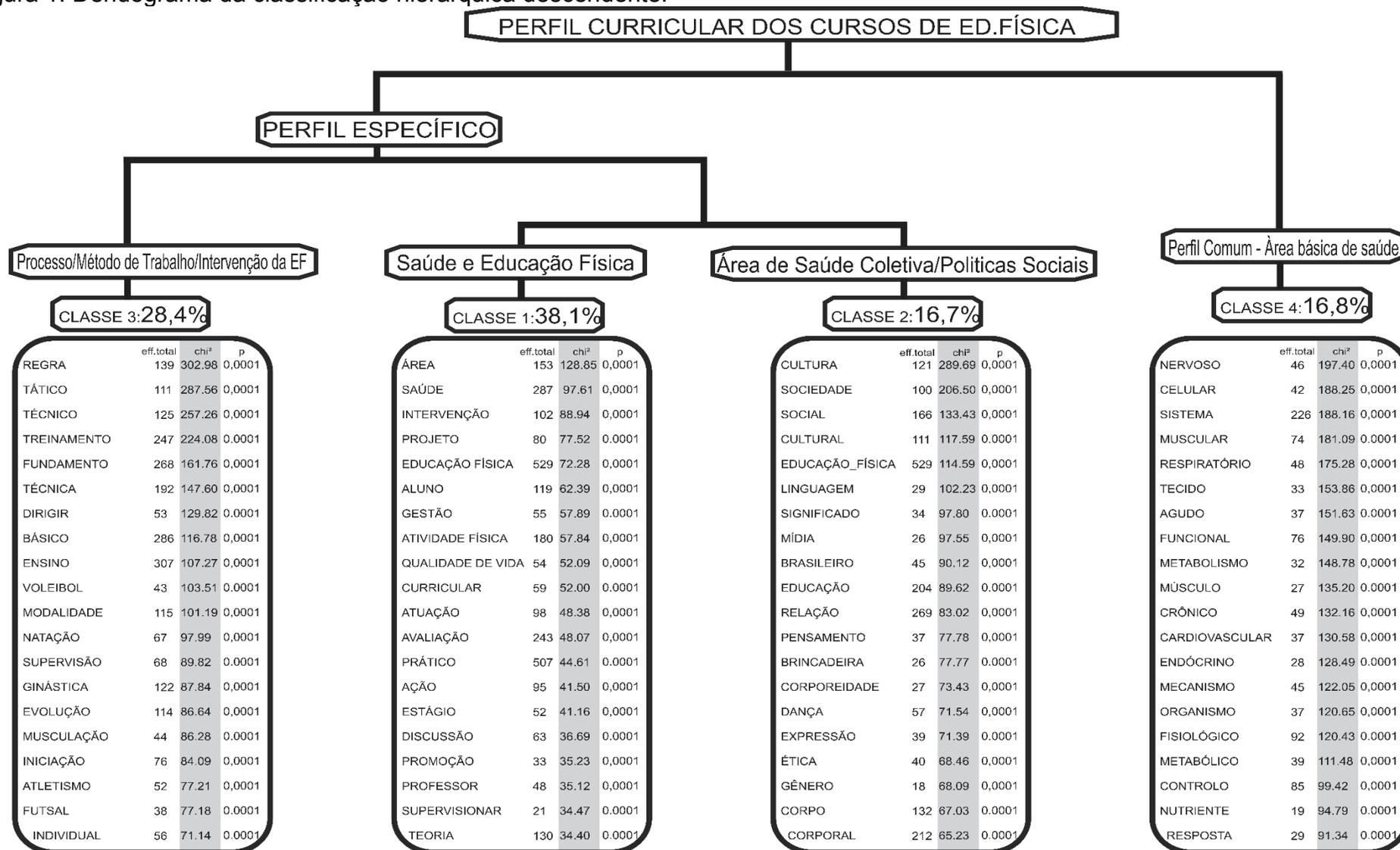
A análise multivariada apresentada pela CHD na forma gráfica de um dendograma foi composta por 3 subcorpos e 4 classes hierárquicas como mostra a figura 1.

Na primeira partição o corpus subdividiu-se em um subcorpo formando a classe IV que corresponde a 16,8%. Numa segunda partição de subcorpo o software gerou a classe III, representando 28,4% e posteriormente numa terceira partição de subcorpo se subdividiu na classe I com 38,1% e na classe II com 16,7%, seguindo essa ordem descrita.

Os subcorpos e as classes foram nomeados compreensivamente por meio da análise do conteúdo visualizada nas relações hierárquicas das palavras que compõem as classes representadas pela CHD.

