

Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

O conhecimento e a prática dos acadêmicos da
Educação Física com atuação na Saúde Pública

Angelo Battaglion Neto

Orientadora: Prof^a.Dr^a. Iranilde José Messias Mendes

Ribeirão Preto

2003

SUMÁRIO

Dedicatória

Agradecimentos

Sumário

Lista de Figuras

Lista de Tabelas

Resumo

Abstract

Resumén

Apresentação

1. Introdução	1
2. Referencial Teórico	8
2.1 O movimento da saúde	9
2.2 Educação Física: evolução e tendências	17
2.2.1 A formação profissional em Educação Física no Brasil	19
2.2.2 O mercado e a força do trabalho em Educação Física	23
2.3 Educação Física e a promoção da saúde	29
2.4 Estratégias de intervenção na saúde coletiva	36
2.4.1 Programa de Integração Comunitária: o cenário do estudo.....	40
3. Objetivos	43

4. Metodologia	45
4.1. Modalidade de estudo	46
4.2. Campo de observação: a população e representação	48
4.3. O diagnóstico da situação: a coleta de dados	49
4.4. Instrumentos	50
4.4.1. Validação dos instrumentos	55
4.4.2. Tratamento dos dados	57
5. Resultados da análise estatística	59
5.1 da Formação Acadêmica	60
5.2 dos Conhecimentos Específicos	63
5.3 da Qualificação Profissional	70
5.4 do Usuário	73
6. A intervenção estratégica: o encontro participativo	77
6.1 Discussão dos disparadores temáticos	79
6.2 Análise das ações participativas	86
7. Considerações finais	89
8. Anexos	96
9. Referências	125

RESUMO

BATTAGLION, A. N. – O conhecimento e a prática dos acadêmicos de educação física com atuação na saúde pública.

O estudo foi realizado com os acadêmicos da Educação Física e os beneficiários de um Programa de Saúde Pública dirigidos à adultos supostamente sadios ou portadores de doenças crônicas degenerativas. Este trabalho tem como objetivo estudar a dimensão do saber e as habilidades técnicas a serem enfatizados na formação acadêmica do profissional de educação física, bem como produzir uma estratégia pedagógica de capacitação, através do emprego de técnica de grupo operativo, onde os sujeitos do estudo estão centrados na tarefa de trocarem experiências e avaliarem sua participação nesta área. Para compreender melhor o vivencial dos participantes deste trabalho optou-se pela pesquisa quanti-qualitativa, utilizando-se a pesquisa-ação como metodologia, em que todos os envolvidos interagem em busca de soluções de problemas previamente identificados através de um diagnóstico da situação. Assim, foram coletados dados através da aplicação de quatro instrumentos de avaliação, cujos resultados identificaram que as áreas de Fatores de Risco, Avaliação e Testes de Aptidão Física e Planejamento da Educação Física em programas de promoção em saúde são os temas disparadores mais carentes percebidos para as dimensões cognitivas da Educação Física em relação à Saúde. No segundo momento desta estratégia inovadora de auto-capacitação, foram feitas discussões dentro do encontro participativo, observando-se esforços e sentimentos conflitantes no processo de formação acadêmica e no princípio relativo da Qualificação Profissional. Para minimizar as tarefas mais problemáticas, este autor propõe a melhoria dos recursos didáticos, comunicação, informação, ações políticas e, principalmente, a valorização e conscientização acadêmica sobre a importância do exercício físico nos programas de saúde pública e na qualidade de vida da população.

UNITERMOS: pesquisa-ação, promoção da saúde, atividade física, avaliação em educação física.

ABSTRACT

BATTAGLION, A. N. – Knowledge and practice of physical education academics in the public health sector.

This research was held among Physical Education academics and the beneficiaries of a Public Health Program oriented towards adults supposedly healthy or with chronic degenerative disease. The aim is to study what knowledge dimension and technical abilities should be emphasized in the academic formation of physical education professionals, as well as to produce a pedagogical training strategy by applying the operational group technique, in which study subjects focus on the task of exchanging experiences and evaluating their participation in this area. With a view to a better understanding of the participants' experiences, a quantitative-qualitative research was carried out by means of the action research methodology, in which all persons involved interact in search for solutions to problems that were previously identified through a situational diagnosis. Thus, data were collected by means of four evaluation instruments, whose results identified that Risk Factors, Evaluation, Physical Fitness Tests and Physical Education Planning in health promotion programs are the trigger issues perceived as most wanting for the cognitive dimensions of Physical Education in relation to Health. In the second phase of this innovating self-training strategy, discussions were held in participative meetings, in which conflicting efforts and feelings were observed with respect to the academic formation process and the relative Professional Qualification standard. With a view to minimizing the most problematic tasks, the author proposes improvements in didactical resources, communication, information, political actions and, mainly, in the valuation and academic awareness about the importance of physical exercise in public health programs and people's quality of life.

UNITERMS: action research, health promotion, physical exercise, evaluation in physical education.

RESUMEN

BATTAGLION, A. N. – El conocimiento y la práctica de académicos de educación física con actuación en salud pública.

Este estudio se realizó con académicos de Educación Física y los beneficiarios de un Programa de Salud Pública dirigidos a adultos supuestamente sanos o con enfermedades crónico degenerativas. El objetivo de este trabajo es estudiar la dimensión del saber y las habilidades técnicas que deben ser enfatizadas en la formación académica del profesional de educación física, y también producir una estrategia pedagógica de capacitación a través del uso de la técnica de grupo operativo, donde los sujetos del estudio están centrados en la tarea de intercambiar experiencias y evaluar su participación en esta área. Se efectuó una investigación cuantitativa-cualitativa para comprender mejor las experiencias de los participantes, utilizándose la investigación-acción como metodología, en la que todos los involucrados interactúan para buscar soluciones de problemas anteriormente identificados a través de un diagnóstico de la situación. Así, se aplicaron cuatro instrumentos de evaluación para coleccionar datos. Sus resultados identificaron que las áreas de Factores de Riesgo, Evaluación y Testes de Aptitud Física y Planificación de Educación Física en Programas de promoción de salud son los temas disparadores los más faltos percibidos para las dimensiones cognitivas de la Educación Física con relación a la Salud. En la segunda fase de esta estrategia innovadora de auto-capacitación, se realizaron discusiones dentro del encuentro participativo, observándose esfuerzos y sentimientos conflictivos en el proceso de formación académica y en la norma relativa de la Calificación Profesional. Para minimizar las tareas las más problemáticas, este autor propone la mejoría de los recursos didácticos, comunicación, información, acciones políticas y, principalmente, de la valorización y concientización académica sobre la importancia del ejercicio físico en los programas de salud pública y en la calidad de vida de la población.

UNITERMOS: investigación-acción, promoción de salud, actividad física, evaluación en educación física.

Apresentação

Quando, em março de 1993, reunimo-nos, no Centro de Educação Física da Universidade de São Paulo, Campus de Ribeirão Preto, para tratarmos da implantação de um programa de saúde ao adulto, à convite de uma docente da Escola de Enfermagem - USP, não imaginávamos a exata dimensão do desafio de participar de um projeto interdisciplinar, articulado com várias instituições em busca do enfoque da promoção de saúde.

Refletindo sobre o assunto, pensamos: Como um programa de atividade física poderia atuar neste projeto? Quais os benefícios que a prática regular de exercício físico em um projeto de Saúde Pública, ao ar livre, poderia favorecer seus participantes em níveis fisiológicos e psicossociais? E, quais seriam os conhecimentos necessários para que um profissional da área da educação física pudesse participar efetivamente desta realidade?

Observamos, então, após aquele encontro, que encontraríamos dificuldade em torno daquela proposta, despertando-nos a importância de realizar pesquisas e estudos científicos sobre o assunto, pois os conhecimentos até aquele momento não colocava-nos em condições de atuar com segurança na área de promoção da saúde.

Estruturado teoricamente, iniciamos nosso trabalho, em novembro daquele ano, as atividades práticas com treze participantes no programa, na praça José Mortari, localizada ao lado da Unidade Básica de Saúde de Vila Tibério, em Ribeirão Preto. A partir daí, foram meses de trabalho, luta, estudos, reflexões, tudo isto envolto dos afazeres diários do nosso cotidiano. Enfrentamos vários momentos difíceis, tais como falta de estrutura, descrédito interdisciplinar, dificuldades financeiras e políticas. Mas, sempre existia algo que nos empurrava e à medida que o tempo passava, encontrávamos força e apoio para ir em frente.

Uma destas motivações foi quando, em janeiro de 1996, já com nove programas instalados em outros locais da cidade, foi nomeado um médico e, também, professor de educação física para o cargo de coordenador do Programa de Integração Comunitária – PIC, indicado pelo, então, secretário municipal da saúde, dando-nos todo respaldo necessário para que o projeto tivesse definitivamente aceitação política e social em todos os níveis.

Outra satisfação e reconhecimento do trabalho foi, quando, em 1997, fomos convidados e aceitamos supervisionar o aprimoramento do profissional da Educação Física no Programa de Hipertensão Arterial da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, sob a coordenação de um cardiologista.

Por outro lado, toda esta estrutura que se solidificava, não seria possível de ser realizada sem a participação dos recursos humanos e financeiros oferecidos pela Secretaria Municipal de Esportes do município, que nos ofereceu toda estrutura técnica para os eventos programados e realizados. Também, tivemos a colaboração efetiva nesta fase do projeto de implantação, da Secretaria do Bem Estar Social e, principalmente do Fundo Social de Solidariedade da Prefeitura de Ribeirão Preto, que em grande parte foi a nossa esperança para a solução de diversos problemas e situações.

Durante vários anos, colhemos os frutos do árduo trabalho desenvolvido, com a realização de vários eventos esportivos, tais como Jogos Regionais da Terceira Idade - JORI, Olimpíadas do PIC, e participamos ativamente na criação do Conselho Local de Saúde, no envolvimento da comunidade em propostas participativas do governo municipal, na fundação do Núcleo de Atendimento da Terceira Idade.

Decorridos vários anos de sua implantação, caracterizada pela ação sensibilizadora e de deflagração, este programa de promoção da saúde encontra-se, atualmente, interligado pela fase de avaliação de resultados, denominado período de carência, e pela fase caracterizada de

continuidade, ou período de sedimentação, necessários à consolidação do processo, tendo em vista o alcance do estágio de autonomia.

Mas, tudo isto não seria o sucesso e a expectativa de um futuro promissor, sem contar com o auxílio dos profissionais da educação física, que sob nossa orientação pedagógica e metodológica, no período de 1994 a 2000, participaram integralmente do trabalho incansável daquele projeto.

Aqueles que participaram deste projeto, também, encontraram dificuldades surgidas durante o processo de atuação, que se inicia com a falta de conhecimentos específicos sobre o assunto, acerca do significado, do valor e dos propósitos desta prática, pois sabemos que a Educação Física tem dado um enfoque fundamentado, ainda, num contexto reducionista, afastado da natureza ecológica, cósmica e espiritual do homem, fomentando a busca de compensações e aquisições apenas materiais.

A despeito deste problema, verifica-se um esforço de compreendê-la como um processo associado à realidade global em que vivemos, procurando dar assistência à totalidade vital, através da aprendizagem da prática do cotidiano.

Para compreender melhor o significado deste trabalho, em 1996, ingressamos no curso de pós-graduação, em nível de mestrado, no Departamento Materno Infantil e de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, permitindo-nos a oportunidade de melhorar os nossos estudos e conhecimentos científicos a respeito do assunto que propusemos a trabalhar.

Naquele estudo, concluído em 1998 e denominado “A inserção da Educação Física em um Programa de Saúde Pública”, pudemos descrever com embasamento científico toda a atuação e a importância do profissional que ministra exercícios físicos em projetos da área da saúde.

Após esta etapa difícil de nossa carreira acadêmica, aceitamos introduzir duas disciplinas em uma instituição de ensino superior, Ginástica para o idoso e Introdução a Saúde Humana, no curso de graduação em

Educação Física, com o objetivo de ministrar informações necessárias para atender aos alunos de graduação que irão atuar em Saúde Pública.

Também, nesta mesma época, elaboramos um moderno programa de exercícios físicos direcionados aos funcionários da USP-Ribeirão Preto, intitulada “Ginástica Laboral” com o objetivo de proporcionar benefícios físicos e mentais na promoção da saúde para os trabalhadores daquele campus.

Tendo em vista esta evolução e para dar continuidade ao nosso trabalho, iniciamos em 2000, os nossos estudos no curso de doutorado na mesma instituição que nos acolheu desde o início deste caminho.

Em novembro do mesmo ano, fomos convidados e iniciamos um novo trabalho de estratégia de assistência integral para a promoção da saúde no Programa de Saúde da Família, para os participantes cadastrados na área de abrangência do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, Unidade Sumarézinho, em Ribeirão Preto.

Quando acreditamos em algo nos envolvemos a dispor de corpo e alma, comprometemo-nos a lutar com empenho e agir ativamente, mesmo correndo o risco de equívocos, cujas ações devem ser constantemente avaliadas para verificar se as metas e os esforços estão sendo alcançados.

Portanto, a partir de um processo de amadurecimento, após a convivência de longa data com o debate acadêmico em torno desta área, construímos esta obra, que pode ser identificada como ponto de partida nas soluções profissionais entre Educação Física e Saúde.

1. Introdução

Ao adentrarmos no início do século XXI, observamos um grande avanço tecnológico e científico, proporcionando esperança de um futuro promissor. A realidade, no entanto, nos mostra o aparecimento de desvios e conflitos que podem ocasionar perigos para as nossas conquistas. A interdependência dos povos, nações e comunidades criam traços marcantes para as cooperações, revelando, contudo, uma disparidade e uma complexidade, principalmente na área da saúde.

