AUTORES:

Marcus de Almeida Gomes

Geiza Pimentel Pinto

Flávia Martins Reis

Gabriela Cardoso M Marques

<https://doi.org/10.5628/rpcd.17.S5A.70>

Percepção sobre a formação e atuação profissional da Educação Física no Sistema Único de Saúde (SUS)

PALAVRAS CHAVE:

Formação profissional.

Atenção primária a saúde.

Educação Física.

RESUMO

O objetivo do estudo foi identificar a percepção dos formadores e estudantes de uma Residência Multiprofissional em Saúde, na Região Nordeste, Brasil, quanto às expectativas, estrutura curricular e prática do profissional de educação física no Sistema Único de Saúde. Foi realizado um estudo de campo de caráter descritivo exploratório, com abordagem qualitativa. Para tanto, foi aplicado entrevista estruturada em nove profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde, onde seis destes eram formados em Educação Física e atuavam a mais de um ano no Sistema Único de Saúde. Para análise dos dados utilizou-se a técnica do discurso do sujeito coletivo. Como resultados emergiram as seguintes ideias centrais: 1) expectativas da atuação profissional, 2) formação profissional, 3) a prática profissional na residência multiprofissional e 4) as perspectivas e alternativas para atuação no SUS. Foi possível identificar que os atores reconhecem a importância da educação física na saúde pública e que os aspectos pedagógicos são inerentes no desenvolvimento das competências; que a formação da graduação não consegue atender os princípios e as diretrizes para atuação recomendados pelo Sistema Único de Saúde; e que a atuação na saúde pública estará sempre em construção e não deve ser restrita apenas a doença.

Perception on the formation and professional practice of Physical Education in Health System Only (SUS)

ABSTRACT

The aim of the study was to identify the perceptions of teachers and students of a Multidisciplinary Residency in Health, in the Northeast, Brazil, as regards the expectations, the curriculum and the practice of physical education professionals in the Unified Health System. A field exploratory descriptive study with a qualitative approach was conducted. We applied semi-structured interviews to nine professionals engaged in a Multidisciplinary Residency in Health. Six of these were trained in physical education and worked for more than a year in the Unified Health System. For data analysis, we used the technique of discourse collective subject. The results showed the following core ideas: 1) expectations of professional practice, 2) training, 3) professional practice in multi-residence, and 4) prospects and alternatives for action in the SUS. It was possible to ascertain that the actors recognize the importance of physical education in public health and that the educational aspects are inherent in the development of skills; additionally, the graduation courses can not meet the principles and guidelines for action recommended by the Unified Health System; finally, acting on public health will always be in ongoing and should not be restricted to disease.

KEYWORDS:

Staff development. Primary health care.

Physical Education and training.

INTRODUÇÃO

Desde o final do século XX e início do século XXI as práticas em saúde vêm sofrendo constantes mudanças (Paim & Almeida Filho, 1998), onde se destacam os avanços dos debates e ações no campo da promoção da saúde, até as iniciativas de saúde pública (Heidmann, Almeida, Boehs, Wosny, & Monticelli, 2006). Diante dessas ações, os profissionais têm sido convidados a refletir sobre como lidar não mais apenas com a doença (ações medicalizadas), mas também, com a construção de procedimentos e metodologias que fortaleçam os serviços comunitários, as políticas públicas saudáveis e o favorecimento da participação popular.

Sem dúvida, a atuação na saúde pública, em especial aquelas pautadas em iniciativas de promoção da saúde, requer uma formação ampliada e contextualizada, devido principalmente às diferenças marcantes em nossa sociedade e diante dos inúmeros problemas sociais que o Brasil enfrenta.

Após ser reconhecida como uma das profissões da área da saúde, desde 1997, a educação física tem feito parte dessa atuação (Conselho Nacional da Saúde, Ministério da Saúde do Brasil, 1997), e após dez anos foi inserida nas políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Gabinete do Ministro, Ministério da Saúde do Brasil, 2008). Mas, apesar desta inserção no SUS representar uma possibilidade de consolidação como profissão da saúde, para educação física ainda se faz necessário pensar o seu “fazer”, de forma a ampliar a sua intervenção para além das questões biomédicas e essencialmente voltadas para o tratamento das doenças crônicas degenerativas.