Foi observado a CHD das palavras, o número de segmentos de texto no corpus que contém, ao menos uma vez, a palavra citada (*eff.total*), o valor do qui quadrado (Chi^2) que representa o nível de associação da palavra com a classe e o subcorpo e o valor de $p < 0,001$ para identificar o nível de significância da associação da palavra com a classe.

Figura 1: Dendograma da classificação hierárquica descendente.



Fonte: LIMA. F.. 2019

Subcorpus I - Classe 4

Esta classe é constituída por 16,8% do corpus de estudo. Foi evidenciado o perfil comum da área básica da saúde presente nos PPC's dos cursos de Educação Física. O corpus colorido gerado na análise demonstra os segmentos de textos que representam essa classe. A seguir destacamos alguns segmentos de texto que representam essa classe, destacados dos PPC's, pelo software Iramuteq no corpus colorido.

“Reconhecer os componentes estruturais que formam os órgãos do corpo humano, compreender a histogênese, origem embrionária dos tecidos fundamentais, estudar os aspectos celulares dos tecidos básicos que formam os órgãos do corpo humano relacionando com atividade física e adaptação”.

“Compreender as interações das estruturas dos sistemas anatômicos humanos com o movimento humano, bases biológicas da atividade física, aspectos morfológicos e funcionais dos componentes celulares e teciduais dos sistemas orgânicos abordando as modificações estruturais dos tecidos, determinadas pelo processo de adaptação e mudanças nos níveis de atividade física.”

“Estudar a estrutura e função dos principais sistemas na manutenção da homeostase do meio interno em condições de repouso e em função do exercício de modo a desenvolver conhecimentos sobre o controle e regulação dos sistemas biológicos humanos de forma isolada e integrada”.

Subcorpus II - Classe 3

Esta classe é representada por 28,4% do corpus textual e evidenciou-se o processo/método de trabalho/intervenção da educação física presente nos PPC's. O corpus colorido seguinte gerado na análise demonstra os segmentos de textos que representam essa classe.

“Planejamento dos treinos, testes, avaliações e regras do futebol. Teoria e pedagogia do esporte, conhecimento das diferentes propostas pedagógicas para a

iniciação esportiva nos diferentes níveis de rendimento e formas de manifestação do esporte.”

“Base científica do treinamento, princípios científicos, estudo das capacidades motoras, planejamento de treino esportivo, treinamento em condições especiais, rendimento esportivo e esporte e informática.”

“Abordagem teórico-prática dos procedimentos inerentes ao processo de treinamento aplicados à iniciação esportiva nas diferentes formas de expressão do esporte, estudo dos conceitos básicos relativos aos processos pedagógicos para o ensino do esporte nas suas diferentes formas de expressão.”

Subcorpus III - Classe 1

A classe I apresentou o maior percentual de corpus, sendo constituída por 38,1% do corpus textual no qual verificou-se o perfil para a área da saúde na educação física que compreende o método de atuação/intervenção do trabalho do EF, presente nos PPC's. A seguir estão as representações dessa classe através dos segmentos de textos extraídos do corpus colorido.

“Conhecer os métodos de avaliação da atividade física, conhecer os métodos para avaliar carga de treino de exercício físico, conhecer os principais métodos de campo e laboratoriais para mensuração da composição corporal, compreender a relação entre atividade física, exercício físico e composição corporal.”

“Discutir e aplicar os fundamentos e métodos da gestão de negócios empresariais de modo a adquirir competências e habilidades para o gerenciamento de negócios relacionados ao desenvolvimento da atividade física e do esporte processo de aprendizagem motora estudo teórico prático da aprendizagem motora.”

“Conhecimentos necessários para entender a corporeidade humana desde os primórdios da constituição do homem, sua relação com a natureza e com a cultura e compreenderem os diferentes estágios e formas de comportamento e treinamento que podem intervir no rendimento dos atletas.”

Subcorpus III - Classe 2

A classe II teve a menor representação percentual na análise, sendo composta por 16,7% do corpus textual onde representa o perfil do curso relacionado a saúde coletiva e políticas sociais, percepção corporal e aspectos mais abrangentes da filosofia e socioculturais. O corpus colorido a seguir demonstra os segmentos de textos que representam essa classe.

“A produção do cuidado e a promoção da saúde das diversas populações com ênfase nas práticas de percepção sensibilização e conscientização corporal aspectos sócio antropológicos das atividades corporais.”

“Educação e promoção da saúde, atividades de ensino envolvendo educação e comunicação, educação permanente em saúde e educação de profissionais de saúde desenvolve conteúdos na perspectiva socioambiental e de educação na saúde com ênfase na dimensão sociopolítica e seus determinantes.”