Cada vez mais se impõe a idéia de que a saúde, juntamente com a educação, constituem armas poderosas para modelar o futuro e desempenhar um papel dinâmico e construtivo para preparar e proporcionar correntes favoráveis aos indivíduos.

Para esclarecer e analisar este assunto, destacamos que são questões pertinentes aos sistemas, a capacidade em traçar algumas orientações a fim de cumprir um papel importante no desenvolvimento, isto é, formar uma mão de obra qualificada, criativa e que se adapte à evolução tecnológica, mas enraizados em sua própria cultura e adaptados à evolução da sociedade, sem esquecermos da difusão de valores da paz, através de uma linguagem acessível e compreensível a todos.

Tendo em vista que existem três grandes crises, econômica, ideológica do progresso e da moral, a UNESCO formulou algumas diretrizes de trabalho, considerando todos estes aspectos, inclusive o impacto da mídia na educação, o futuro da função docente e os recursos financeiros (Delors, 2000)

Para que isto ocorra, é necessário que se aplique os quatros alicerces da educação: aprender a conhecer, a fazer, a viver junto e aprender a ser. Também, surge como uma das chaves para as transformações, o conceito de educação durante a vida inteira, adaptado-as

às mutações da sociedade, mas sem abrir mão de transmitir as conquistas, as bases e os frutos da experiência humana.

Vistos sobre estes ângulos, o sistema de saúde, bem como o educacional, exigem estratégias com a participação da comunidade local, das autoridades públicas e comunidade internacional para que se alcance sucesso nas reformas preconizadas.

Neste sentido, conforme propostas modernas, as políticas de saúde necessitam fundamentar-se no princípio da cidadania, que postulem ações de saúde em termos da integralidade e universalidade, da participação responsável e da equidade, da descentralização no sentido de se colocarem os serviços em espaços transparentes das decisões e controle público.

Os movimentos sanitários ocorridos no final do século XX têm firmado compromissos internacionais integrados relacionados à questão da saúde (Declaração de Jacarta, 1997), dos direitos sociais e do desenvolvimento sustentável (Carta do Caribe, 1993). Proporcionar à população requisitos necessários para melhorar e exercer controle sobre sua saúde, envolvendo educação, moradia, justiça social, alimentação e equidade são objetivos fundamentais na promoção da saúde da Carta de Ottawa (BRASIL, 2001).

Neste sentido, durante a trajetória da Reforma Sanitária brasileira, foram criados os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), com vistas a integrar as responsabilidades governamentais nos três níveis da Federação. Com base na municipalização, o SUS veio estabelecer um espaço legal para a participação organizada na gestão do sistema, com o comando e controle das ações no espaço social e cultural de cada município.

Embora os cidadãos sejam responsáveis por sua saúde no meio em que vivem, é necessário o compromisso social solidário dos profissionais de várias áreas e instituições em ações da saúde com a participação assumida, competente e organizada.

Em qualquer situação da saúde humana, sempre complexa, exige-se para a efetividade e relevância das ações, combinações da competência dos usuários e dos prestadores dos serviços, tornando-se, assim, questão crucial, a qualificação dos que participam das ações de saúde.

Não é somente suficiente dominar o conteúdo, estratégias e metodologias de uma profissão para que um profissional esteja altamente qualificado para o seu trabalho. Os conhecimentos, hoje, não podem ser mantidos em compartimentos adequados, com cada profissional em seus departamentos (Ferguson, 1994).

O processo de construção de conhecimento, para Vasconcelos (1992), a respeito de uma realidade em questão, se dá num movimento de percepção inicial do problema, ainda de forma confusa e desarticulada (síncrese); na busca em captar o movimento real e suas relações (análise); e na compreensão do real nas suas determinações, contradições, tendências, espaço de autonomia relativa e de ações conscientes e voluntárias dos agentes históricos, denominado de síntese.

Neste sentido, a qualificação do profissional da Educação Física tem uma missão especial na sociedade dentro do processo de educação, na promoção humana, na integração social e, principalmente, na área da saúde. A Educação Física necessita de profissionais egressos das escolas para dinamizar, conduzir e orientar as atividades direcionadas à Saúde para apresentar-se teoricamente melhor fundamentada e mais próxima de aceitação pela comunidade científica e interinstitucional (Borges, 1998).

Recentemente, obtivemos o reconhecimento da Educação Física no contexto da Saúde Pública, dado pelo Conselho Nacional da Saúde, baseado na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na interdisciplinariedade do SUS, aceitando os profissionais da Educação Física como integrantes da área da saúde, tendo direito, portanto, a atuar e disputar recursos nessa área, conforme resolução 218, de 6/3/97, do Diário Oficial da União de 5/5/97 (BRASIL, 1997b).

Na medida em que o trabalho da atividade física direcionada à saúde se aprofunda, é necessário verificar como vem ocorrendo o ajuste entre as novas propostas da Educação Física, através de uma abordagem interpretativa das ações destes profissionais da área atuando em Saúde Pública.

Atualmente, a Educação Física parece contemplar novas práticas filosóficas e pedagógicas, ancorada em uma educação holística. Sabe-se que além do treinamento de aptidões físicas e esportivas, existem tipos de trabalhos corporais que proporcionam resultados importantes na área da saúde e em aspectos psico-sociais dos indivíduos. Este campo foi muito bem estudado por Lacerda (1995), cujos exercícios corporais visam proporcionar bem-estar físico e mental, integração e auto-conhecimento.

Mas, a atuação na educação em saúde comunitária pressupõe a perspectiva de uma intervenção ampla além de uma abordagem individual. Para ser eficaz precisa englobar os diversos níveis pessoais, grupal, organizacional e institucional, sendo que existem vários tipos de estratégias de intervenção. Para uma ativação positiva de respostas, é necessário estratégias ampliando o foco de ação para comunidades e organizações, cuja atuação centrada em instituições como faculdades, escolas, instituições, tem dificuldades funcionais e estruturais na formação e atuação de seus elementos (alunos, professores), resultando em uma limitação da capacidade de cumprirem suas funções (Matos, 1994).

É neste âmbito que situamos o nosso problema de pesquisa, dentro de um projeto de intervenção, denominado de Programa de Integração Comunitária, direcionado à saúde do adulto, cuja orientação dos estagiários do curso de graduação em educação física que atuam neste programa, deu-nos a oportunidade de observar as dificuldades encontradas por eles e por nós na condução de atividades físicas inseridas na Saúde Pública.

De um modo geral, os futuros profissionais da área mostram e mantêm atitudes formais em relação aos participantes destes programas, impondo cumprimentos mecânicos, fragmentados e rigorosos dos

exercícios, apontando para um produto acabado e, não como um processo a ser descoberto e desenvolvido. Demo (1991), cita que o problema mais crucial está no lado do professor, inabilitado formal e politicamente para exercer sua função, não por culpa, mas por ser vítima de um processo de adestramento defasado e apenas reprodutivo.

Para Vasconcelos (1992), devemos superar a pseudo-concreticidade, pois é na prática que temos contato com a aparência, onde mais esconde do que revela a essência da realidade. Nesta visão, a reflexão sobre a prática deve ser feita em três dimensões:

- **Onde estamos?** saber como chegamos aqui, passando da sensação de mal estar para a compreensão concreta da realidade, para entender o que é estabelecido nas relações e na busca de captação do movimento real.

- **Para onde queremos ir?** depender de nossa concepção de saúde, teremos diferentes atitudes diante do problema, desde a simples convivência técnica à transformação radical.

- **O que fazer?** estabelecer planos de ação coerentes com o nosso posicionamento educacional.

Além disso, é notório a deficiência de conteúdos e estratégias com suporte teórico científico de modo a proporcionar conhecimentos sobre as práticas pedagógicas, epidemiologia social, relações humanas, políticas de saúde, dentre outros, instrumentalizando-os para o trabalho multiprofissional em Saúde Pública, no processo de construção e transformações do modelo de atenção à saúde do indivíduo e da coletividade.

Para avaliarmos de modo quantitativo e qualitativo estas necessidades para a atuação em programas de atividades físicas, os trabalhos de Shon (1992) e Perez Gomez (1992), citados em Darido (1997), indicam alguns caminhos existentes até o presente momento, com um modelo de currículo, denominado prática reflexiva ou “modelo da racionalidade técnica”.

Embora esta descrição da situação ter sido prejudicada por informações importantes que ainda não estão ao nosso alcance, foi possível identificar, preliminarmente, a necessidade de se conhecer o nível de conhecimento dos acadêmicos, quanto às exigências que indiquem a busca na formação de profissionais para que dominem amplamente as dimensões políticas e técnicas.

Também, são importantes que adquiram competências e habilidades necessárias para a elaboração e execução de projetos em Saúde Pública adequadas aos diferentes grupos populacionais nos ambientes em que eles acontecem, cujos fatos foram observados durante o nosso trabalho desenvolvido como supervisor de um programa de saúde do adulto.

Após esta exposição de interesses teóricos, práticos e pessoais, justifica-se este projeto de pesquisa pela contribuição que trará ao estado atual de conhecimentos científicos a respeito do assunto e ao trabalho interdisciplinar, apresentando sugestões e soluções aos problemas decorrentes do desenvolvimento da saúde e do bem-estar da população.

Considerando a relevância das experiências vivenciadas durante oito anos de desenvolvimento em programa interdisciplinar na área de Saúde Pública, e com o sucesso alcançado através da adesão e da participação popular em uma proposta renovadora da Educação Física, é que apresentamos este trabalho, através da metodologia pesquisa-ação que pretendeu fazer o diagnóstico da situação quanto aos conhecimentos dos futuros profissionais da Educação Física na temática de Saúde Pública, apontar os novos elementos para o desenvolvimento da educação física, com vistas à capacitação deste profissional na ampliação do campo dos saberes desta área.

2. Referencial Teórico

2.1 O movimento da Saúde Pública

Observamos ao longo das três últimas décadas que as transformações ocorridas no mundo contemporâneo têm sido de enorme magnitude e com grande velocidade que parecem colocar o ser humano no limite de sua capacidade. As velhas fronteiras estão desmoronando em todas as direções. A forma e o aspecto do que se conhece está mudando, conduzindo a uma reestruturação e reorganização profunda do conhecimento, principalmente na área da saúde.

Neste sentido, cada vez mais tem se estudado e comprovado que o impacto do comportamento do indivíduo sobre sua saúde, é de enorme envergadura, fazendo com que os profissionais envolvidos com a prática nesta área, busquem uma revisão para conhecer e analisar os novos conceitos sobre promoção e educação em saúde.

Compreender os mecanismos que provocam doenças ou que mantêm saúde é preocupação constante em vários países, comprovando-se de que tais situações dependem das realidades biológica e histórico-social, sempre condicionada à disponibilidade política de plenas condições de vida e trabalho. No Brasil, registraram-se fenômenos importantes, predominando por longo período entre nós, as doenças transmissíveis, isto é, aquelas decorrentes de agentes vivos, como vírus e bactérias. Com a modernidade, registraram-se um marcante decréscimo na prevalência destas doenças e começaram a destacar-se gravidades, tais como as afecções constitucionais, moléstias ocupacionais, agravos mentais, carências nutricionais e condições crônicas - degenerativas. (Gonçalves, 1997).

Muitas são as discussões sobre os novos paradigmas da Saúde Pública. Estas realizações universalmente científicas procuram

fornecer soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência (Kuhn, 1997), cujas mudanças no campo da Saúde Pública estão fortemente argumentadas no fenômeno da transição epidemiológica ocorrida no século XIX em países desenvolvidos.

Originado no discurso centralizado nas doenças, o modelo epidemiológico tradicional, envolvendo agente, hospedeiro e ambiente, vem sendo substituído tanto do ponto de vista doutrinário, quanto no âmbito da estrutura organizacional por novos paradigmas tais como Medicina Social, Sanitarismo, Medicina Preventiva, Saúde Comunitária, Saúde para Todos no Ano 2000, Atenção Primária à Saúde, Campo de Saúde, Promoção de Saúde, Cidades Saudáveis, Saúde Pública e Saúde Coletiva, fundamentada nos postulados positivistas da medicina flexneriana (Paim; Almeida Filho, 1998).

Estas duas últimas propostas, ocorridas a partir de 1970, vão ao encontro da construção do conhecimento moderno que aponta para a convergência de uma compreensão do estado de interdependência, inter-relações e de complexidade dos fatores. O que se apreende é que a visão fragmentada da realidade tem trazido consequências negativas na qualidade da vida dos indivíduos. Tais soluções são impossíveis sem sua inserção no conjunto da sociedade global; para pensar a questão de saúde e encontrar as possíveis soluções é necessário compreendê-la na visão de mundo que a fundamenta.

Dentre as consequências das relações da saúde com o desenvolvimento econômico e social encontra-se em pauta a transição demográfica e transição epidemiológica (Kalache et al, 1987 ; Dever, 1988).

A expressão transição demográfica é descrita por Laurenti e colaboradores (2001) como uma consequência do comportamento das variáveis mortalidade e fecundidade, traduzindo-se por um envelhecimento populacional, que passa a conter maior proporção de velhos e menor de jovens. Ao mesmo tempo em que ocorrem estas mudanças, também se observam variações na incidência e prevalência de doenças, bem como nas principais causas de morte.