É possível destacar que a atuação no controle das doenças e agravos não transmissíveis (DANTs) tem acontecido de forma tímida e pontual, por meio de programas e projetos de atividade física (Gomes & Duarte, 2008; Hallal, 2010; Kokubun et al., 2007; Kruchelski & Raubach, 2005; Matsudo et al., 2002; Moraes, Sebastião, Costa, & Gobbi, 2010; Nakamura et al., 2012; da Rosa Afonso, Cavalli, da Silva, Rombaldi, Campos, 2012; Silva, Matsudo, & Lopes, 2012) e não como políticas públicas efetivas, o que dificulta a sua abrangência nas ações para o SUS. Mas, provavelmente esta inserção seja justificável e pode ser questionada em dois pontos em específicos, como: 1) será que a formação inicial do profissional de educação física atende as necessidades do SUS? e 2) de que forma aconteceria a sua atuação no SUS?

A partir da expansão dos campos de intervenção da educação física e da demanda crescente por profissionais aptos ao trabalho no SUS, ainda não se efetivou uma formação que consiga atender as questões da saúde pública (Pasquim, 2010). Tal realidade evidencia a clara necessidade de re/ orientação dos caminhos da educação física para esta atuação, que perpassa pelas diretrizes curriculares para a formação inicial (Conselho Nacional de Educação, 1997) e de outros espaços formativos.

O Sistema Único de Saúde tem investido na reorganização do modelo de atenção à saúde com mudanças ao longo desses anos, no sentido de aumentar o alcance de suas ações

com melhor qualidade e atenção voltadas aos usuários, inclusive na orientação das práticas profissionais e da formação neste campo.

Como uma alternativa para transformar o modelo de formação para lidar com o SUS, considerando a dimensão territorial e os problemas e agravos à saúde específicos de cada região, em 2005 foi criada por meio do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde (Ministério da Educação do Brasil, 2005). Caracterizada como um tipo de especialização, a Residência em Saúde é orientada pelos princípios e diretrizes do SUS a partir das necessidades e realidades locais e regionais e procuram abranger as profissões da área da saúde, como a Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Ministério da Educação do Brasil, 2007).

Como uma das alternativas para qualificação profissional para o SUS, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, tem como característico as metodologias de formação interdisciplinar, da clínica ampliada, de estratégias pedagógicas e de Educação Permanente, com voltadas para a atenção à saúde integral.

Portanto, a importância deste debate para a educação física, passa principalmente pela formação inicial, seja por meio dos cursos de graduação (bacharelado ou licenciatura), ou por meio das Residências Multiprofissionais em Saúde, e até mesmo pela percepção e expectativas dos atores que atuam com a saúde pública desde a criação do SUS.

Logo, sendo a RMSF um importante e principal caminho de formação para o professor de educação física e de outros profissionais de saúde para atuarem no SUS, a aplicação deste estudo justifica-se pela necessidade de amadurecer e nortear o debate sobre a formação profissional e a atuação do profissional de educação física (PEF) no SUS.

Para tanto, o objetivo deste estudo foi identificar a percepção dos formadores (coordenadores, preceptores, tutores) e estudantes de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família da região nordeste, quanto expectativas, estrutura curricular e prática do profissional de educação física no Sistema Único de Saúde.

MÉTODO

Esta pesquisa se caracteriza como um estudo de campo, de caráter descritivo exploratório com abordagem qualitativa (Minayo, 2003).

O campo escolhido para a pesquisa foi a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Escola Visconde de Saboia, localizada na cidade Sobral, Ceará, Brasil (Martins, Parente, Sousa, & Sousa, 2008; Soares, Pinto, Dias, Parente, & Chagas, 2008). A sua escolha se deu a partir dos seguintes critérios: 1) maior tempo de formação de PEF para o SUS; 2)

disponibilidade de vaga para o PEF na seleção de acesso da RMSF; 3) questão histórica com as políticas nacionais de saúde e pioneirismo com a formação de profissionais para o SUS.

CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO

A Escola de Saúde da Família Visconde de Saboia está localizada em Sobral, município brasileiro do estado do Ceará, é uma instituição que acolhe, planeja, organiza e desenvolve tecnologias e dissemina ações educativas em Saúde da Família buscando fortalecer o SUS, dentro da sua área de abrangência. Deu início a suas atividades em 1999, em detrimento às necessidades sentidas e tendo seu nascimento e desenvolvimento fortemente vinculado ao Sistema Municipal de Saúde de Sobral, para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, com enfoque na concepção abrangente de saúde, não mais centrada na doença e sim no paradigma da Promoção da Saúde, com a construção de novas práticas e de uma nova postura. Tem como marco teórico-metodológico os princípios da Promoção da Saúde, da Educação Permanente, da Educação Popular e da Educação por competência, a partir da integração entre serviço-ensino e ensino-serviço, qualificando o processo de gestão participativa e democrática. O Sistema de Saúde de Sobral e da RMSF são organizados por meio do Sistema Aprendente (Soares et al., 2008), um Sistema de Saúde Escola que busca desenvolver as atividades educativas preferencialmente no espaço de trabalho do “residente”, e parte de uma compreensão onde o conhecer supera a tradicional dicotomia escola-mundo (Martins et al., 2008; Parente, Dias, Chagas, & Craveiro, 2006).

Para aplicação do estudo foram escolhidos, de forma não aleatória por convite, 09 (nove) profissionais que representavam as funções exercidas na RMSF (coordenador, tutor, preceptores, residentes e ex-residentes), e que tinham experiência de atuação no SUS.

PROCEDIMENTOS

Para a coleta de dados, utilizou-se da técnica da entrevista semiestruturada (face a face) contendo informações pessoais, características sobre a formação profissional (tempo de formação, curso e instituição), além dos temas balizadores da pesquisa composto pelos seguintes tópicos: 1) expectativa para atuação do PEF no SUS; 2) estrutura curricular da formação inicial, da residência e a preparação para atuação do PEF; e 3) a prática profissional do PEF na RMSF.

Todas as entrevistas foram realizadas individualmente, gravadas, transcritas na íntegra e com validação dos conteúdos pelos entrevistados, e duraram em média entre 17 minutos e 41 segundos a 49 minutos e 22 segundos, totalizando 298 minutos e 35 segundos.

Para análise das entrevistas utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que consiste na organização e tabulação dos dados de uma pesquisa qualitativa de natureza verbal, para a construção do pensamento coletivo, caracterizando-o como o emissor do discurso individual (Lefèvre & Lefèvre, 2003).

O presente estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, CEP/UFSC sob o protocolo de nº 733/ 10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados um coordenador, dois tutores, dois preceptores e quatro profissionais da educação física, sendo dois residentes e dois ex-residentes. Dos nove sujeitos entrevistados seis eram formados em Educação Física e atuavam a mais de um ano no SUS e a média do tempo da formação na graduação foi de pelo menos três anos, os demais possuíam formação em Odontologia, Terapia Ocupacional e Psicologia, respectivamente.

O tempo de atuação no Sistema Único de Saúde do grupo entrevistado variou de dois a 14 anos. Os PEF entrevistados foram estudantes de universidade pública e tiveram a formação generalista (licenciatura plena). Dois deles atuavam a menos de um ano no Núcleo e de Apoio a Saúde da Família e os outros dois tiveram a experiência com o SUS durante a graduação.

A RMSF vem sendo o principal caminho de formação para os PEF e outros profissionais de saúde para atuação no SUS. Assim, conhecer a lógica da prática profissional, bem como a estrutura curricular e as expectativas dos atores envolvidos é fundamental para o amadurecimento do debate sobre a formação profissional e a atuação do PEF no SUS.