“Discute criticamente acerca do corpo e das práticas corporais no contexto da diversidade cultural problematizando as suas relações com estética e saúde, considerando diferentes marcadores identitários tais como gênero, raça, etnia, classe social, geração.”

6 DISCUSSÃO

O presente estudo fez uma triangulação dos dados quantitativos, qualitativos e pesquisa documental a fim de revelar como está o perfil da formação do curso de Educação Física das Universidades Federais e se essa formação atende a dinâmica de atuação no SUS visto que os cursos de saúde têm diretrizes que ressaltam uma formação que atenda às necessidades do sistema de saúde vigente no país.

Diante esse compromisso dos cursos de saúde em formar recursos humanos com competências adequadas, os resultados quantitativos ressaltaram uma deficiência na formação do bacharelado em educação física para o SUS, apontando um direcionamento para ações de saúde num modelo biologicista, tecnicista, individual e unicausal em muitas das IES federais, resultando no distanciamento da formação com o perfil de atuação voltado ao processo de trabalho e cuidado integral das ações de saúde de maneira interprofissional que corroboram com as diretrizes do SUS.

A análise apontou uma discrepância de oferta na área da saúde coletiva/saúde pública com as análises dos componentes curriculares teórico das disciplinas, ofertando apenas 14,06% da carga horária geral, levando a considerar que o processo de ensino na Educação Física parece ainda formar para o mercado privado dos esportes e fitness, além de reforçar a concepção do modelo assistencial Flexneriano e o paradigma cartesiano de fragmentação do todo para uma análise objetiva das partes, com o isolamento dos componentes curriculares, corroborando a separação dos assuntos e disciplinas como Carvalho(2006) e Ceccim (2004) ressaltam em seus estudos.

Modelo historicamente enraizado na educação física e evidenciado na pesquisa Carvalho (2006), com uma visão de saúde atrelada a dados estatísticos, com competências que visam a especialização, reduzindo o fenômeno a uma relação biologicista pontual centrada na doença, na unicausalidade, na intervenção curativista e procedimental, responsabilizando unicamente os indivíduos por sua condição de vida e saúde sem levar em consideração os determinantes e condicionantes de saúde e seu contexto histórico de relação social.

Em relação aos estágios, evidenciou-se a oferta na área da Saúde Coletiva/Saúde Pública de 28,87% da carga horária total. Em pesquisas como a de Guarda (2014), mostrou que na graduação 85% dos profissionais de educação física

entrevistados que atuavam no Programa Academia da Saúde não tiveram estágio em Saúde Coletiva/Pública e 90% relataram não ter cursado disciplinas relacionadas à área, demonstrando um baixo direcionamento na formação do egresso da educação física para os setores de serviços públicos de saúde e/ou saúde coletiva, assim como Anjos e Duarte (2009) reafirmaram esse descompasso entre a formação e a demanda do sistema público de saúde.

Na análise qualitativa a classe 2, relacionada a área da saúde coletiva e políticas sociais, conformando (16,7%) do conteúdo dos componentes curriculares dos PCC's referem-se a uma perspectiva mais ampliada do conceito de saúde e compreensão do processo saúde-doença na educação física, compreensão essa corroborada pelo corpus colorido que relata a produção do cuidado e da promoção da saúde numa lógica de sensibilização e conscientização do corpo levando em consideração os aspectos sociopolítico e culturais das atividades corporais, a educação permanente e educação em saúde, preocupando-se com os determinantes e problematização das relações estéticas com a saúde.

As unidades de texto que compõem os 28,4% da classe-3 e os 38,1% da classe-1 alinham-se de forma intrínseca com o modelo flexneriano de saúde e a lógica capitalista de mercado, identificando nos segmentos do corpus colorido a visão da saúde atrelada a dados estatísticos, a performance e rendimento esportivo e a gestão de negócios na área fitness, representando assim 66,5% do conteúdo dos componentes curriculares dos PCC's, corroborando os dados quantitativos que apontam maior quantitativo de componentes curriculares na área específica da formação.

A classe-4 com percentual próximo aos achados quantitativos desta pesquisa, 16,8%, refere-se aos conteúdos básicos da saúde na concepção mais biológica, comuns nos cursos da área de saúde, mas ainda seguindo o modelo cartesiano de fragmentação dos conteúdos e a lógica do paradigma positivista da ciência numa concepção biomédica do ensino.