De acordo com Carvalho (1996), o atual quadro da morbimortalidade humana é conseqüência dos efeitos tecnológicos e das façanhas sanitárias vigentes. O mesmo autor, apoiando-se na Association American Physical Health (1988), nos mostrou em pesquisa americana, que existe um impacto no padrão de mortalidade no campo da saúde, representando em torno de 50% do total das causas, atribuídas ao estilo de vida, conceituado como “o conjunto de condições que implicam na decisão ou controle do indivíduo: são os chamados riscos autocriados, ligados à atividades de lazer, ao padrão de consumo e às situações ocupacionais”.

Quanto ao perfil da composição da população mundial, atualmente observa-se uma alteração visível, em conseqüência da redução da taxa de mortalidade e do declínio da fertilidade, provocando um envelhecimento acelerado sem precedentes. No Japão, a proporção de pessoas com 65 anos de idade ou mais duplicou, entre 1970 e 1974, passando de 7% para 14% na população. No documento “Impacto do Envelhecimento Populacional na Sociedade”, o Instituto Nacional de Estatísticas (2001) prevê para os próximos 10 anos que a longevidade aumentará rapidamente na população na América Latina e a porcentagem de pessoas com mais de 60 anos, será de 12%. Em 2025 existirão no Chile 70 adultos idosos para cada 100 crianças (Veras, 2001).

O Brasil, também, é um país que envelhece rapidamente. Conforme Veras (2001), um brasileiro, no início do século XX, vivia em média 33 anos, ao passo que hoje a expectativa de vida é de 68 anos. Entre 1960 e 1980 observou-se uma queda de 33% na fecundidade, e um aumento na expectativa de vida em oito anos, tendo como resultado, em médio prazo, um aumento da população idosa. Hoje, esta população totaliza 15 milhões de brasileiros, que em vinte anos serão 32 milhões. Segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde, entre 1950 e 2025, a população de idosos no país crescerá 16 vezes contra 5 vezes da população total (BRASIL, 1996a).

Outra transformação radical que está interferindo na redução das causas de mortalidade é a questão da urbanização, cuja proporção da

população mundial vivendo em grandes cidades aumentou de 5% para 50% nos últimos dois séculos, reduzindo acentuadamente as doenças infecciosas como risco de morbidade e mortalidade (Mc Michel, 2000). Em países com desenvolvimento como o Brasil, também, observa-se que a migração de pessoas das zonas rurais para as zonas urbanas ocorreram em curto espaço de tempo. Em 1940, a proporção da população urbana era de 31,2 e passou para 81,2% em 2000 (Laurenti et al., 2001).

Embora esta dinâmica esteja atrelada ao desenvolvimento humano, ela tem como resultado uma demanda crescente por serviços de saúde e pelo crescimento de doenças crônicas não transmissíveis, cujas causas são atribuídas ao modo de vida da sociedade moderna, destacando-se hipertensão arterial, diabetes, osteoporose, câncer e enfarte do miocárdio, responsáveis por 40% dos óbitos registrados em 1984. Hoje, tais doenças, respondem por 70% das mortes no mundo desenvolvido. Recentes projeções indicam, ainda, que no ano 2020, este índice subirá para 77% das mortes que ocorrerão nos países em desenvolvimento (Kalache, 1996).

Dados derivados do National Center for Health Statistics (1992) nos Estados Unidos mostram estatísticas de saúde, apontando para as doenças cardiovasculares como fatores principais nas causas da mortalidade e no índice de incapacidade prematura, em torno de 33,2%, constituindo-se na maior por endemias nos países ocidentais desenvolvidos e emergentes (Insel ; Roth, 1993).

Em levantamento realizado recentemente (Battaglion, 1998) em um grupo de promoção comunitário de saúde do adulto desenvolvido no Programa de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, sobre a caracterização sócio-econômica, dados clínicos e hábitos de vida da clientela, observou-se a prevalência de problemas oftalmológicos (45%), hipertensão arterial (39,8%), obesidade (38,2%), diabetes (18,1%), osteoporose (17,5%) e cardiopatias (8,0%).

No entanto, a presença de doenças crônicas não implica que o indivíduo não possa vivenciar seu cotidiano e gerir sua própria vida de forma independente, ainda que convivendo com limitações. Decorre daí a

importância que a capacidade funcional dos indivíduos sejam preservadas para a manutenção de uma vida autônoma através de movimentos corporais que estimulem suas habilidades físicas e mentais.

A adoção de hábitos e costumes com redução significativa da realização diária de atividades motoras observadas em diferentes sociedades, cujos níveis prejudicam a necessária manutenção de uma boa saúde, é caracterizada como sedentarismo, fator de risco poderoso para o aparecimento de problemas de saúde.

É difícil determinar a sua magnitude, decorrente das diferentes metodologias utilizadas, mas estudos recentes ilustram a elevada prevalência de 23% da inatividade física em adultos americanos (Crespo et al, 1999). Dados epidemiológicos da cidade de São Paulo, conforme Rego e colaboradores (1990), evidenciaram claramente que o sedentarismo colabora com 69,0 % em fator de risco para o aparecimento de problemas de saúde, independente do sexo, comparando-se com o tabagismo (37,9%), hipertensão (22,3%), obesidade (18,0%), diabetes (9,7%) e alcoolismo (7,7%).

Há tempos, o sedentarismo é reconhecido por elevada prevalência e inter-relação como importante fator ao desenvolvimento de distúrbios na saúde, comprovados em pesquisas realizadas relacionadas na sensibilidade à insulina (Kelley; Goodpaster, 1999), níveis de pressão arterial (Hardman, 1996) e obesidade (Bouchard; Blair, 1999).

Do ponto de vista de Saúde Pública, as ações preventivas, assistenciais e de reabilitação em saúde devem objetivar a melhora da capacidade funcional, surgindo com novos conceitos adequados para instrumentalizar e operacionalizar uma política de atenção à saúde. Trata-se de um enfoque que transcende o simples diagnóstico e o tratamento de doenças específicas, em direção a uma prática integral de saúde e a uma promoção efetiva de qualidade de vida em circunstâncias diversas (Veras, 2001).

Por outro lado, alguns dados consultados têm mostrado o paradoxo concernente entre o grau de desenvolvimento científico e

tecnológico alcançado até então e a situação de crise por que passa o mundo atual caracterizado pela poluição, degradação ambiental, pobreza, criminalidade e desemprego que atingem, principalmente, as camadas mais populares (Mendes, 1997; Vilela, 2002). De maneira significativa, tais transformações e situações impactam com visíveis sinais de crise no campo da promoção da saúde.

Utilizado pela primeira vez em um documento denominado Relatório Lalonde (Canadá, 1974) e adotado nas décadas seguintes pela Organização Mundial da Saúde, o termo promoção de saúde representa um enfoque na saúde e no bem estar das populações diante de uma disposição histórica enfática na detecção de grupos de risco ou prevenção de distúrbios específicos.

Formalizada através da “Carta de Ottawa” e promulgada na 1º Conferência de Promoção de Saúde, realizada no Canadá em 1986, o conceito de promoção de saúde é caracterizado como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle deste processo para atingir suas aspirações e satisfazer suas necessidades (Brasil, 1996). Neste documento, preconizam-se cinco campos de atuação em defesa da promoção da saúde, delineados por:

- elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- reforço da ação comunitária;
- criação de ambientes favoráveis à saúde;
- reorientação dos sistemas e serviços de saúde
- desenvolvimento de habilidades pessoais.

Candeias (1997) refere-se à promoção em saúde como uma combinação de necessidade de mesclar múltiplos determinantes da saúde com várias intervenções de apoio, através da combinação das áreas educacionais e ambientais. Estes apoios caracterizam-se por experiências de aprendizagem delineadas para facilitar ações voluntárias conduzidas à saúde e de ações organizacionais, sociais e políticas relacionadas ao comportamento humano.

Os princípios da promoção em saúde procuram atuar no cotidiano da população, buscando os determinantes das causas de riscos para a saúde, focalizando os locais onde as doenças específicas podem se desenvolver. Através dos cuidados primários em saúde, caracteriza-se com ações de diversos métodos de comunicação, educação, legislação e fiscalização, envolvendo profissionais de saúde em geral. Para a World Health Organization (1986), a promoção em saúde é um processo de envolvimento das pessoas para aumentar e melhorar o controle sobre a saúde e a qualidade de vida.

De acordo com Forattini (1992), qualidade de vida é um conceito difícil de ser definido e quantificado, mas que objetivamente é fundamentada na utilização de indicadores referendados na taxa de desemprego, densidade habitacional e grau educacional. Em nível subjetivo, decorrem no uso de indicadores abstratos, baseados nas informações colhidas nas condições e satisfações em que vivem os indivíduos. Outro pesquisador (Candeias, 1997) mostra que o conceito de qualidade de vida, também, pode ser qualificada através do acesso aos determinantes da saúde como saneamento básico, moradia, lazer, transporte e serviços de saúde.

No relatório do desenvolvimento humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2001), os países são classificados de acordo com os índices alcançados ao rendimento ajustado, nível educacional e esperança de vida. Conforme aqueles dados, o Brasil ocupava, no ano de 2000, o 69º lugar dentre os 162 países que compõem a distribuição, sendo enquadrado no nível médio ou de segundo mundo.

No entanto, uma das expressões mais nítidas da qualidade de vida, é o reconhecimento da saúde como um direito fundamental do cidadão, devendo o Estado prover de condições indispensáveis para seu pleno exercício, segundo as disposições gerais da Lei orgânica nº 8.080 de 19/09/90, art. 2º. Isto implica que os direitos sociais, quando violados, colocam em risco sua saúde e a qualidade de vida, fazendo-se necessário intervir sobre estes fatores através de atuação competente do profissional de saúde, alterando sua rotina de trabalho, com ações e estratégias de

interação com os recursos que a comunidade dispõe e os serviços públicos locais (Ribeiro, 2001).

Neste aspecto, o que torna mais preocupante é que existe pouca disposição da consciência pública, governantes e dos órgãos responsáveis pela implementação de políticas econômicas, educacionais e sociais, tendo em vista as conseqüências advindas do processo de envelhecimento da sociedade, que exige investimentos para os quais não vem se preparando ao longo do tempo.

Em consonância com esta realidade, várias instituições, procurando atuar com ações diferenciadas de saúde de caráter curativo e preventivo, vêm desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão de serviços na área de saúde do adulto na perspectiva da promoção de saúde. São ações descentralizadoras, que redistribuem o poder decisório, aproximando-os dos indivíduos e grupos diretamente interessados nos resultados empreendidos pelos serviços de saúde, facilitando a participação comunitária.

É uma das tarefas, nestes primeiros anos do novo milênio, fundamentar-se em concepções práticas vinculadas à idéia de saúde como alegria, prazer, solidariedade e qualidade de vida, contrapondo-se àquelas ligadas à pobreza, doença, ignorância, miséria e indolência, cinco monstros que ameaçam a população, citados no Relatório Beveridge na obra de Paim (1994). Estes desafios colocam no cotidiano do educador, a redefinição de suas práticas com efetividade e ousadia, podendo contribuir com propostas de políticas saudáveis ainda em construção.

Entretanto, promover saúde envolve a incorporação de objetivos das políticas públicas e da ação social, cabendo, também, ao profissional de Educação Física papel de ator fundamental no fomento à integração dessas ações mediadoras para assegurar os meios necessários à criação de ambientes favoráveis, promovendo mudanças no estilo de vida.

2.2 Educação Física: evolução e tendências

Tão antiga quanto a civilização, a Educação Física, desde a pré-história, quando iniciaram os primeiros exercícios físicos de uma forma rudimentar, até os dias atuais, busca sua identificação como área de conhecimento do movimento humano. Mesmo vinculada ao setor biológico, procura incorporar subsídios em outros setores para sua aplicação prática na dimensão do corpo humano, dentro de uma visão do indivíduo como um todo.

No contexto mundial, a Educação Física tem acompanhado sempre o ritmo geral da cultura, refletindo o grau de civilização dos diferentes povos, correspondendo invariavelmente às idéias sociais, econômicas e científicas vigentes em cada época da história (Moreira, 1995).

Nas últimas décadas, houve um notável avanço do desenvolvimento científico e tecnológico da Educação Física em níveis escolares, recreativos, esportivos e terapêuticos, com impacto na saúde, no estilo de vida e nas relações socioculturais de seus praticantes.

Confirma-se em vários estudos que o educador físico tem origens históricas. Assim como o médico, ele já atuava na Grécia Antiga como educador de jovens por meio de exercícios físicos, jogos e músicas. Representava, como ator social, um mito de mestre, líder e gestor em ginásios e nos centros culturais das cidades gregas. No Renascimento, a Educação Física é batizada pelo nome genérico e deslocada para posição central da pedagogia como uma disciplina de menor importância (DaCosta, 1999).

Os primeiros sistemas regulares da Educação Física elaborados com certa ordenação e obedecendo a determinados princípios pedagógicos, conforme Masson (1988), apareceram a partir da metade do século XVII, com Basedow no movimento germânico de 1790, com Ling no movimento sueco de 1839 e com Amoros e Demeny no movimento francês de 1848. A mesma autora atribui a Hébert, no final do século XIX, a criação

do método natural utilizando, principalmente, trabalhos de deslocamentos e exercícios naturais de concepção simples, com o objetivo de desenvolvimento físico integral do homem, utilizando seus meios naturais de locomoção, de trabalho e defesa, como andar, correr, saltar, equilibrar, levantar, lançar e defender.

Esta predominância de uma Educação Física tradicional, baseada nas práticas pedagógicas, se reduzem com o decorrer do tempo exclusivamente ao ensino de regras e técnicas desportivas, sendo o aluno percebido na figura corpo - objeto, isto é, como ator mecânico do trabalho corporal.