EXPECTATIVAS QUANTO À ATUAÇÃO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NO SUS

Neste sentido, um dos questionamentos realizados foi sobre as expectativas quanto à atuação da Educação Física no SUS, que gerou as seguintes ideias centrais (IC):

IC: Formação e a Competência Profissional para o SUS.

Eu vejo que é muito promissor a atuação do educador físico. Minha expectativa é que a gente vá além de condutores de caminhadas, melhorar a abrangência da atividade do educador físico e que a gente possa estar revitalizando a questão do trabalho interdisciplinar. E falar em mudança do estilo de vida sem falar de construção de novas relações das pessoas com seu corpo, com o sedentarismo, a atividade física, não tem como você discutir a promoção da saúde sem entrar nessa questão. Então, é uma lacuna que tem que ser preenchida e é indispensável à presença do profissional de educação física dentro da ESF. (DSC 1)

Através do relato do DSC 1 percebe-se que a expectativa da atuação do PEF no SUS, não está apenas na lógica da promoção de atividade física, mas também que sua atuação possa contemplar os aspectos social, econômico e cultural do território, buscando uma melhoria na qualidade de vida da população atendida. Assim, compreendendo a relevância da atividade física no processo de prevenção e promoção à saúde, a partir dos princípios da Política

Nacional de Promoção à Saúde (Ministério da Saúde do Brasil, 2006) tornou-se pertinente a atuação do profissional de educação física nas iniciativas de políticas públicas de saúde.

Para Coutinho (2011), o PEF deve apresentar conhecimentos, habilidades, atitudes, e vivências com o SUS a fim de interagir com a comunidade, trabalhando na resolução dos problemas e possibilitando o envolvimento da comunidade nas ações programadas pelas equipes de saúde.

IC: Processo Educativo e a Competência Pedagógica.

Vejo que o profissional de educação física tem uma grande contribuição que é a questão pedagógica dentro da saúde da família, essa compreensão da didática, do fazer pedagógico, essa questão da educação e saúde. Como facilitador de processos educativos, o profissional de educação física, durante toda sua formação e atuação encontra sua práxis permeada por um fazer educativo construído a partir do diálogo com a comunidade, favorecendo o empoderamento. (DSC 1)

Este discurso reafirma a importância da prática pedagógica nas ações da atenção primária à saúde e a contribuição do PEF. O fazer profissional no campo da saúde, pautado na lógica da educação em saúde, permite e reforça a difusão de hábitos saudáveis, ações de vigilância em saúde, diminuição da vulnerabilidade social e estímulo da inclusão social. Nesta prática o aconselhamento e o trabalho interdisciplinar são indispensáveis na relação de trabalho com a comunidade.

Outro aspecto presente na formação do PEF é o planejamento pedagógico, ferramenta comumente utilizada a partir das necessidades diagnosticadas no processo de trabalho, como o estudo de casos, atendimentos compartilhados, educação em saúde e projetos terapêuticos singulares, com a troca de saberes e corresponsabilidade, visando a construção do processo ensino-aprendizagem nos espaços de cuidado em saúde.

Portanto, a prática educativa e pedagógica característica da formação do PEF aproximam-se dos princípios da educação em saúde e da lógica da educação permanente, com o apoio matricial aos trabalhadores das Equipes de Saúde da Família, a partir de demandas identificadas no trabalho compartilhado, ligado às ações do processo do cuidado com ênfase nas práticas de promoção de saúde (Gabinete do Ministro, Ministério da Saúde do Brasil, 2008).

Em relação à formação, foram questionados se a estrutura curricular e a preparação para atuação atendem ao SUS, gerando dois DSC, um enfocando a formação inicial/graduação (DSC 2) e outro a formação na RMSF (DSC 3).

FORMAÇÃO INICIAL/GRADUAÇÃO

IC: Currículo e atuação profissional no SUS.