Observa-se que os percentuais de carga horária e das classes hierárquicas dos perfis da formação dos cursos de Educação Física tanto na análise quantitativa, quanto na qualitativa se assemelham, sendo evidenciada um percentual bem superior de carga horária aos conteúdos específicos da formação em detrimento dos conteúdos voltados ao desenvolvimento de competências comuns, nas áreas básica e saúde pública, ratificando a necessidade de aumentar a carga horária e mais

ofertas de disciplinas relacionadas a Saúde Coletiva/Saúde Pública e ao SUS, corroborando com os estudos de Anjos e Duarte (2009), Falci e Belisário (2013), Guarda (2014) Silva (2018), Loch (2019) e Costa (2019) que relatam o déficit na formação dos profissionais de Educação Física para atuarem no SUS.

O debate sobre o processo de formação dos profissionais da saúde pautadas antes mesmo da criação do SUS, mas intensificada com sua homologação, vem passando por diversas e constantes mudanças ao longo das últimas três décadas, buscando meios de superar o modelo hegemônico hospitalocêntrico centrado na cura das doenças, para uma concepção mais ampla da saúde voltada para a promoção e prevenção em saúde desenvolvida na atenção básica. Entretanto, o perfil de formação do profissional de Educação Física não seguiu o mesmo ritmo de avanços, tendo traços ainda muito fortes de um currículo centrado na unicausalidade da doença e intervenções pouco contextualizadas com o ambiente sociopolítico e cultural do indivíduo ou da comunidade a qual for inserida, visto também em estudos como o de Costa (2019).

Haja vista que as Diretrizes Curriculares Nacionais desde 2001 e 2004 ressaltaram a importância de fomentar uma formação que contemple os diversos campos de atuação profissional de modo a não atender apenas a um campo específico de atuação da área, fazendo com que o egresso e futuro profissional de saúde esteja familiarizado e compreenda a dinâmica de atuação no sistema de saúde do país, as DCN deram direcionamentos para um novo perfil de formação que desse conta de atender a integralidade na atenção à saúde, a dinâmica e princípios do SUS (LOCH, 2019).

A integralidade da saúde, o trabalho em equipe e uma formação profissional na área da saúde que contemple o sistema de saúde vigente no país é pautada e afirmada nas DCN's dos 14 cursos de saúde de 2001 e 2004, no entanto, 4 cursos não completaram claramente em suas diretrizes essa afirmação, como a Educação Física, Ciências Biológicas, Psicologia e Serviço Social.

Ceccim e Carvalho (2006), em sua pesquisa concordaram com essa análise verificando no documento da DCN da Educação Física que a participação na saúde era afirmada na prevenção, proteção, reabilitação e promoção da saúde, porém, sem fazer menção alguma ao campo da saúde coletiva/saúde pública nem muito menos sobre o SUS.

Mesmo as diretrizes curriculares da graduação em Educação Física ao longo do tempo apresentando alguns avanços devido o desenvolvimento da área diante o crescimento da pós-graduação, esse avanço continuou ainda muito atrelada aos princípios biológicos do treinamento físico e pouco direcionamento na graduação para a saúde coletiva, ressaltando a importância de uma formação que proporcionasse um conjunto maior de conhecimentos advindos da saúde coletiva, (ROSSETO, 2013).

A questão da formação inicial na Educação Física para a atuação no SUS se comporta de maneira incipiente, e mesmo havendo algumas poucas experiências inovadoras na graduação com ênfase na área da saúde, limites são vistos devido a predominância do paradigma biomédico do exercício/atividade física e a disputa de espaço com áreas hegemônicas, suscitando um déficit no referencial teórico-metodológico nessa perspectiva.

Os currículos da grande maioria dos cursos de Educação Física mostram-se insuficientes para consolidar o saber-fazer no campo do trabalho no SUS, ratificado também no estudo de Da Costa (2019), e confirmando com os resultados apresentados em nossa pesquisa que ficaram em torno de 70% da carga horária destinada as competências específicas tanto na análise quantitativa quanto na qualitativa.

Ao comparar com estudos semelhantes como o de Rosseto (2013), Ceccim e Bilibio (2007), essa lógica de atuação focada exclusivamente na superação da inatividade física para o combate do sedentarismo como um estilo de vida que ao movimentar o corpo biológico a educação física traz a saúde, um concepção limitada, e atrelada ao paradigma positivista da ciência e da unicausalidade da doença, tem uma visão reducionista do trabalho em saúde pautando predominantemente a ideia tecnicista e biomédica, não permitindo a compreensão do fenômeno saúde-doença em um contexto sócio-cultural, essencial para a dinâmica de atuação no SUS.

Com a nova DCN da Educação Física de 2018, esse debate é ainda mais intensificado para uma maior aproximação do curso com o setor da saúde coletiva de forma adequada e integrada, superando esses limites já ressaltados. A nova resolução traz e ideia de uma formação com tronco comum e posteriormente a formação específica, licenciatura ou bacharelado, sendo na formação específica do bacharelado que se salienta a saúde como eixo articulador da formação com temas

diretamente ligados a atuação do profissional no SUS, em seus diferentes níveis de atenção à saúde (COSTA, 2019).