A partir da década de 1970, surgem contribuições de grande valor para o desenvolvimento da Educação Física com obras do francês Jean Le Boulch, com a teoria de Psicocinética e do português Manuel Sérgio, com a Motricidade Humana, que irão influenciar as práticas corporais para que sejam prazerosas, participativas e de autonomia (Brandl, 2002).

Perceber a necessidade de encarar a educação física mais abrangente, especialmente se considerarmos que o sujeito-objeto possui capacidades, emoções, limitações e dotado de intencionalidade, se faz importante no desenvolvimento da consciência corporal dos participantes, tornando-se uma perspectiva vital na preparação do profissional estudioso da área.

Para entendermos a ação do profissional de Educação Física no Brasil neste processo, é necessário observarmos alguns aspectos importantes, começando pela reflexão sobre sua trajetória.

Segundo Ghiraldelli (1988), a educação física brasileira, apresenta algumas concepções históricas, identificando-as em quatro tendências: higienista, militarista, pedagogicista e competitivista.

Observando as práticas sociais e políticas da atualidade, para Cavalcanti (1985) existem duas redes em que a atuação da educação física está presente no trabalho. Uma, institucionalizada, praticada formalmente nas escolas e entidades esportivas, de modo dirigida e mediatizada pela informação. Outra, a educação física alternativa, caracterizada pelo

envolvimento e participação social composta de três níveis: produção, gestão e usufruto da prática das atividades corporais.

No entanto, Castellani (1988) afirma que existem três campos de atuação presentes no trabalho da educação física. A primeira, representada pela biologização, em atuar e explicar o homem em movimento, em seu aspecto biológico, dissociando-o de aspectos sociais e psicológicos, refletindo a performance marcante do modelo biomédico. A segunda é determinada pela psico-pedagogia, caracterizada pelo trabalho escolar que prima pela formação acrítica e tecnicista, na busca da capacitação humana. Uma terceira tendência começou a se desenvolver no cenário nacional da Educação Física do Brasil no final de 1980, caracterizando-se pela utilização da motricidade humana, em busca de ações políticas e sociais, com participação de todas as classes populares, instrumentalizando-as no exercício pleno de suas capacidades, denominando-se de Socialista. À luz dessa tendência emergente, percebe-se a necessidade do profissional da Educação Física colocar em prática as atividades corporais a serviço do indivíduo em busca de uma sociedade mais justa.

Mesmo em diferentes contextos históricos e da sociedade, alguns tipos de trabalho humano são percebidos, pois carregam dentro de si algo pesado, sofrido, repleto de leis e distante da criatividade e da liberdade. Neste prisma, é necessário que se faça um estudo sobre a capacitação do profissional da educação física.

2.2.1 A formação profissional em Educação Física no Brasil

Foi ao longo das quatro primeiras décadas do século XX que se estruturou no Brasil a formação do profissional em educação física, sendo que foi a instituição militar que, criando três cursos, responsabilizou-se, basicamente pela formação inicial. No meio civil, em pleno Estado Novo de 1939, foram criadas a Escola Nacional de Educação Física da Universidade

do Brasil, no Rio de Janeiro e a Escola de Educação Física do Estado de São Paulo (Cantarino Filho, 1989).

Com o desenvolvimento do desporto e a intensificação das práticas corporais, houve a ampliação de 10 para 90 cursos em funcionamento entre a década de 60 e ao final de 1970, cuja formação obedecia a um currículo mínimo de 2.450 horas/aulas para a formação em licenciatura plena, implantada em 1961 pela lei nº 4024. Atualmente, segundo dados do Ministério de Educação e Cultura, existiam no Brasil até 1994, 128 cursos de graduação em educação física (BRASIL, 1997a).

Com a necessidade de ajustar-se ao mercado de trabalho de seus egressos, as instituições de ensino superior introduzem a partir de 1987, o curso de bacharelado em seus currículos, fixando o mínimo de 2.800 horas em sua grade e surgindo a designação profissional de Educação Física, ampliando sua atuação, para fornecer condições de formação geral, de aprofundamento e de áreas de conhecimento, não mais restrita ao ensino formal (Steinhilber, Sartori, Silva, 1998).

Atualmente, foram aprovadas, através da Resolução CNE nº 1 de 18 de fevereiro de 2002, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores de Educação em consonância com a Lei 9.131, de 25 de novembro de 1995, de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, colocando um conjunto de princípios, fundamentos e procedimentos a serem observados na organização institucional e curricular de cada estabelecimento de ensino (BRASIL, 2002).

Todas estas tendências foram determinadas por momentos históricos pelas quais a sociedade passava, influenciando na própria formação dos recursos humanos no mercado de trabalho do profissional da educação física. Os currículos foram obrigados a sofrerem adaptações, ampliações e modificações em função do mercado de trabalho, movimento geral do capital e sua tendência de destruição das forças produtivas.

Mas, segundo Oyama (1995), a situação vivida pela Educação Física na atualidade é de caos, crise, transição. Alguns sintomas são significativos para entender esta situação: confusão sobre a sua

conceituação, baixo reconhecimento social, indefinição dos conteúdos acadêmicos, atuação de outros profissionais na área e indefinição quanto a sua área de conhecimento.

No aspecto legal, entretanto, a Educação Física está mais visível e presente para o seu exercício profissional com a regulamentação da profissão ocorrida com o sancionamento da Lei nº 9.696, de 1º de setembro de 1998 e criando os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física. (BRASIL, 1998). Também, no dia 12 de dezembro de 2001, foi sancionada a Lei de nº 10.328 introduzindo a palavra “obrigatório” após a expressão “curricular” constante do & 3º do art. 26 da lei de nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional (BRASIL, 1997b).

Neste sentido, Newel (1990) afirma que a Educação Física vem tentando se auto-afirmar no meio em que vive, procurando para isto um rótulo que seja mais representativo e apropriado à abrangência da área, pois foram encontrados, aproximadamente 70 rótulos distintos como cinesiologia, cineantropologia, atividade física e motricidade humana, para designarem a chamada educação física.

Para alguns, como Cyrino e Nardo Jr. (1997), a Educação Física não é uma atividade, não é uma ciência, mas sim a designação de uma ação profissional e de uma disciplina curricular, embora carregue consigo a conotação de um modelo educacional que visa exclusivamente em formar professores. E qualquer que seja a tendência dominante é necessário um profissional para dinamizar e conduzir ações, chamado profissional de educação física.

No entanto, para outros o nome tradicional de educação física, centrada originalmente no desenvolvimento corporal e esportivo da educação perdeu a capacidade de integrar atividades guiadas por objetivos e valores em diversos campos de atuação diferenciados, denominados por educação escolar, esporte competitivo, modelagem corporal, saúde, qualidade de vida, recreação e lazer. Tentativas ensaiam-se para a superação do problema através da construção de um objeto teórico e de

conhecimento com característica de intervir mediante programas de alcance sociais operacionalizados (Lovisol, 2000).

De acordo com Borges (1998), a Educação Física pode ser considerada como profissão dentro de uma conotação descritiva, pois envolve habilidades especializadas, dedicação à pesquisa, razão social, período de preparação e uma organização profissional.

Embora tenha um lugar privilegiado no interior dos saberes sociais, o profissional de Educação Física é desvalorizado em face dos saberes que possui e transmite. Esta relação de exterioridade citada por Tardif (1991), é ditada pela lógica da sociedade capitalista, por meio da divisão do trabalho intelectual entre produtores dos saberes e formadores, entre os grupos e instituições responsáveis pelas tarefas nobres da produção e legitimação dos saberes e os grupos e instituições responsáveis pelas tarefas de formação.

Para nós, o objeto de estudo do profissional de Educação Física é a dimensão motora do ser humano, necessitando para isto de conhecimentos de especificidade de sua função social e habilidade para atuarem no pleno desenvolvimento das capacidades motoras dos indivíduos através da execução de movimentos.

É preciso reconhecer que a verdadeira identidade do profissional de Educação Física se caracteriza e se manifesta pelo estudo, ensino, intervenção e aplicação de exercícios fisicorporais nas suas dimensões biológica, comportamental e sociocultural.

Quando desejamos analisar e discutir a formação de profissional da Educação Física, nos deparamos com um tema polêmico e que nos traz dificuldade para situar e legitimar a Educação Física como campo científico, pois ainda não conseguimos estabelecer limites de demarcação de saberes e práticas aplicadas, sendo que o sucesso da ação pedagógica da nossa área ainda depende do aporte de um conjunto de conhecimentos oriundos de disciplinas científicas diferentes.

Huberman e colaboradores (2000) mostraram em estudos sociológicos que existe a necessidade de se qualificar tecnicamente os

professores para atuar nas suas aulas, sendo que esta situação não se restringe e nem é privilégio da Educação Física, mas que é caracterizado pela presença de interesses de acordo com seu contexto no trabalho e no seu desenvolvimento sócio-cultural.

De um modo geral, observa-se que na formação de professores existe um distanciamento entre a prática pedagógica e a formação acadêmica, associando-se esta situação a falta de instrumentalização, má qualidade docente e incompetência técnica – política dos professores da área, comprovados no II Fórum Nacional das Instituições de Ensino Superior em Educação Física (CONFED, 2002).

Neste sentido, é preciso buscar subsídios necessários para uma maior aproximação entre teoria e prática, assumindo uma nova postura nesta relação, a fim de diminuir o distanciamento entre a universidade e sua realidade, através da pesquisa e formação acadêmica.

Com este tipo de preocupação e com propostas de rupturas desta fragmentação, é necessário que haja transformações com respeito à produção e transmissão de conhecimentos para a prática social, sugerindo que haja pesquisa e uma sólida formação teórica.

2.2.2 O mercado e a força do trabalho em Educação Física

Vivemos em uma época de múltiplas e radicais transformações que ocorrem em um ritmo sem precedentes, desafiando a nossa capacidade, em um mundo onde o local e o global se misturam, o centro e a periferia se confundem e o espaço e o tempo se encurtam.

No mundo dos negócios e do trabalho, estamos passando por uma mudança histórica, que se caracteriza pela globalização da economia, pela intensa competição entre empresas e pela crescente substituição do ser humano pela máquina, chamada como Terceira Revolução. Neste contexto, a redução dos níveis de emprego é uma grande preocupação, observando-se a troca de empregos formais por trabalhos temporários, terceirizados e informais (Tractenberg, 1999).

O trabalho era visto, nos tempos da Grécia, como um castigo imposto aos homens, reservado apenas aos escravos e desafortunados. Somente no Renascimento e com a reforma protestante, o trabalho adquire uma nova dimensão, com dignidade e virtude. Fundamentada neste campo de tensão entre estas duas visões é que o capitalismo irá surgir e se desenvolver.

Barbara (1999) em seus estudos, diz que Adam Smith, em sua obra clássica de 1776 sobre teorias da economia, apresenta o seu modelo de produção eficiente baseado na divisão e especialização do trabalho, implicando no surgimento da capacitação da mão de obra. Charles Babbage, meio século depois, propunha que a remuneração fosse proporcional ao nível da complexidade das habilidades exigidas pelas tarefas laborais. Taylor, em princípios do século XX, apresenta a tese sobre organização científica do trabalho, fundamentadas em uma visão analítica, empiricista e mecanicista da administração. Em seguida, apareceu o sistema fordista, para atender as necessidades de mercado em demanda crescente, onde a produção era em série e pouco variada, como forma de reduzir custos. A partir do início dos anos 80, surgiu o modelo japonês ou o toyotismo, trazendo como impacto a revolução tecnológica, onde o conceito de economia é a busca da redução de efetivos e de custos.

Hoje, segundo Wood (1996), já são visíveis as profundas mudanças na estrutura industrial e na organização do trabalho em direção de um novo paradigma. O binômio produção/consumo em massa, base do sistema capitalista, está cedendo espaço a um novo sistema dominante, denominado Especialização Flexível, que é forte na automação e na informatização, permitindo produzir pequenos lotes a custos viáveis.

Também envolve mudanças nas relações entre emprego, fornecedores, cliente e concorrentes, tornando o processo, antes verticalizado, horizontal e dando lugar à coordenação de uma extensa rede de subcontratações e terceirizados estrategicamente. A força de trabalho neste sistema está enfraquecido pela mão de obra devido aos processos de enxugamentos e a redução do poder dos sindicatos. Mas o problema

continua e permanece com uso abusivo da vantagem social e com desordenado poder do dinheiro (Wood, 1996).

Quanto ao significado e a importância do trabalho, Kilimnik (1998), identifica-o em duas perspectivas. A primeira emerge de que a ação humana, ao modificar a natureza com o seu trabalho, pode criar sua cultura, a linguagem, a história e a si mesmo, através da qual procura relacionar-se com o mundo, no processo de busca do prazer e rejeição do sofrimento. A segunda é a própria deteriorização do trabalho, visto mais como uma questão de sobrevivência do que de realização, limitando-o às vantagens materiais que ele proporciona.

O mundo trabalho consolidou-se como valor supremo da sociedade moderna e tem sido o definidor da identidade humana. Antes, ligada às necessidades vitais ou vinculadas a valores da criatividade, prazer e ludicidade, a sociedade industrial moderna implantou um novo tipo de trabalho preocupado com a produtividade e consolidando-se como hierarquização das funções de trabalho, onde o ser humano está concebido como uma máquina.

As diferentes formas organizacionais de gestão do trabalho e produção, a requalificação do papel da ciência e da tecnologia, alteraram substancialmente o processo de formação profissional, como um meio de maximizar a eficiência produtiva. O corpo passa a ser visto como uma máquina que tem suas alavancas e seu centro de controle (Silva, 1998).