Faltou um direcionamento para estar atuando na saúde. O que é SUS, seus princípios, qual a proposta, como a gente pode estar atuando na área da saúde, o que é a Estratégia Saúde da Família? Dentro do curso deve-se focar mais a questão das políticas públicas de saúde, pelo menos na minha formação eu vi mais a questão tecnicista ou então voltada para educação física escolar. Para atuação dentro do SUS a gente não é preparado para isso, apesar de que tem este projeto de extensão que a gente pode estar se inserido e tentando viabilizar esse lado que a gente não ver. (DSC 2)

Para DSC 2 a ausência de conteúdos e vivências baseados nos princípios e diretrizes do SUS e nas políticas públicas de saúde nos currículos de graduação em educação física, bem como a ausência de articulação entre o currículos e a prática, tem dificultado uma intervenção adequada, e colocando o PEF distante da realidade da atenção primária a saúde.

Na formação inicial dos cursos de graduação em educação física nota-se ainda modelos curriculares fragmentados com metodologias tradicionais que não subsidiam a atuação na atenção primária a saúde, e muito menos atende aos propósitos e as diretrizes que orientam a atuação no SUS.

Pasquim (2010) identificou uma divergência entre a organização disciplinar do conhecimento que orienta a formação dos profissionais de saúde e a realidade encontrada no território, pois os currículos na graduação são organizados de modo que pouco contribuem para a resolução das questões concretas e cotidianas no campo da saúde.

O ensino de disciplinas específicas na formação inicial para atuação em saúde não conseguem preparar e atender as demandas para o SUS. Com relação à formação inicial, as práticas extensionistas e sua curricularização têm se colocado como alternativa promissora para aproximação do PEF ao SUS e de outras práticas que evidenciam o papel e contribuição deste profissional para saúde pública (Benedetti & Santos, 2012; Gomes, 2007). Sendo assim, faz-se necessário o fortalecimento das competências da educação física para estarem articuladas com as demais áreas de atuação no SUS, visando à integralidade e a intersetorialidade na atenção em saúde.

IC: A formação para o SUS: aspectos técnicos e pedagógicos.

O conhecimento pedagógico que tive na graduação foi o que contribuiu muito na minha formação enquanto residente. São dois conhecimentos que a minha graduação contribuiu muito, foi o conhecimento pedagógico: conhecendo as teorias e as organizações pedagógicas, e o conhecimento técnico: que o movimento requer durante as atividades práticas, a recreação e o lazer. (DSC 2)

O DSC 2 reafirma que mesmo não havendo uma disciplina específica para atender as demandas na atuação no campo da saúde, houve uma contribuição relevante em relação às questões pedagógicas, a qual tem contribuído para o saber fazer em saúde.

É evidente a interação dos conhecimentos técnicos e pedagógicos abordados nos conteúdos tanto nos espaços formais (escola) ou não formal (espaços fora da escola) durante a formação, o que se tornam indispensáveis para a construção de competências e atuação do PEF na saúde pública, com destaque para apropriação das teorias pedagógicas da educação física a fim de desenvolver uma prática contextualizada e referenciada com a comunidade, na construção do empoderamento social e humano.

Bueno (2012) reconhece que a intervenção pedagógica em educação em saúde no âmbito do movimento humano é de maneira geral, o objetivo de intervenção da educação física no SUS, seja para com a equipe de saúde através do matriciamento ou para a intervenção direta com o usuário.

IC: A formação complementar para o SUS

Não posso negar toda experiência ligada a fisiologia humana, a fisiologia do esforço, todas teorias pedagógicas, a própria história da educação física, história do lazer, todos estes conteúdos. O que faltou vamos dizer assim foi o conhecimento sobre saúde pública, de saúde da família e de saúde coletiva. (DSC 2)

No DSC 2 destaca o conhecimento adquirido na formação inicial, desde as correntes pedagógicas ligadas à educação física aos conhecimentos técnicos como a fisiologia, a cinesiologia e outros, como fundamentais para a atuação profissional. Dessa maneira, esse discurso reafirma a necessidade de integrar novas metodologias de ensino e estruturas de formação profissional, com enfoque na saúde. Reconhece ainda que os conteúdos, pedagógicos e técnicos, adquiridos durante a formação inicial em educação física possuem aspectos metodológicos e educacionais que favorecem a prática efetiva e contextualizada, os mesmos não são suficientes para compreender a dinâmica social e o desenvolvimento de práticas interdisciplinares para o SUS.

FORMAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA:

IC: Aproximação do currículo com o processo de trabalho no SUS.

Acho que todos os componentes que são passados para residência a gente pode estar aproveitando. Tudo que é passado tipo: noções o que é ESF; os princípios do SUS, tudo isso vem a contribuir para nossa formação, não só para nós, mas para todo o profissional que vem a se inserir na ESF. Além de a residência propiciar isso, ainda propicia um aspecto que eu não vejo outro espaço que se possa fazer isso, que é construir essas competências de forma articulada com os outros saberes, com as outras práticas, com outros profissionais. (DSC 3)

No DSC 3 observa-se que a existência de alguns aspectos importantes para formação do profissional de saúde, como os conteúdos baseados na prática, a partir das experiências advindas das inúmeras situações do território e fundamentados na teoria, gera o conhecimento da prática a partir das vivências e da visão do trabalho de forma integral e interdisciplinar.

A RMSF possibilita a construção de um novo modelo de atenção à saúde, contribuindo para o desenvolvimento de novas tecnologias que associam saberes das categorias envolvidas, a partir das necessidades de saúde existentes no território e das condições de trabalho na saúde da Família.

IC: Trabalho em Equipe (Campo e núcleo de saberes)

Então um dos primeiros aspectos na nossa equipe multi é buscar maneiras de pensar e de agir interdisciplinarmente. Nessa busca a gente está cuidando para não perder o específico, dentro de um locus de atuação que é a atenção primária do SUS. Não sei se é abrir mão das competências em prol de um núcleo comum, até porque este núcleo comum acontece naturalmente quando você atua em equipe, mas romper com as barreiras do que é meu, do que é seu e do que é do outro, integrar estes fazeres no sentido de ampliar este campo comum. (DSC 3)

De acordo com o DSC 3, o processo de trabalho dos profissionais da RMSF, é voltado para o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, não abandonando a importância das competências dos núcleos e campos de saberes. Assim, é imprescindível a compreensão dos conceitos de núcleo e campo de saberes pelos profissionais no âmbito da saúde.

Coutinho (2011) destaca o conceito de campo de saberes como as responsabilidades comuns a todos os profissionais, e o núcleo, por sua vez, caracteriza-se o conjunto de responsabilidades e saberes específicos a cada profissão. Em relação ao campo comum, podemos citar algumas ferramentas utilizadas pela Saúde da Família e NASF como: a clínica ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Programa Saúde no Território (PST), as atividades de grupos e atendimento compartilhado, enquanto as competências específicas do PEF são a prescrição de exercícios físicos, avaliação antropométrica, práticas corporais/atividade física, dança, esportes. Assim, o PEF não deve limitar apenas os saberes e as práticas de cuidado do seu núcleo de conhecimento, mas a todas as competências comuns aos profissionais de saúde, além do diálogo permanente em equipe a fim de ampliar a resolubilidade das questões de saúde.

Com o compartilhamento de responsabilidades e práticas, o trabalho em equipe busca o processo de trabalho interdisciplinar e multiprofissional “no qual progressivamente os núcleos de competência específicos de cada profissional possam enriquecer o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado neste nível de atenção” (Ministério da Saúde do Brasil, 2014).

Dessa maneira, espaços de discussões para gestão do cuidado, reuniões e atendimentos conjuntos, contribuem para a construção de um processo de aprendizado coletivo, não priorizando apenas as especificidades das profissões envolvidas na equipe interdisciplinar.

IC: Construção do fazer e as demandas do território.