Como destacou Costa (2019), a busca pela mudança curricular somente na ideia de atender às novas exigências das diretrizes com componentes curriculares isolados sem levar em consideração uma maior reflexão e problematização do currículo num todo, em nada avança na estrutura curricular. A mudança no currículo precisa superar uma estruturação baseada em conteúdos fragmentados e desarticulados, para que se avance na promoção de saberes profissionais amplos ligados às necessidades do povo através de um currículo mais integrado, articulando o ensino, a pesquisa e a extensão organicamente.

O Ministério da Saúde publicou o relatório de gestão 2017 e a Revista Poli em 2018 publicou o “SUS em números”, mostrando que 162 milhões de brasileiros e brasileiras dependem exclusivamente do SUS, com 42.606 Unidades Básicas de Saúde, 133 equipes de Consultório na Rua e 2.552 Centros de Apoio Psicossocial enquanto o mercado fitness tem uma adesão de apenas 4%, cerca de 8 milhões da população brasileira, que pratica atividade física em academias segundo a International Health, Racquet & Sportsclub Association Fitness Brasil em 2019.

Com esse cenário e diante marcos importantes na história das políticas de saúde como a Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Política Nacional de Promoção à Saúde que reforçam as práticas corporais e a atividade física na promoção à saúde na atenção básica de forma direta e ou indireta, além das mudanças epidemiológicas e demográficas que o país vem passando, a inserção dos profissionais de Educação Física no NASF-AB e Programa Academia da Saúde é imprescindível, como destaca Guarda (2014), visto que são espaços que fortalecem as práticas corporais e atividade física como oferta de cuidado consolidação da Atenção Básica.

Porém, corroborando os estudos de Carvalho (2016) e Guarda (2014), sua inserção nesses espaços deve superar os limites do modelo de atenção focado na visão curativa e que para além de promover e realizar atividades físicas, o profissional de Educação Física construa um cuidado ampliado na perspectiva de escutar, encontrar, observar e mobilizar indivíduos onde no processo de cuidado do corpo, ocorra a construção das relações de vínculo e corresponsabilidade na produção da saúde.

Em seu sentido amplo do processo saúde-doença e de promoção da saúde, é importantíssimo a consolidação desses espaços, NASF-AB e Programa Academia da Saúde, como dispositivos de enfrentamento aos problemas de saúde pública diante o complexo perfil epidemiológico e demográfico do Brasil.

Essa mudança no estilo de vida, com hábitos saudáveis e a inclusão das práticas de atividade física regularmente, ratificada pela Sociedade Brasileira De Cardiologia, a Política Nacional de Promoção à Saúde e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT trazem eficácia na prevenção e tratamento das DCNTs, fortemente associada a inatividade física como um dos fatores de risco.

Contudo, como expõe Carvalho (2006), as práticas de atividade física no SUS devem considerar os aspectos sociais, políticos e culturais das atividades corporais promovendo a sensibilização e conscientização do corpo na promoção da saúde, enxergando os determinantes e condicionantes de saúde, promovendo a educação permanente e educação em saúde levantando a problematização das relações estéticas com a saúde.

Ainda, os cursos de saúde, principalmente de IES públicas, devem ter um compromisso ético e social em demandar um retorno para a sociedade de forma universal e equânime, articulando-se para a consolidação do SUS, uma das maiores vitórias do povo brasileiro, e isso perpassa da formação inicial até a atuação no serviço, defendendo essa conquista histórica dos ataques e sucateamentos provenientes das políticas neoliberais que o enfraquece.

A universidade pública precisa direcionar a sua missão de formar profissionais para atender as necessidades da população inserida num diálogo com as práticas e técnicas profissionais inclusivas numa perspectiva de consciência classista, pois os direitos sociais, educação, previdência, direitos trabalhistas e saúde foram/são conquistas da classe trabalhadora diante muitas lutas e mobilizações, que precisam ser garantidas e ampliadas.

É principalmente para assistir a essa população, que ocupa e vai ocupar esses espaços no SUS, que estes profissionais devem ser formados, sendo imprescindível ter uma maior imersão nos assuntos da saúde coletiva, na contextualização histórica e política que é a saúde e principalmente o SUS.

Diante disso, é preciso consolidar ainda mais o SUS com uma formação que de fato seja efetiva e voltada para atender a sociedade e a dinâmica de trabalho do sistema de saúde.