No sistema atual, o trabalhador é, em grande parte, simplesmente um executor de qualquer serviço que qualquer um poderia fazer, não se importando se o trabalho é intelectual ou braçal, sendo que na maioria dos trabalhos são pré-determinados, restando pouco espaço para o exercício da inteligência e da criatividade.

Segundo Shatchenko (1987), citado em Almeida & Rocha (1997), o trabalho apresenta três elementos: instrumentos, os meios e força de trabalho. Os instrumentos correspondem à forma em que a energia se incorpora ao processo de trabalho e são caracterizadas em dimensão intelectual, técnicas de ação e material, voltadas para a consecução da

finalidade de atendimento das necessidades. Estas são, conforme experiências, criações sociais, isto é, da vida coletiva, variando as suas formas de satisfações e formas de relações sociais.

Assim, para Oyama (1995), trabalho é uma categoria social e um elemento que transforma, revoluciona, metaboliza, sintetiza e cria o homem, a natureza e a sociedade, caracterizando-se pela objetivação (existência do produto final), teleologia (apropriar-se para seus fins e propósitos) e historicidade (infinitas possibilidades e potencialidades).

Diante do exposto até o presente momento, vimos que o trabalho é um elemento essencial à sobrevivência humana, atingindo todas as suas esferas e dimensões materialistas e abstratas. Neste contexto, o trabalho do profissional em Educação Física desenvolve-se tendo como referencial central o ser humano e seu corpo, vista como práxis transformadora, norteada por uma visão de corporeidade e movimento, englobada em um conceito do homem como unidade.

Neste sentido, a motricidade humana se faz presente como um elemento importante para as suas ações e transformações. Além de colocar em ação suas forças corporais e seus mecanismos físicos, biológicos e comportamentais, pressupõe e impõe raciocínio e ação planejada e consciente. Neste processo dinâmico e complexo, a motricidade sofre transformações em nível individual e na sociedade, construindo a existência humana em suas múltiplas dimensões (Oyama, 1995)

Dentro deste contexto, conforme Oliveira (1994), podemos conceituar e caracterizar o trabalho da educação física em dois sentidos. Primeiro para otimizar possibilidades e potencialidades para mover-se genericamente ou especificamente de forma harmoniosa e eficaz. Segundo para capacitar-se para adaptações, integrações e transformações em relação ao meio em que vive.

Neste aspecto, é possível dizer, para Scharaiber (1996), que a educação física é considerada como trabalho e prática social. Consideramos, que necessita para a sua atuação, articular-se ao conjunto da divisão social, isto é, como atividade produtiva que, ao mesmo tempo em

que estabelece a forma básica de sociabilidade de seu profissional, faz exatamente através de uma relação de alteridade, com isso subordinada o seu conteúdo técnico a exigências daquela articulação social.

Entretanto, a educação física é uma ação que precisa de profissionais para reproduzir sua própria existência e utiliza um saber advindo de outras ciências e de uma síntese produzida por ela própria, visualizando o produto final. Para Oliveira (1994), a educação física pode ser identificada hoje como trabalho físico, em função de uma visão antropológica analista, cumprindo um papel secundário no plano de cultura. No entanto, a educação física vem superando suas funções de compensação e utilidade, sendo convertida, embora lentamente, em cultura de tal forma, com rigor e fecundidade, que se apresenta identificada e livre do perigo de sobreviver unicamente como conceito de esforço orgânico.

Assim, entender o trabalho da educação física “no homem em movimento”, não é tarefa fácil, mas parece-nos que interpretar, refletir e agir na tentativa de ascender a níveis superiores na existência humana, é que podemos elaborar, a partir do paradigma da Especialização flexível de Wood (1996), um novo modelo de mercado de trabalho para o campo da Educação Física, conforme figura 1 a seguir:

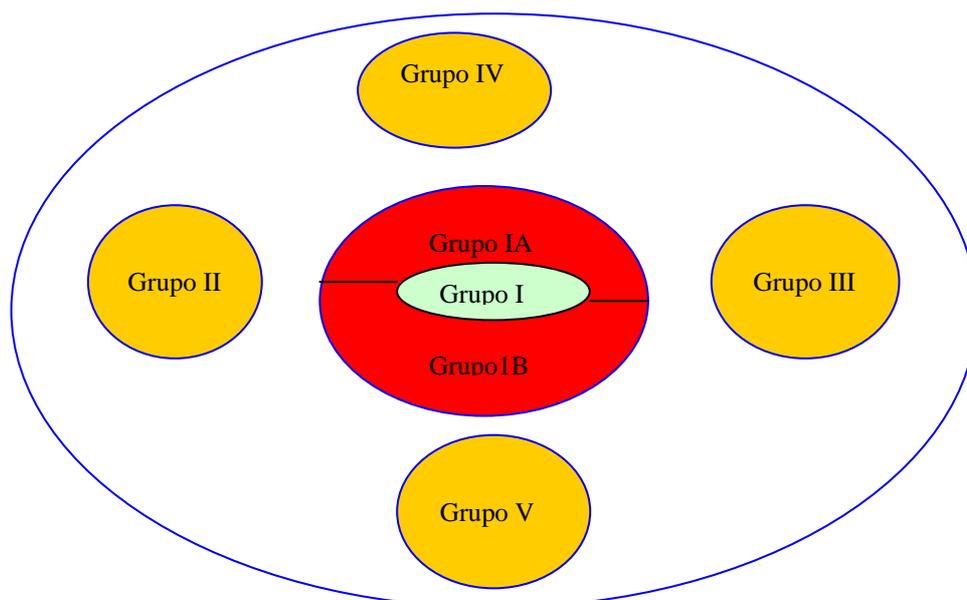


Figura 1 - Novo modelo do mercado de trabalho do profissional da Educação Física, adaptado de Thomas Wood Jr.

No primeiro grupo (Grupo I), denominado primário, o campo de atuação da educação física é a universidade, formadas por empregados em tempo integral, geralmente pertencentes aos quadros profissionais e executivos com possibilidades de carreiras, reciclagens e vantagens indiretas nas organizações.

Em volta deste grupo central, fica a periferia, que abrange dois outros grupos. O primeiro grupo periférico (Grupo IA) na educação física é formado pela área escolar, com tempo integral, tarefas rotineiras, pouca oportunidade na carreira, com alta rotatividade e flexibilidade. O segundo grupo periférico (Grupo IB) caracterizado em nossa área pelo setor esportivo em clubes e academias. Este inclui o pessoal de contratos a curto prazo e em regime de tempo parcial.

Em volta deste grupo central, gravitam outros grupos de atividades e suportes. São os autônomos (Grupo II), as empresas de serviços especializados e terceirizados (Grupo III), as subcontratadas (Grupo IV) e os provedores de mão de obra temporária (Grupo V), que na educação física corresponde aos atuantes na área da saúde, grupos de apoio, programas esportivos e na área de recreação.

Vistos individualmente, estes arranjos flexíveis nem sempre representam insatisfação, mas quando se consideram os salários e benefícios para a coletividade, chega-se a uma situação pouco animadora. Continuamos com o nosso trabalho a ser utilizado nas vantagens sociais e no desordenado poder do dinheiro, com a consciência do conhecimento de como a história nos trouxe até este ponto, mas não sabemos o que somos, onde estamos e para onde vamos.

No entanto, apesar da diversidade de fatores implicados e nas dificuldades que encontramos para executar nossas atividades, podemos construir um saber e uma prática que possa efetivar a educação física dirigida à saúde como um terceiro grupo periférico neste novo paradigma do trabalho.

2.3 Educação Física e a promoção da saúde

A relação da Educação Física com a saúde vem ocorrendo a longo tempo. Pesquisas, comprovadas por DeRose (1997), nos relataram que os povos hindus (600 AC) praticavam atividade física através do treinamento de combate com exercícios aeróbicos de alto impacto, pois havia muitas guerras naquela época.

Em seguida, os gregos, começaram a conceituar qualidade de vida, na qual viver em harmonia consigo mesmo era o primeiro fator de bem-estar. Construíram-se templos na Grécia, onde além do centro cirúrgico, tinham um ginásio de esportes e o teatro. Neste local, além dos pacientes fazerem a reabilitação, procuravam praticar exercícios físicos e atividades culturais. Também organizaram os primeiros Jogos Olímpicos, elaborados inicialmente com objetivo de verificar os indivíduos mais saudáveis e que possuíam maiores habilidades físicas.

Na época dos romanos, os celtas colocavam que o exercício físico era bom, mas tinha que ser prescrito na intensidade adequada, utilizando-se a sudorese como avaliação do esforço físico. No Renascimento, já existia um modelo colocando respiração, alimentação, movimento, repouso, harmonia do corpo e equilíbrio dos sentimentos, como os seis indicadores de qualidade de vida.

Para Lovisolo (2000), os primeiros fundamentos relacionados aos movimentos para a saúde e pelo prolongamento da vida, introduzindo o jogo e a recreação, apareceram em importante obra pedagógica, denominada “Didática Magna”, produzida por Comênio no século XVI. Este autor trata a saúde estritamente ligada a “vida boa”, mais preocupado com o destino que damos às nossas vidas ou uso que fazemos dela, do que pela sua duração cronológica. Também, enfoca nesta obra uma poderosa antecipação da problemática da fadiga, da economia de esforços e das formas de reposição, que encontrará seus fundamentos científicos na fisiologia do esforço, com Harvey, duzentos e cinquenta anos mais tarde.

Na era moderna, com o surgimento da Educação Física como profissão, surge a primeira escola fundada pelo decano da medicina e da pedagogia, em Colônia, na Alemanha. Deste momento, colhem-se evidências reconhecendo a importância da Educação Física atuando na área de Saúde Pública, com muitas informações disponíveis sobre exercício físico e atividade física (Masson, 1988).

Desde a segunda metade da década do século passado e até as primeiras décadas do nosso, o filósofo Spencer mostra em sua obra a valorização dos cuidados do corpo a partir da fisiologia e da higiene, manifestada pela percepção da capacidade corporal de aprender com a natureza para preservá-lo. Nas últimas décadas, novas propostas científicas no campo da fisiologia foram desenvolvidas com conceitos teóricos para legitimar sua construção, através da epidemiologia e estatística (Lovisol, 2000).

Mas, foi com as propostas de intervenções científicas do médico americano Kenneth Cooper a partir de 1970 que apareceram os primeiros programas de condicionamento físico para combater as doenças, o cansaço e a falta de disposição para o trabalho, baseadas na pesquisa empírica e no desenvolvimento da aptidão física.

A partir de 1990, houve uma aceitação total pelas organizações profissionais, comunidade médica e o reconhecimento público sobre a importância do exercício físico na saúde. Muitos acreditam nesta afirmação, mas os profissionais da área encontram três grandes dificuldades para atuarem. Primeiro, o público ainda está confuso sobre qual atividade física é mais bem recomendada para a saúde. Segundo, sabe-se que existe um elevado número de pessoas que continuam totalmente sedentárias, houve um aumento geral de praticantes entre 1970 e início de 1990. Finalmente, os recursos destinados à atividade física ficam para trás no dinheiro gasto com relação aos outros aspectos da saúde (Howley ; Franks, 2000).

Neste sentido, vários estudos (Shephard, 1991; Astrand, 1992) mostram que existem evidências da importância da atividade física na saúde, trazendo benefícios com efeitos antropométricos, neuromusculares,

metabólicos e psicológicos. Segundo dados, a participação em programas de exercícios físicos leva a redução de 25% nos casos de doenças cardiovasculares e de 30% para 10% o número de indivíduos incapazes de cuidar de si mesmos.

Em 1986, Paffenbarger e colaboradores (1993) observaram em pesquisa longitudinal realizada com alunos da Universidade de Harvard, uma relação inversamente proporcional entre atividade física e estilo de vida com a mortalidade. Ao alcançarem a faixa de 60 anos de idade, verificaram que a quantidade de vida adicional para os alunos que tinham uma prática adequada de exercícios, foi de 1 a mais de 2 anos, quando comparados aos sedentários (Faro Jr. et al., 1996). Outros estudiosos demonstraram resultados em homens que se tornaram fisicamente ativos, com redução de 44% no risco de todas as causas de mortalidade quando comparados aos sujeitos que não mudaram seu nível de condicionamento físico (Blair et al., 1995).

Morris (1996), em estudo realizado em executivos de classe média, do serviço civil britânico, com idade variável de 40 a 64 anos e que desempenhavam atividades de trabalho sedentário, mostraram que apenas os indivíduos que se engajaram em atividade física vigorosa, no período de lazer, tiveram menor incidência de doenças progressivas vascular das artérias coronarianas.

Também, pesquisas do Instituto do Coração da Universidade de São Paulo nos revelaram mais vantagem na prática do exercício físico para a saúde. Além da queda nos triglicérides e no aumento do bom colesterol, o organismo que se exercita retira gorduras da corrente sanguínea três vezes mais rapidamente que o organismo sedentário. Isto significa que o exercício físico oferece mais proteção nos momentos que se seguem à ingestão de quantidades grandes de gorduras, diminuindo o risco de que o colesterol se fixe nos vasos (Araújo, 2000).

Na área escolar, pesquisadores descobriram que os exercícios físicos tem efeito positivo em crianças entre 6 e 12 anos que sofrem de artrite juvenil, quando submetidos a um programa individualizado, reduzindo

significativamente a dor, as limitações físicas e o uso de medicação nestes pacientes (Goldberg ; Elliot, 2001).

De acordo com o consenso do Instituto Nacional Americano de Saúde Mental e da International Society Of Sports Psychology (1992), os efeitos dos treinamentos físicos são benéficos, também, no aspecto psicossocial e psicológico em indivíduos que se envolveram em programas de atividades físicas regular, reduzindo a ansiedade, o nível de depressão e índices de estresse ao longo de todas as idades, em ambos os sexos.