Esta construção do fazer é uma coisa nova, é um processo em construção. Quando fala em território a gente não está falando só em espaço geográfico, está falando em território vivo, aonde permanentemente mudam-se os conceitos, mudam-se os estilos de vida, a cultura daquela população vai se adaptando, quem dita o nosso fazer, quem orienta as nossas práticas são os territórios e isso é uma característica forte da ESF. Dentro do território o profissional de educação física tem muita penetração, porque a comunidade aceita com muita facilidade este profissional e a sua atuação. (DSC 3)

Neste aspecto, o DSC 3 reafirma dois processos importantes para a construção do fazer no SUS: a territorialização e a cartografia. Como pressupostos básicos do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família, a territorialização tem sido utilizada no âmbito da gestão da saúde, consistindo na definição de territórios vivos com suas margens de responsabilidade sanitária. O professor deve caracterizar a área sobre sua responsabilidade, bem como identificar os potenciais parceiros para compor e ampliar a sua rede de assistência à saúde, que pode ser composta por outros colegas presentes nas academias de ginástica, nas escolas do seu território, nas clínicas e nos clubes, além de programas e políticas públicas em atividade física. Por outro lado, a cartografia apresenta em sua organização a necessidade de reconhecimento e de planejamento do território, afim de que possam pensar que o seu fazer, ultrapassa aos grupos de caminhada e a aulas de práticas corporais. Essas ações surgem por meio da educação permanente a partir de: 1) visita domiciliar; 2) atendimento compartilhado; 3) discussão de casos clínicos; 4) abordagem em grupos; 5) oficinas de educação em serviço referentes a atividade física; 6) exercícios laborais nas equipes de saúde da família; 7) atividades educativas nas escolas; 8) eventos pontuais que estimulem a prática regular de atividade física; 9) construção de projetos singulares terapêuticos; e 10) diálogo permanente com a rede assistencial intersetorial e intrasetorial.

CONCLUSÕES

O modelo fragmentado da formação inicial em educação física aponta pela necessidade de mudanças significativas para a atuação na atenção primária a saúde, sendo importante pensar em um modelo compatível com a realidade sanitária e epidemiológica do país, próximo das questões sociais, culturais e políticas, possibilitando assim uma formação crítica aos futuros profissionais, diferente do modelo biomédico tradicional e hospitalocêntrico, centrado apenas na doença.

Assim, o fazer da educação física no SUS deve estar diretamente relacionado às ações do processo do cuidado com ênfase nas práticas de promoção de saúde, a partir das demandas identificadas no território buscando a autonomia e fortalecimento da comunidade.

Por fim, os discursos apresentados reafirmam: 1) a importância da educação física para as iniciativas da saúde pública e que a interação dos conhecimentos técnicos e pedagógicos são necessários para o desenvolvimento das competências; 2) que a formação inicial não consegue atender os princípios e as diretrizes recomendadas pelo SUS, e que a aproximação do PEF as experiências na atenção básica potencializar a contribuição deste profissional de maneira interdisciplinar, destacando o campo de atuação e o núcleo comum; e 3) que o fazer na saúde pública esta sempre em construção e que a atuação profissional não deve ser restrita apenas no campo da doença.

AGRADECIMENTOS

A Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia pelo financiamento da pesquisa e pela concessão de bolsas de pesquisador.