7 CONCLUSÃO

Concluí-se nesta pesquisa que o perfil de formação do bacharel em EF das Universidades Federais brasileiras ainda encontra-se dissonante com o sistema público de saúde brasileiro. A análise dos PPC revela que a formação está centrada ainda no modelo biologicista unicausal, fitness e esportivista em detrimento de um perfil mais abrangente em que a Saúde Coletiva e as Políticas Públicas sejam valorizadas.

Desta forma, os egressos de Educação Física chegam ao mercado de trabalho com esta fragilidade no perfil profissional para atuação no SUS. O baixo percentual de carga horária em disciplinas e estágios na área da Saúde Coletiva/Saúde Pública não permite que o mesmo chegue no sistema de saúde com segurança, embasamento teórico e prático e familiarizado com a complexidade e funcionamento do mesmo.

É preciso investir e institucionalizar políticas de estratégias para a reorientação na formação com mudanças estruturais nos currículos, a fim de superar o modelo biologicista e a fragmentação do conhecimento e do cuidado, buscando uma formação que dialogue ainda mais com as necessidades e exigências da sociedade atual e do SUS.

Contudo, é necessário que ocorra um rompimento com a lógica fragmentada e isolada dos componentes curriculares e que a carga horária e o número de disciplinas relacionadas a saúde coletiva, SUS e seus princípios, políticas públicas e saúde em sua integralidade sejam elevadas.

É necessário ter uma educação física com uma concepção ampliada de saúde que vá além da ausência de doença, compreendendo o processo saúde-doença em sua totalidade, levando em conta os determinantes e condicionantes e assim avançar para a integralidade do cuidado. O profissional de EF deve ser um membro atuante da equipe de saúde na Atenção Básica na ESF com o NASF e o PAS PSE, ocupando de forma quantitativa e qualitativamente estes espaços onde o mesmo tem relevância na prevenção e promoção da saúde.

Para isso, é imprescindível uma maior inserção teórica e prática com vivências na área da saúde coletiva, a fim de, adquirir o domínio dos conceitos, saberes pertinentes às ciências sociais e humanas, princípios e processos de trabalho no SUS, aprimorando os recursos cognitivos para superar as complexidades da dinâmica desse sistema ao apontar, retratar e problematizar as questões sanitárias com tomadas de decisões coerentes e adequadas.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; FEUERWERKER, L. Estou me formando (ou me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o Sistema de Saúde me oferece na Saúde Coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p.183-198. (Saúde em debate, 170).

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa de saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface. comunic, saúde, educ**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, Feb. 2005 .

ANJOS, T. C.; DUARTE, A. C.G.O. A educação física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1127-1143, 2009.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde (LOS) - Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990a**. Brasília, 1990.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 218, de 6 de março de 1997**. Reconhece as categorias profissionais de saúde de nível superior. Brasília: CNS, 1997.

BRASIL. **Portaria Interministerial MS/MEC Nº 2.101, de 3 de novembro de 2005**. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde-Pró-Saúde para os cursos de graduação em saúde. Brasília, 2005.

BRASIL. **Portaria interministerial MS/MEC n. 3019 de 2007**. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde-Pró-Saúde para os cursos de graduação em saúde. Brasília, 2007.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde-PET-Saúde. Brasília, 2008.

BRASIL. **Decreto n.1331 A de 17 de fevereiro de 1854**. Reforma do ensino primário e secundário no Município da Corte. Coleção de Leis do Império do Brasil - 1854, Página 45 Vol. 1 pt. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1331-a-17-fevereiro-1854-590146-publicacaooriginal-115292-pe.html>. Acesso em: 05 maio 2019.

BRASIL. Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento do Sistema e Descentralizado de Saúde nos Estados (SUDS), e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 jul 1987, Seção I, p. 1153.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2018**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. CNE/CES. **Parecer nº 1.133/2001. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição**. Brasília: MEC, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil**. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

BRAVO, M. I. **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. pp. 149-82.

CARVALHO, Y. M. Saúde, sociedade e vida um olhar da educação física. **Rev Bras Cienc Esporte**. Porto Alegre, v. 27, n.3, p.153-68, 2006.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de; NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devidé. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1829-1838, June 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000601829&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Dec. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07482016>

CASTELLANI FILHO, L. **Política educacional e educação física**. Campinas: Autores Associados, 1998.

CECCIM, R. B., BILIBIO, L. F. Singularidades da Educação Física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In: FRAGA, A. B.; WACS, F. (orgs.) **Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

CECCIM, RB; FEUERWERKER LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p-1400-10, 2004 b.

CECCIM, RB; FEUERWERKER, LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Rev.Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004a.

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

supl. 1, p. s7-s16, 2008 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300002&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Dec. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>.