Para Gonçalves (1997), a principal conexão da saúde e a ciências dos esportes está nos transtornos decorrentes do sedentarismo e do estresse, determinantes de agravos hipocinéticos, sendo que para produzir conhecimentos e resolver estes problemas, é necessário observarmos algumas características: permitir prevenir algumas situações, iniciar da intervenção coletiva em grupo de maior risco para o individual e não procurar explicações para situações de causa - efeito.

A contribuição da atividade física para a saúde, conforme Guedes (1995), está associada com a redução do risco à saúde, que cada indivíduo enfrenta durante a vida. Estudos epidemiológicos mostraram uma relação inversa entre atividade física habitual e o risco de incidente cardiovascular e que a falta de atividade física regular está diretamente associada à ocorrência de distúrbios orgânicos, chamados de distúrbios hipocinéticos, que contribuem para o aparecimento de doenças crônico-degenerativas.

Estudos experimentais realizados mostraram-nos que existe forte associação entre o baixo nível da prática de atividades físicas e o desenvolvimento de doenças degenerativas. Dados epidemiológicos, citados por Matsudo e Matsudo (2000), evidenciam que o sedentarismo é o fator de risco com maior prevalência na população, podendo diminuir a longevidade, aumentar em 60% a mortalidade e provocar riscos de 90% no aparecimento de doenças cardiovasculares.

Pesquisas brasileiras mostrados pelo IBGE e citados em Francischi e colaboradores (2001), indicam que 19,2% dos adultos

brasileiros são pouco ativos, pois realizam exercícios apenas uma vez por semana, e somente 7,9% tem atividade física regular três vezes por semana. Nos EUA, dados recente indicam que 29,2% da população é inativa, 43% participam de algum tipo de atividade física não regularmente e 27,7% exercita-se de acordo com as recomendações científicas (Pratt; Macera; Blanton, 1999).

Outra ação exercida sobre a saúde dos indivíduos pela atividade física destaca-se a organização e aplicação de programas direcionadas aos problemas de saúde do trabalhador, denominada de ginástica laborativa ou compensatória para o controle da incidência de moléstias ocupacionais, causadas pela carga física e psíquica maiores do que a biologia humana pode suportar (Piovesan; Battaglion, 2000).

De acordo com Pate e colaboradores (1995), é necessário que as comunidades, instituições e organizações de saúde pública consigam efetivamente promover atividades físicas através de programas educacionais que facilitem as situações para as pessoas se tornarem mais ativas. Neste aspecto, a Educação Física deve centralizar suas ações nas estratégias de promoção em saúde.

Desta maneira, quando se avalia a atividade física em termos de fatores de risco para a saúde, devemos computar o gasto energético ou a intensidade do exercício (Fletcher, 1999), para considerar aquele indivíduo com estilo de vida ativo. Recentemente, estudiosos perceberam que não se necessitam muitas horas de exercícios intensos para haver uma associação entre saúde e atividade física. Pequenas sessões de 30 minutos por dia, em moderada intensidade, podem representar um ganho importante para a saúde das pessoas. Estas novas recomendações são confirmadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Colégio Americano de Medicina Esportiva (ACSM) e Associação Americana de Cardiologia.

No entanto, Gonçalves (1997) nos sugere em revisão crítica, algumas controvérsias nas relações benéficas da atividade física com estados mórbidos (hipertensão) e fisiológicos (envelhecimento), nos dizendo que: o exercício físico é um mito e não tornam as pessoas mais saudáveis e

não aumentam a sua longevidade; há um interesse do sistema capitalista em sustentar a possível relação entre atividade física e saúde, especialmente no mercado de materiais esportivos; e que as estratégias para os programas de promoção da saúde não reforçam na divulgação da aderência ao exercício, isto é, na participação dos indivíduos.

Outros colaboradores da mesma referência, nos sugerem que existe uma certa crença de que o homem se beneficie com o exercício físico, mas não há uma nítida evidência em relação à quantidade, duração e frequência ou ao tipo de exercícios necessários para introduzir benefícios apreciáveis à saúde, com o que não concordamos com esta afirmação pois existem subsídios em experiências profissionais e literaturas científicas modernas.

Neste sentido, os agravos à saúde relacionados à prática desportiva e de exercícios físicos, ocasionadas pelos supertreinamentos ou aplicação de estímulos inadequados, manifestam-se através das lesões, destacando-se as artroses e hipo ou hipertemia, que ocorre em consequência das condições climáticas e a morte súbita, cuja chance apontam para cada 100.000 praticantes podem ocorrer 7 mortes e 56 infartos (Nieman, 1999).

Apesar de muitos indivíduos terem consciência que a atividade física, quando realizada de maneira regular, propicia benefícios das funções respiratórias e cardiovasculares, poucos são os que efetivamente submetem-se a um programa regular e orientado por profissionais. Esta situação constatou-se em estudo realizado física por Battaglion e Piovesan (2001), envolvendo funcionários de uma universidade pública do Estado de São Paulo, observando-se que dos 34 % dos praticantes de caminhada, apenas 41 % procuraram orientação de um profissional especializado, 80 % não realizaram uma avaliação médica e somente 10 % efetuaram um teste de aptidão física.

Dados recentes de pesquisas em populações brasileiras (Andrade et al., 1998) demonstram que a falta de tempo é a principal barreira que as pessoas encontram para aderência à prática regular de

exercícios físicos. Acredita-se que esta situação esteja relacionada com os graves problemas estruturais do país, porém, existem indivíduos que possuem tempo, mas não têm condições de custear uma academia, clube ou um treinamento personalizado.

Neste sentido, grande desafio para os programas de atividades físicas dirigidas à saúde é a continuidade e incorporação do hábito de se realizar exercício físico, pois os benefícios a serem alcançados ocorrem somente a médio e longo prazo.

Para Nahas e Corbin (1992), a Educação Física se apresenta como uma profissão que tem a maior responsabilidade em prestar serviços relacionados com o desenvolvimento humano. Além da tradicional atuação em escolas, clubes e academias, de acordo com Florindo e Araújo (1997), a Educação Física poderia atuar como parte interdisciplinar na área da saúde, inclusive em centros de saúde à comunidade, orientando a prática de exercícios físicos, em consonância com as características populacionais e regionais.

Em razão, há que se conceber uma simetria entre o médico e educador físico quando atuam em diferentes níveis opcionais de intervenções na saúde pública, diferenciados, apenas por vias biológicas. Neste caso, o profissional de práticas corporais dedica-se mais à saúde do que às doenças, enquanto que o médico tem maior dependência em serviços de apoio especializado. A prescrição médica pode ser uma estratégia, mas perde a eficácia se admitida de modo absoluto (DaCosta,1999).

A tese de se privilegiar o educador físico implica-lhe enfatizar a identidade e a liderança profissional como sendo algo raro de se encontrar entre as propostas de maior coerência científica. Em estudos de Powell e colaboradores epidemiologistas (1996), a promoção de saúde por meio de exercícios físicos revela-se diretamente dependente de uma função de liderança que ordene as atividades de forma ótima com relação aos praticantes.

Considerando a importância destas informações, autores confirmam de que no âmbito profissional, devemos valorizar igualmente as intervenções e saberes. Neste sentido, o papel do educador físico torna-se central em face ser ele o agente principal de decisões quanto à harmonização das condições da prática e seu ambiente na prevenção de doenças na promoção da saúde, sobretudo diante da necessidade de se construir novas estratégias na promoção de saúde.

2.4 Estratégias de intervenção na saúde coletiva

A organização das práticas de saúde caracterizavam-se por adotar modelos que fragmentavam as ações individuais e coletivas, submetidas a lógicas distintas. A partir de 1970 ganha corpo a medicina comunitária e na década seguinte, alcança notoriedade à implementação de diretrizes e propostas denominada Reforma Sanitária, através do Sistema Único de Saúde (Donnangelo, 1983; Morley, 1984; Peduzzi; Scharaiber, 1994).

Mais recentemente e elaborado pelo Ministério da Saúde do Brasil em 1994, é introduzido o Programa de Saúde da Família apresentando características estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS) e apontando possibilidades de adesão e mobilização das forças sociais em torno de suas diretrizes, com integração de organizações de ações de saúde, propiciando o enfrentamento e resolução de problemas identificados, pela articulação de conhecimentos e práticas no desenvolvimento de habilidades e atitudes nos profissionais envolvidos.

A utilização deste novo enfoque na assistência aos problemas de saúde, com base no princípio de oferecer cuidado diferenciado segundo a necessidade e na possibilidade de selecionar indivíduos ou grupos de população, segundo graus de risco, implica a formulação e aplicação de estratégias de intervenção orientadas. Isto traz necessariamente, como conseqüências, uma série de mudanças no sistema de serviços de saúde,

tais como, aplicação de instrumentos discriminados de risco à população da área de programação; programação diferenciada de atividades, capacitação de pessoal para programas; realocação de recursos segundo necessidades; adequação progressiva das normas e procedimentos técnicos - administrativos; articulação e coordenação intersetorial; e maior utilização de pesquisa (Molina Neto; Molina, 2002).

Esta necessidade de se organizar uma intervenção na saúde para atender prioridades e demandas da população, evitando-se ações improvisadas e desordenadas, requer como instrumento, planejamento de programas de promoção em saúde, cujas abordagens, segundo Candeias (1996), devem basear-se no modelo tridimensional, integrado em:

- nível institucional, abrangendo o planejamento de infra-estrutura à implementação de políticas e serviços de saúde com propostas constitucionais;
- nível programático, implantados de acordo com as necessidades locais e direcionados com projetos dirigidos para a própria unidade de saúde;
- nível de usuário, representado com o alvo terminal das atividades educativas a serem desenvolvidas, incluindo o próprio participante na implementação e avaliação do plano.

Tal como referem Queiroz e Salum (1996), na prática, intervir na promoção em saúde hoje significa assumir a responsabilidade pelo acompanhamento e monitoramento das condições de saúde da totalidade da população de um determinado Sistema Local de Saúde.

Um exemplo de programa de promoção em saúde é o “Projeto North Karelia”, iniciado em 1972 na Finlândia, dirigido à pessoas de meia-idade, com objetivo de reduzir os fatores de risco entre a população local, proporcionar tratamento e reabilitação para doenças cardiovasculares e promover rápidos diagnósticos em problemas de saúde. As estratégias utilizadas consistem em intervenções na comunidade através de métodos de educação em saúde, treinamento específico de profissionais e organização de serviços de saúde, envolvendo representações do Comitê Médico Nacional, Departamento Social e Centros de Saúde (Koskela et al., 1976).

Na promoção concreta da saúde, através da atividade física, podemos citar com exemplo, o Projeto de Promoção e Avaliação da Saúde Comunitária” realizado em Atlanta nos Estados Unidos da América em 1986, onde foram coletados os principais problemas de saúde da população, através de pesquisa apoiadas por organizações comunitárias.

Após este levantamento, onde a hipertensão arterial foi o principal problema encontrado, implantou-se um programa de exercícios físicos e reeducação alimentar para 70 mulheres obesas com idade entre 18 e 59 anos, utilizando uma clínica, uma escola e um clube, tendo como estratégias de intervenção, visitas regulares de educadores de saúde nas casas das pessoas, monitoração de dietas e incorporação de sugestões da comunidade, procurando evitar o absenteísmo. Obteve-se como resultado a redução do peso corporal e diminuição da pressão arterial dos participantes (Lasco et al., 1989).

Algumas sugestões foram citadas por Florindo (1998) com projetos relevantes que poderiam ser implantadas na área de promoção de saúde, exemplificado com programas de Ciclovias, Avaliação Física, Prescrição de Exercícios Físicos e Programas de Ginástica Laboral.

Em 1992, a “American Heart Association” enfatiza sua posição quanto a necessidade de se estimular de forma contínua as escolas, empresas e grupos comunitários a desenvolverem programas específicos de exercícios. Afirma o mesmo artigo que programas desse tipo nos locais de trabalho são efetivos para modificar os fatores de risco coronariano e também para reduzir custos com cuidados com a saúde, internação e reabilitação (Bracco et al., 1999). Recentemente, funcionando como incremento da atividade física na promoção da saúde, encontramos campanhas nacionais no Canadá com o “Active Living”, nos Estados Unidos o “Health People 2000” e “Active for life” na Inglaterra.

Existindo, desde 1996, o programa “Agita São Paulo” desenvolvido pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul, em parceria com o governo do Estado de São Paulo, é uma das mais felizes e sólidas intervenções, que procura aumentar o

envolvimento da população com atividades físicas e seus benefícios para a saúde (SÃO PAULO, 2000).

Em todas estas campanhas e estratégias de intervenções ficou evidente que não basta ação de cima para baixo para se alcançar a conscientização desejada e a motivação real para a prática da atividade física e esportiva. Dieckert (1984) comprova que se não há, simultaneidade entre a oferta de projetos das instituições e a realidade, então os programas e campanhas podem ser em vão.

Neste sentido, importa realçar que a Educação Física, com suas respectivas competências e seus campos de atuação, necessita de se afirmar com estratégias duradouras, eficientes e comprometidas em princípios sociais e comunitários.

Considerando o contexto histórico-social, os interesses políticos e as características regionais, estas intervenções, definidas como “a aplicação dos conhecimentos científicos, pedagógico e técnicos, sobre a atividade física, com responsabilidade ética”, conforme Documento de Intervenção elaborado e aprovado pelo II Fórum do Conselho Federal de Educação Física de 2002, devem mostrar capacidade de desenvolver, dinamizar e executar planos, projetos e programas direcionados ao bem estar da população e dos seus cidadãos (CONFED, 2002).