REFERÊNCIAS

- Benedetti TRB, Santos SFS (2012). Educação física no contexto da saúde. In Nascimento JV, Farias GO (Orgs.). *Construção da identidade profissional em educação física: da formação à intervenção*, vol. 2. Florianópolis: Editora da UDESC/Coleção Temas em Movimento, 543-556.
- Ministério da Educação do Brasil (2005). *Lei nº 11.129*, de 30 de junho de 2005. Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS.
- Ministério da Saúde do Brasil (2006). *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Educação do Brasil (2007). *Portaria Interministerial 45 de 12 de Janeiro de 2007*. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.
- Ministério da Saúde do Brasil (2014). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família, V.1-Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano / 116 p.: il.. *Caderno de Atenção Básica* 39. Brasília.
- Gabinete do Ministro, Ministério da Saúde do Brasil (2008). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Credencia municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, para receber o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-Nasf. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Recuperado em 30 março 2010 de http://www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/2008/Orienta%C3%A7%C3%B5es%20da%20Reformula%C3%A7%C3%A3o%20da%20Portaria_N%C2%BA154.doc
- Bueno XA (2012) Entre o fazer e o registrar da educação física no NASF: a relação conflitante entre a classificação Brasileira. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
- Conselho Nacional da Saúde, Ministério da Saúde do Brasil (1997). *Resolução nº 218*. Recuperado em 20 de maio, 2016, de conselho.saude.gov.br/resolucoes/1997/Reso218.doc
- Coutinho SDS (2011). *Competências do profissional de educação física na atenção básica à saúde*. Dissertação de doutoramento, Universidade de São Paulo, Brasil.
- da Rosa Afonso M, Cavalli AS, da Silva MC, Rombaldi AJ, Campos ALP (2012). Do diagnóstico à ação: núcleo de atividades para a terceira idade (NATI)-trajetória e construção. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 15(3): 180-182.
- Gomes MA (2007). *Orientação de atividade física em programa de saúde da família: uma proposta de ação*. Dissertação de pós-graduação, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
- Gomes MA, Duarte MFS (2008). Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da família: programa ação e saúde Floripa – Brasil. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 13(1): 44-56.
- Hallal PC, Tenório MCM, Tassitano RM, Reis RS, Carvalho YM, Cruz DKA, Malta DC (2010). Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. *Cad Saúde Pú* 26(1): 70-78.
- Heidmann, I. T. S. B., Almeida, M. D., Boehs, A. E., Wosny, A. D. M., & Monticelli, M. (2006). Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enferm* 15(2): 352-358.
- Kokubun E, Luciano E, Sibuya CY, Queiroga MR, Ribeiro PAB, Silveira RF, Nakamura PM (2007). Programa de atividade física em unidades básicas de saúde: relato de experiência no município de Rio Claro-SP. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 12(1): 45-53.
- Kruchelski S, Rauchbach R (Orgs.). (2005). *Curitiba: gestão nas cidades voltada à promoção da atividade física, esporte, saúde e lazer: avaliação, prescrição e orientação de atividades físicas e recreativas, na promoção de saúde e hábitos saudáveis da população curitibana*. Curitiba, Brasil: Livro Digital.
- Lefèvre F, Lefèvre AMC (2003). *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)* (2ª ed.). Caxias do Sul: Educs.
- Martins Jr T, Parente JRF, Sousa FL, Sousa MST (2008). A Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral-Ceará. *Sanare Rev Pol Públ* 7(2): 23-30.
- Matsudo V, Matsudo S, Andrade D, Araújo T, Andrade E, de Oliveira LC, Braggion G (2002). Promotion of physical activity in a developing country: the Agita São Paulo experience. *Pub Health Nut* 5(1a): 253-261.
- Minayo MCS (Org.) (2003). *Pesquisa social* (22. ed.). Petrópolis: Vozes.
- Moraes PF, Sebastião É, Costa JLR, Gobbi S (2010). Projeto Saúde na Praça: uma experiência de promoção da saúde em Araraquara-SP. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 15(4): 255-259.
- Nakamura PM, Papini CB, Chiyoda A, de Oliveira Gomes GA, Netto AV, Teixeira IP, ... Kokubun E (2012). Programa de intervenção para a prática de atividade física: Saúde Ativa Rio Claro. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 15(2): 128-132.
- Paim, JS, Almeida Filho, N (1998). Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saúde Pú* 32(4): 299-316. doi:10.1590/S0034-89101998000400001
- Parente JRF, Dias MAS, Chagas MIO, Craveiro MVA (2006). A trajetória da residência multiprofissional em saúde da família de Sobral. In *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, pp. 81-96.
- Pasquim HM (2010). A saúde coletiva nos cursos de graduação em Educação Física. *Saúde Socied* 19(1): 193-200.
- Silva L, Matsudo S, Lopes G (2012). Do diagnóstico à ação. Programa comunitário de atividade física na atenção básica: a experiência do município de São Caetano do Sul, Brasil. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 16(1): 84-88.
- Soares CHA, Pinto VDPT, Dias MSA, Parente JRF, Chagas MIO (2008). Sistema saúde escola de Sobral (CE). *Sanare Rev Pol Públ* 7(2): 7-13.