COSTA, H. O. G.; KALIL, M. E. X.; SADER, N. M. B. Red UNIDA: **Un nuevo actor social em El campo de lãs políticas públicas**. La educación de los profesionales de la salud em latinoamerica: teoría y práctica de un movimiento de cambio. São Paulo, Buenos Aires, Londrina: Hucitec, Lugar Editorial, Ed. UEL, 1999.

COSTA, Marcelo Viana da; BORGES, Flávio Adriano. O Pró-PET-Saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 19, supl. 1, p. 753-763, 2015 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500753&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Dec. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1057>.

CRUZ, Danielle Keylla Alencar et al. **Da promoção à prevenção: o processo de formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde no período de 2003 a 2006**. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

COSTA, F. F. (2019). Novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Educação Física: oportunidades de aproximações com o SUS? **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 24, p. 1-4, 2019.

DA ROS, M. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKY, M; ESTEVÃO, A; PALMA, A; DA ROS, M. (Orgs). **A saúde em debate na educação física**. Blumenau: Nova Letra, 2006, p.45-64.

DARIDO, S. C; Rangel, I. C. A. **Educação física na escola: implicações para a prática pedagógica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005.

DIAS, Henrique Sant'Anna; LIMA, Luciana Dias de; TEIXEIRA, Márcia. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1613-1624, 2013.

SCOREL, S. **Reviravolta da Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 206p.

FLORINDO, A A. Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a promoção das atividades físicas no Brasil: de onde viemos, onde estamos e para onde vamos. **Rev Bras AtivFis Saúde**, Florianópolis, v.14, n.2, p.72-73, 2012.

FRAGA, Alex Branco; CARVALHO, Yara Maria de; GOMES, Ivan Marcelo. Políticas de formação em educação física e saúde coletiva. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, p. 367-386, Nov. 2012 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462012000300002&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Dec. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462012000300002>.

FREIRE ES, Verenguer RCG, Reis MCC. Educação física: pensando a profissão e a preparação profissional. **Rev Mackenzie Educ Fis Esporte**, São Paulo, v.1, n.1, p.39-46, 2002.

FRENK, J; LINCOLN, C; ZULFIQAR, A; BHUTTA, JC; NIGEL, C; TIMOTHY, E; HARVEY, F, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, London, v.376, n.9756, p.1923-1958, 2010.

GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012.

GONZALEZ AD, ALMEIDA MJ. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis**, Rio de Janeiro. v.20, n.2, p.551-570, 2010.

GUARDA, Flávio Renato Barros da et al. **Análise dos processos de trabalho dos profissionais de educação física que atuam no Programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife**. 2014. 178 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

GUIMARÃES, C. O SUS em número. **Revista Poli: saúde, educação e trabalho**. Rio de Janeiro, Ano 10, n .59, p.3, jul. 2018.

GUTIERREZ, W. **História da Educação Física**. Porto Alegre: IPA, 1972.

HORTALE, Virginia Alonso; CONILL, Eleonor Minho; PEDROZA, Manoela. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 79-88, Jan. 1999 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Dec. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000100009>.

INTERNATIONAL HEALTH, RACQUET; SPORTSCLUB ASSOCIATION FITNESS BRASIL. Sobre. **IRHSA Fitness Brasil**, [s.l.: s.n], 2019. Disponível em: <https://fitnessbrasil.com.br/ihrsa/sobre>. Acesso em: 13 dez. 2019.

KOIFMAN, Lilian; HENRIQUES, Regina Lúcia Monteiro. A experiência da pesquisa EnsinaSUS. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 5, n. 1, p. 161-172, June 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462007000100008&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Dec. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462007000100008>.

LAGO, Luiz Aranha Correa. A retomada do crescimento e as distorções do milagre: 1967-1973. In: ABREU, Marcelo de Paiva. **A ordem do progresso: cem anos de política econômica republicana: 1889-1989**. Rio de Janeiro: Campus, 1990. p.233-294.

LIMA, Ana Wlândia Silva. **Processo de construção e implementação do estágio curricular interprofissional na graduação em saúde**. 2018. 182 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T et al. (Orgs) **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LOCH, M. R.; DIAS, D. F.; RECH, C. R. Apontamentos para a atuação do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde: um ensaio. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 24, 1-5., 2019.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; PINTO, H. A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 51, p. 14-29, out. 2014.

MALCHESKI, Raquel de Fátima Boza dos Santos. -A formação dos professores de educação física no Brasil e sua trajetória histórica. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO., 13, 2017, Curitiba. **Anais [...]**. Curitiba: PUC/PR, 2017.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção primária à saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**, v. 2, p. 44-50, 2009.