Nesta perspectiva, foi elaborado o Programa de Integração Comunitária de Ribeirão Preto, diante da necessidade de se construir novas estratégias reais em Saúde Pública, de implicações biológicas, sociais, psicológicas e culturais, envolvendo ações multidisciplinares, incentivando a participação e a colaboração de várias instituições e comunidades, em busca de suas relações com todas as dimensões humanas.

2.4.1 Programa de Integração Comunitária: o cenário do estudo

Em consonância com estes movimentos, a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo criou e implementou, em 1993, um programa de saúde pública enfatizando aspectos

de promoção da saúde, com a finalidade de estimular a Secretaria Municipal de Saúde a ampliar seu papel como local estimulante de participação da comunidade, denominado Programa de Integração Comunitária (Mendes, 1996).

Tendo como referencial teórico da promoção de saúde na Carta de Ottawa (OMS, 1986) e preceitos do modelo epidemiológico de Blum (1981), o programa foi elaborado e destinado à adultos supostamente sadios ou portadores de doenças crônicas, utilizando estratégias aplicadas na teoria com cursos ministrados por profissionais da saúde e na prática, com atividades físicas, ministradas três vezes por semana, com exercícios aeróbicos, localizados e recreativos, durante 60 minutos, desenvolvidas próximas às unidades básicas de saúde do município.

Este programa teve início, com treze adultos, com idade média de 57 anos pertencentes a um bairro da Unidade Básica Distrital de Saúde Central de Ribeirão Preto, em consequência dos trabalhos de estágio para alunos da graduação em Enfermagem realizado naquele órgão público. A partir de 1996, o referido programa articulou-se com três secretarias municipais de Ribeirão Preto (Saúde, Esportes e do Bem Estar Social), contando com a participação de médicos, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogos e 12 estagiários da educação física supervisionados por um profissional da área.

Com a divulgação deste trabalho que mostrava uma estratégia inovadora, o programa despertou o interesse dos indivíduos, provocando sua ampliação para outros locais, contabilizando 37 núcleos no presente momento, cuja expansão e demanda é visualizada no anexo 17 e mostrada no quadro 1.

Quadro 1 - Evolução dos Núcleos do Programa de Integração Comunitária de Ribeirão Preto, e respectivos adultos inscritos, no período de 1993 a 2002

Ano	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Núcleos	01	02	06	21	24	29	31	35	36	37
Inscritos	200	350	550	1.550	1.750	2.000	2.150	2.460	2.580	2.700

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, Núcleo da Promoção de Saúde, 2002

Os principais impactos causados por esta experiência durante nove anos de sua implantação foram:

- no aspecto político, a participação comunitária ampliou o processo de discussão, alertando-se os indivíduos quanto aos seus direitos, deveres e obrigações diante da sociedade, procurando resgatar a concepção do exercício da cidadania;
- no aspecto saúde, possibilidades de mudanças de comportamentos, sobretudo em hábitos e no estilo de vida sedentário com a diminuição de agravos degenerativos;
- no aspecto social, combatendo o isolamento, com atividades que possibilitassem a integração dos participantes no grupo, através de passeios, bailes e encontros festivos, realizados periodicamente em seus respectivos núcleos;
- no aspecto científico, demonstrada no âmbito de ensino, pesquisa e de extensão de serviços à comunidade, através de apresentação de trabalhos em instituições e em diversos eventos de divulgação (Mendes, 1997; Battaglion, 1998; Vilela & Mendes, 2000; Palha, 2001; Vilela, 2002);
- e no seu crescimento de campo de trabalho e incentivo aos profissionais da Educação Física para atuarem na área de Saúde Pública.

A Educação Física insere-se neste projeto, procurando integrar atividades físicas direcionadas à concepção abrangente de saúde, convertendo-se em modelo facilitador ao alcance das metas que se propunham à esta ação, como meio positivo e dinâmico na melhoria de qualidade de vida, através de programas de exercícios físicos para desempenhar importante papel na prevenção, conservação e melhoria da capacidade funcional dos indivíduos, visando o auto cuidado e a responsabilidade pela própria saúde (Battaglion, 1998).

Em vista disso, é essencial e necessário que o profissional de educação física se aprimore na sua formação profissional, de modo a proporcionar conhecimentos sobre práticas pedagógicas, sociológicas, antropológicas, epidemiologia social, relações humanas, políticas de saúde, dentre outros, instrumentalizando-se para o trabalho interdisciplinar em

Saúde Pública, no processo de construção e transformações do modelo de atenção à saúde do indivíduo e coletividade.

Expostos todos estes fatos e fenômenos geradores de inquietações verificados em pesquisas, é que realizamos este estudo voltado a desvelar a ação da educação física a respeito de conhecimento teórico e prático dos acadêmicos desta área, que atuam em programas de saúde pública.

3. Objetivos

Levando - se em consideração o:

- desenvolvimento acentuado de programas de atividades físicas dirigidas na promoção de saúde e à prevenção de doenças, com a adoção de comportamento para o implemento de intervenções efetivas em Saúde e suas possibilidades de modificações dos fatores de risco associados ao exercício físico;
- volume de demandas pelas competências técnicas específicas com a realização de atividades físicas para grupos de pessoas até então excluídas;
- crescimento de instituições na formação de profissionais de Educação Física,

É que traçamos o objetivo principal deste trabalho para estudar, quantificar, analisar e interpretar os conhecimentos teóricos dos futuros profissionais da área de Educação Física atuando em programa de promoção de saúde, a respeito de novas estratégias e conteúdos pedagógicos dirigidas à Saúde Pública, face às transformações que estão ocorrendo no mundo contemporâneo.

Estabelecem-se, assim, algumas questões: Será que a área de Educação Física, quando trata do tema promoção em saúde, segue os preceitos das literaturas científicas? Quais atividades participativas e ações intervencionistas seriam desenvolvidas para produzir uma estratégia grupal de capacitação em profissionais que atuam na saúde? Quais os limites e as possibilidades destas ações para a implementação de mudanças práticas?

Diante dos resultados encontrados, poderão ser sugeridas e recomendadas aos órgãos formadores, utilizadores e legisladores da Educação Física, bem como às instituições responsáveis pelos programas, ações efetivas e práticas na atuação dos futuros profissionais da educação física em promoção de saúde.

4. Metodologia

4.1 Modalidade de Estudo

Trata-se de um estudo com abordagem quanti-qualitativa, buscando alternativa ao padrão convencional com apresentação de uma proposta metodológica, denominada de pesquisa-ação que irá desempenhar um papel importante nos estudos e na aprendizagem dos sujeitos implicados nas situações problemáticas que envolvem pessoas ou grupos atuando na coletividade.

De acordo com Haguette (1997), o termo pesquisa-ação se originou na psicologia social, introduzido por Kurt Lewin na década de quarenta, nos Estados Unidos, como forma de intervenção na vida social em abordagens na realidade, procurando estabelecer diagnósticos, planos de ações e medidas de transformações em busca do desenvolvimento de princípios. Tem sido mais facilmente caracterizada pelas necessidades básicas do indivíduo levando em conta suas aspirações e potencialidades de conhecer e agir.

Para Thiollent (1996), a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. Do ponto de vista científico, a pesquisa-ação é uma proposta metodológica que oferece subsídios à pesquisa social e ao processo educacional aplicada sem os excessos da postura convencional, dando ênfase aos aspectos da resolução de problemas, tomada de consciência e produção de conhecimentos.

Kemmis e McTaggart (2000) consideram a pesquisa-ação como um método participativo, reflexivo e analítico, permitindo que o pesquisador e os participantes construam o processo e o aprendizado para

oferecer constante movimento de ação e reflexão para a solução de problemas.

Este tipo de pressuposto metodológico preconizado por Freire (1992), tem como objetivo prático contribuir para o melhor equacionamento do problema considerado como central na pesquisa, com levantamento de soluções alcançáveis e propostas de ações para auxiliar o ator na sua atividade transformadora da situação.

Embora relativamente nova, desde os anos 80 tem sido realizados importantes trabalhos científicos com respeito a pesquisa qualitativa em educação física, ciência do exercício e ciência do esporte, com referências em Bogdan e Biklen (1991) e por Inez Rovegno (1994), citados em Thomas e Nelson (2002).

No aspecto do conhecimento, este método visa obter informações, reivindicações, representações, capacidades de ação ou mobilização para fornecer subsídios teóricos no trabalho prático aos futuros profissionais de Educação Física que atuam em Programas de Saúde Pública, observadas através de experiências, discussões ou debates a cerca das questões abordadas.

Neste estudo, existem uma ampla e explícita interação efetiva entre pesquisador e pessoas implicadas na situação investigada, facilitando os aspectos a serem abordados, as prioridades dos problemas e das soluções a serem encaminhadas em forma de ação concreta. Neste sentido, o papel do pesquisador é justamente de servir como veículo inteligente e ativo entre os conhecimentos acumulados na área e as novas evidências que serão estabelecidas a partir da pesquisa.

Sendo assim, esta proposta baseia-se na problemática dos alunos do curso de graduação da Educação Física atuando como estagiários do Programa de Integração Comunitária, em relação à suas dificuldades, questionamentos e dúvidas com respeito a suas capacidades práticas e teóricas intervencionistas na comunidade.

Acreditamos que a aplicação desta metodologia seja de fundamental importância para o desenvolvimento seguro e eficaz de

programas de atividades física direcionada à saúde da população, permitindo que adequados conhecimentos e habilidades tragam mudanças e transformações positivas para todos os envolvidos.

4.2. Campo de Observação: a população e representação

A pesquisa foi desenvolvida junto aos acadêmicos do último ano do curso de Educação Física e aos participantes do Programa de Integração Comunitária desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde no município de Ribeirão Preto, sendo adotado como critério de inclusão todos aqueles que participam efetivamente há pelo menos um ano no programa em seus respectivos núcleos.

O caráter representativo desta amostra é do tipo não probabilística, sendo formada em função de escolhas explícitas denominada “amostra típica”, em que, a partir das necessidades do estudo, este pesquisador selecionou os casos julgados necessários. Conforme Laville e Dionne (1999), amostra não probabilística é aquela cujos elementos são selecionados em número determinado em função de características particulares de modo a formar um subgrupo refletindo a composição da população.

A definição da amostra é baseada nas observações encontradas por este pesquisador durante o trabalho desenvolvido como orientador das atividades físicas no Programa de Integração Comunitária (PIC) no período de 1994 a 2000. No presente momento, o referido projeto conta com a participação de 4 profissionais e 20 estagiários da área da educação física, contratados pelo Centro de Integração Empresa-Escola (CIEE) indicados pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, sendo que destes, 17 são de uma universidade da região e apenas 3 de uma instituição de ensino superior da cidade de Ribeirão Preto.

4.3. O Diagnóstico da Situação: a coleta de dados

Conhecendo o contexto e os aspectos que poderão chamar a atenção no comportamento das pessoas envolvidas neste trabalho, este pesquisador preparou um plano bem definido para diagnosticar a situação, adaptado às circunstâncias e ao objeto de estudo, que permitir fazer uma ordenação de dados dentro o fluxo de informações pertinentes.

Os dados foram obtidos por meio de instrumentos que devem constituir-se em categorias de informações, agrupando esclarecimentos de natureza contextual, constando da qualificação dos sujeitos observados e suas relações práticas, de ordem afetivas e cognitivas com os usuários do programa. Também, com respeito mais diretamente às características dos sujeitos, coletamos informações sobre sua carreira acadêmica e seus conhecimentos específicos da área em que atuam.

Para participarem deste estudo, os sujeitos (acadêmicos da educação física) foram contatados nas reuniões mensais realizadas com a coordenação do programa e convidados a participar voluntariamente da pesquisa, após terem sido esclarecidos sobre as características atividade e objetivos do trabalho, obtendo-se autorização e garantindo ao compromisso do sigilo das identidades e informações. A coleta de dados foi realizada de acordo com o agendamento, adequando-se à disponibilidade de quinze sujeitos envolvidos.

Preliminarmente, com a finalidade de conhecer os participantes desta pesquisa, foram elaborados dois questionários com informações relativas sobre o sujeito da Educação Física (anexo 1) e sobre o usuário, isto é, o participante do PIC (anexo 2).

4.4. Instrumentos de coleta de dados

Para viabilizar este estudo de modo concreto, efetivo e produzir um trabalho científico que se constitua em uma ferramenta com possibilidades de assessorar todos que atuam na área da saúde, foram idealizados por este pesquisador, quatro instrumentos de avaliação que irão dar sustentação a desejos de mudanças para ampliar o poder de ação e transformações dos sujeitos e participantes envolvidos.

A) Instrumento de Avaliação da Formação Acadêmica na Educação Física em Relação à Saúde

Tendo em vista a função que os acadêmicos da Educação Física desempenham em Programas de Saúde Pública, foi adaptado este instrumento de pesquisa, proposto pelo Colégio Americano de Medicina Esportiva (2000), com a finalidade de identificar o grau que a universidade está cumprindo a sua missão institucional relacionando a Educação Física com a área da saúde.

Conforme CAME (2000), a realização de exames ou testes para se obter informações necessárias quanto aos conhecimentos, perícias e habilidades dos profissionais da educação física envolvidos na área da saúde, tem por objetivo a distribuição dos sujeitos em três níveis de atuação: Líder em Exercício, Instrutor de Aptidão Física e Diretor de Aptidão Física para a saúde. Em primeiro nível, o indivíduo deverá ser capaz de “definir”, “identificar” e “listar” para refletir as dificuldades quanto a extensão de conhecimentos. No nível médio implica que o indivíduo deve lidar com em conhecimentos mais sofisticados, usando “descrever”, “calcular” e “demonstrar” para isto. Em nível mais alto, como o de Diretor, são usados os verbos “discutir”, “diferenciar” e “ensinar”, sendo que os indivíduos também devem estar preparados para interagir com outras pessoas de outras áreas.