MÉDICE, A. C. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil**: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo; Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública; 1994. 216 p. ilus, tab. (AdSAUDE - Série Temática, 3)

NUNES ED. As ciências humanas e a saúde: algumas considerações. **Rev Bras Educ Med**. Brasília, v.27, n.1, p.65-71, 2003 jan-abr.

OLIVEIRA, Angelo Giuseppe Roncalli da Costa; DE SOUZA, Elizabeth Cristina Fagundes. **A saúde no Brasil**: trajetórias de uma política assistencial. Odontologia social: textos selecionados, 2002.

PAIM, Jairnilson Silva. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 167-183, June 1986. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Dec. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1986000200005>.

PAIM, Jairnilson et al. Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Veja**, v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária Brasileira**. Contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e perspectivas. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em, v. 20, p. 91-122, 2008.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.15-36, mar. 2014.

PAULUS JÚNIOR, Aylton; CORDONI JÚNIOR, Luiz. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, 2006.

PEDUZZI, Marina et al . Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 47, n. 4, p. 977-983, Aug. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400977&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Dec. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>.

PINA, Leonardo Docena. Atividade física e saúde: uma experiência pedagógica orientada pela pedagogia histórico-crítica. Florianópolis, **Motrivivência**, v.20, n.30, p.158-168, 2008.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, Belo Horizonte, v. 35, p. 01-35, 2001.

RAMOS, J. J. **Os exercícios físicos na história e na arte**. São Paulo: Ibrasa. 1982.

ROSSETO, Luanna Cunha. **Educação física na saúde: desafios e formação a partir dos documentos legais**. TCC (Bacharel em Educação Física) UFRGS, Porto Alegre, 2013.

SANTOS, Marta Alves. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. **Rev. katálysis**, Florianópolis , v. 16, n. 2, p. 233-240, Dec. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802013000200009&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Dec. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802013000200009>.

SILVA, A. B. J. D. **Análise dos currículos de formação em educação física para atuação no setor saúde: subsídios para a (re) orientação dos cursos de graduação**. 2018. TCC (Bacharel em Educação Física) - Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal DE Pernambuco, Vitória de Santo Antão, 2018.

SILVA, P.S.C. Profissionais de Educação Física e o SUS: desafio nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **CREF3/SC**, Florianópolis, 10 fev. 2017. Disponível em: <https://www.crefsc.org.br/artigo-profissionais-de-educacao-fisica-e-o-sus-desafio-nos-nasf/>. Acesso em: 13 dez. 2019.

SIMIONATTO, I. Caminhos e descaminhos da política de saúde no Brasil. **Revista Inscrita**, Brasília, n. 1, p. 15-20, 1997. https://issuu.com/cfess/docs/revistainscrita-cfess_1 Acesso em: 10 nov. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 84, supl.

1, p. 3-28, Apr. 2005 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2005000700001&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Dec. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2005000700001>.

TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S. Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas. Londrina; **Divulg. saúde debate**, Londrina, n.12, p.19-23, jul. 1996.

TORRES, Odete Messa. **Os estágios de vivência no Sistema Único de Saúde:** das experiências regionais à (trans) formação político-pedagógica do Ver-SUS/Brasil. 2005. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) -Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

UNESCO. DELORS, Jacques et al. **Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI.** Educação: um tesouro a descobrir. SP: Cortez, 1996.

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

**APÊNDICE A - OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTO PARA PESQUISA
ACADÊMICA**

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM DOCUMENTOS

Vitória de Santo Antão, ____ de julho de 2019.

Núcleo de Educação Física e Ciências do Esporte - UFPE – CAV

Of. De solicitação de documentos para pesquisa acadêmica

Eu, Fernando de Lima, responsável principal pelo projeto de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), o qual pertence ao curso de Bacharelado em Educação Física da Universidade Federal de Pernambuco – Centro Acadêmico de Vitória (UFPE – CAV), venho pelo presente, solicitar, através do Núcleo de Educação Física e Ciências do Esporte, autorização do **(REPRESENTANTE E UNIVERSIDADE)**, para realização da coleta de dados através do **Projeto Político Pedagógico (PPP) do curso de Educação Física Bacharelado e Licenciatura**, para o trabalho de pesquisa sob o título: **PERFIL DOS CURSOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM UM CONTEXTO HISTÓRICO DE AFIRMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**. Acadêmico Fernando de Lima, e-mail: fernandolima.ef@gmail.com e telefone: (81)9 9866-6080; Orientado pela Professora Ana Wlândia Silva de Lima, e-mail: anwladia@gmail.com. A coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa diretoria.

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Pesquisador Principal

Orientadora da Pesquisa

Coordenadora do Curso de
Educação Física Bacharelado
UFPE – CAV