Este instrumento de auto-avaliação, projetado aos sujeitos que têm liderança em programas de natureza preventiva para indivíduos

aparentemente saudáveis em ambientes comunitários ou corporativos, é composto por cinquenta itens, colocados através de escala de cinco pontos, tipo Likert, que avaliam nove Dimensões, com objetivos de aumentar o profissionalismo na área de cuidados com a saúde e melhorar o acesso público a serviços de atividade física apropriados, cuja distribuição se encontra no Quadro 2.

Quadro 2 - Distribuição quantitativa das questões do instrumento de avaliação das dimensões da formação acadêmica

Dimensões	n.º de questões
I- Fisiologia do Exercício.	09
II- Procedimentos de Emergências.	04
III- Fisiopatologia e Fatores de Risco.	03
IV- Psicologia e Comportamento Humano.	04
V- Desenvolvimento e Envelhecimento Humano.	02
VI- Nutrição e Controle de Peso.	04
VII- Anatomia Funcional e Biomecânica.	06
VII- Avaliação de Saúde e Testes de Aptidão Física.	05
IX- Programação de Exercícios Físicos.	13
Total	50

Para responder às questões, os sujeitos devem anotar o número que melhor expressa sua percepção para as funções dos profissionais de educação física com suas respectivas aptidões delineadas por áreas e de acordo com os objetivos do programa. Também, abaixo de cada questão, há um espaço para que possam acrescentar quaisquer observações, comentários e sugestões que consideraram necessários para melhor elucidar o tema.

Este instrumento, cujo modelo de questionário está no Anexo 3, utiliza-se para refletir os conhecimentos, habilidades e competências dos acadêmicos da educação física para atuarem como líder em exercício no campo da saúde, foi auto-aplicado, não devendo haver influências do entrevistador nas respostas e colocando-se uma situação de privacidade do sujeito. Além disso, foi enfatizado que as respostas devem ter como referência a situação de momento na vida acadêmica dos pesquisados.

Por não se encontrarem estudos padronizados para a população brasileira, foram realizados estudos preliminares para validar o conteúdo desse instrumento para que os resultados pudessem preencher os critérios fundamentais estabelecidos.

B) Instrumento de Avaliação dos Conhecimentos Específicos da Educação Física em Relação à Saúde

Para obter segurança e permitir o desenvolvimento de uma prescrição de exercícios eficaz e bem fundamentada, é necessário que os sujeitos sejam avaliados com relação aos conhecimentos específicos abrangendo exercício físico e a área da saúde.

Conforme o Guia da Fisiologia do Exercício de Powers e Howley, publicado em 2000, o objetivo da elaboração deste instrumento é de fornecer um conjunto de informações para avaliação de conhecimentos correspondentes às áreas básicas para cobrirem as necessidades teóricas e práticas de atuação em Exercício Físico e Saúde Pública.

No sentido de uma abrangência maior em relação às áreas estudadas e após terem sido apreciadas e aprovadas no processo de validação, foram colocadas trinta (30) questões nesta avaliação, divididas em três partes, cujo modelo se encontra no Anexo 4.

Na primeira parte constam quinze (15) questões de testes detalhados de múltiplas escolhas enquanto que na parte B encontram-se dez (10) do tipo “falso e verdadeiro”. Na última parte estão sendo avaliadas cinco (5) questões abertas de conhecimentos situacionais sobre casos nas áreas de fisiologia de esforço, primeiros socorros e programação de exercícios físicos para a saúde. Nas duas partes iniciais, com questões fechadas, num total de vinte e cinco (25), foram distribuídas nove (9) questões relativas sobre a prescrição de exercícios físicos para a saúde e dezesseis (16) focalizando os diversos fatores de risco, tais como obesidade, hipertensão arterial, diabetes, osteoporose e doenças coronarianas.

C) Instrumento para Avaliação da Qualificação Profissional

Para avaliar o nível de qualificação da função desempenhada pelo sujeito, Souza (2001) elaborou um questionário, focado na abordagem de auto-relatório, com 15 questões formuladas com base nos princípios de Raridade, Importância, Indenização e Esforço, sequenciadas aleatoriamente e avaliadas através de escalas de cinco pontos, tipo Likert. Este instrumento foi submetido a julgamento de 08 especialistas, profissionais com formação superior que desempenham funções na área de recrutamento, seleção e orientação profissional, cujas atividades consistiu em responder às escalas, com base no instrumento e protocolos.

Após passar por adaptações e adequações para facilitar o enfoque do avaliador o questionário definitivo, elaborado para avaliar o nível de qualificação da função desempenhada pelo sujeito dentro de um programa de saúde pública, cujo exemplar se encontra no Anexo 5 , ficou formulada com base nos seguintes Princípios, de acordo com Souza (2001):

- 1- Raridade:** refere ao grau de disponibilidade de profissionais no mercado de trabalho, determinado pelo tempo e recursos pessoais e financeiros necessários para a formação e o nível de complexibilidade das habilidades exigidas para o desempenho profissional.
- 2- Importância:** definido pelo grau de responsabilidade exigido pela atividade profissionais, tendo em vista a amplitude das conseqüências das decisões tomadas no âmbito da organização e para as pessoas que dependem dos serviços prestados.
- 3- Indenização:** avalia os vários riscos aos quais o profissional está exposto no exercício de sua atividade, envolvendo riscos químicos, físicos, biológicos e de desgaste mental.
- 4- Esforço:** definido a partir do nível da carga de esforço e desgaste, despendido para a execução das atividades, considerando as dimensões físicas e psicológicas.

Para princípio existe um agrupamento de questões formuladas a respeito de cada assunto que podem ser mostradas no Quadro 2.

Quadro 2 - Grupamento de aspectos avaliados por Princípios no instrumento da Qualificação Profissional

Raridade	R1. Tempo gasto para a aprendizagem profissional
	R2. Disponibilidade de profissionais no mercado de trabalho.
	R3. Habilidades exigidas para o exercício da profissão.
	R4. Investimentos financeiros exigidos na formação acadêmica e profissional.
Importância	IP1. Conseqüências das decisões tomadas no trabalho.
	IP2. Grau de responsabilidade.
	IP3. Erro cometido no exercício da conduta profissional.
Indenização	IN1. Exposição a riscos físicos, biológicos ou químicos.
	IN2. Exposição a riscos de acidentes.
	IN3. Exposição ao desgaste psicológico ou mental.
	IN4. Vulnerabilidade a danos morais.
	IN5. Exposição ao desgaste físico.
	IN6. Exposição a pressões psicológicas ou sociais.
Esforço	ES1. Carga de esforço despendida na realização das atividades
	ES2. Carga de esforço mental despendida na realização das atividades

D) Instrumento de Avaliação do Sujeito pelo Usuário do Programa

Para responder indagações importantes de como a atuação de profissionais chega aos participantes de um Programa de Saúde Pública, elaboramos um instrumento de avaliação direcionado aos usuários para medir as habilidades cognitivas e afetivas do profissional da Educação Física que atuam nesta área.

As questões levantadas estão baseadas e adaptadas de acordo com Sax (1980), na Escala de graus de comportamento de Blanchard, na Escala Adams para medição de atitude em relação ao professor de Educação Física (Mathews, 1990), no Colégio Americano de Medicina Esportiva (ACMS, 2000) e nas experiências vivenciadas na área pelo pesquisador, sendo que o instrumento foi submetido a fim de ser validado em sua forma e conteúdo.

Na construção final, mostradas no Anexo 6, este questionário de abordagem de participação, ficou definitivamente com 20 afirmações que foram escolhidas após sua validação em função da hipótese deste trabalho, acompanhado de uma escala, com série de campos que permitiu precisar a concordância ou discordância, sem opinião, subdivididas com questões afetivas para as perguntas ímpares e questões do domínio cognitivos para as afirmativas pares sobre o assunto considerado.

4.4.1 Validação dos Instrumentos

Fundamentado nas experiências práticas e em uma revisão de literatura, tendo nas bases de dados LILACS (Base de dados da Literatura Latino Americana em Ciência da Saúde) e MEDLINE (Base de dados Comprehensive Medline), os instrumentos de avaliação foram elaborados com o objetivo de verificar os conhecimentos implícitos no trabalho desenvolvido por acadêmicos da Educação Física atuando em Programas de Saúde.

Para o julgamento e validação destes instrumentos quanto à clareza dos itens, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação, participaram 09 (nove) especialistas profissionais, com formação superior, que desempenham funções na área de educação física relacionada com a Saúde Pública em diversas instituições de ensino, através de contatos pessoais, via telefone e ou verbalmente, em encontros científicos, enquadrados no critério de experiência de pelo menos três anos na área. Após verificar a possibilidade de sua inclusão no estudo, através de um termo de consentimento e esclarecido, procedeu-se à orientação quanto à forma de atuar nas várias etapas da pesquisa.

Assim, para a validação destes instrumentos, enviamos uma carta-convite (anexo 7), um termo de consentimento (anexo 8), um guia instrucional de avaliação dos usuários (anexo 9) e dos profissionais de Educação Física (anexo 10), com características definidoras, fatores específicos relacionados com as atividades e procedimentos utilizados para

a sua mensuração. Segundo Polit e Hungler (1995), estes guias tem a finalidade de elucidar a coleta de dados, delinear a conclusão e permitir, como proposta, que seja um instrumento de fácil aplicação e de uso factível no cotidiano.

Um questionário de coleta de dados de avaliação dos sujeitos pelos usuários (anexo 11) e dos conhecimentos específicos da Educação Física (anexo 12), também, foram colocados no trabalho com informações referentes ao conteúdo do instrumento, à validação da forma, aparência e do guia instrucional, de maneira que os juizes avaliem questões fechadas com as alternativas oferecidas.

Pelo fato de não existir nenhum instrumento específico para esta área, consideraremos para efeito de concordância entre os juizes, um índice maior ou igual a 85%, embora literaturas apontam 70% como suficiente para que seja uma veracidade da validação (Perroca, 1996).

Percorridos todos os caminhos operacionais exigidos para a sua validade, inclusive com o aval da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, instituição responsável pelo programa de saúde inserido nesta pesquisa, e um termo de consentimento dos sujeitos e usuários do programa (anexo 13), este projeto foi submetido e aprovado (anexo 14) em apreciação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

4.4.2 Tratamento dos Dados

Para a análise quantitativa dos instrumentos, os resultados obtidos foram dispostos em um banco de dados, utilizando-se a técnica de dupla digitação, medidas de associações (Qui-quadrado ou teste exato de Fisher) e de correlações Spearman. O nível de significância adotado foi de $\alpha = 0,05$ para decidir sobre a presença ou ausência de relação entre as variáveis.

Inicialmente os escores encontrados nas respostas dos indivíduos para cada domínio em cada um dos instrumentos aplicados,

foram apresentados de forma descritiva por meio de medidas de tendência central, como média aritmética, mediana e medidas de variabilidade, como desvio padrão e amplitude semi-quartilica. Para a representação gráfica, optou-se pelos “box-plots”, com valores de mediana, quartis, mínimos e máximos.

Posteriormente, utilizou-se o coeficiente de correlação não paramétrico de Spearman, calculado entre os princípios da qualificação profissional e os usuários e entre o conhecimento específico da Educação Física e sua formação profissional.

Adicionalmente, comparou-se a distribuição dos escores entre os domínios dos fatores de risco e a programação de exercícios físicos dentro das questões “fechadas” do instrumento de conhecimentos específicos e entre os domínios afetivos e cognitivos do instrumento de avaliação do sujeito pelo usuário. Por tratar-se de amostras dependentes, utilizou-se os testes estatísticos não paramétricos de Wilcoxon e de Friedman, seguidos de comparações múltiplas quando necessários.

Definidas e elaboradas as problemáticas decorrentes do diagnóstico e examinadas entre pesquisador e participantes, foram planejados seminários e encontros com os grupos focais, objetivando a aquisição de conhecimento com os temas geradores e na elaboração de diretrizes de ações a serem aplicadas nos sujeitos envolvidos.

De acordo com Morgan (1988), Focus Groups as Qualitative Research, citado em Thomas e Nelson (2002) e Tanaka e Melo (2001), os encontros ou reuniões com grupos focais tem a finalidade de fornecer informações de qualidade em situações agradáveis para os participantes. Os membros do grupo ouvem o que os outros do grupo tem a dizer, o que podem levar os indivíduos a repensar suas próprias visões.

Com relação ao seminário, definida por Nérici (1971) como “uma reunião do professor e seus alunos para fazer investigações próprias sobre pontos concretos da ciência”, foi planejado com disparadores temáticos, indicando-se referências bibliografias básicas para acompanhamento na exposição, debates e discussões. Esta técnica de

ensino visa capacitar o educando dando ênfase para o uso do trabalho intelectual, a análise de fatos e à reflexão sobre os problemas encontrados.

Posteriormente, com a finalização do reconhecimento evidenciado pelo material recolhido, as informações foram organizadas e sistematizadas de forma a serem analisadas com o grupo para que se pudesse verificar e identificar as situações, produzindo uma discussão com objetivo de compreender e solucionar com ações os problemas encontrados nas suas atuações profissionais.

5. Resultados da Análise Estatística

Após a elaboração, validação e aplicação dos questionários de avaliação para emitir significados e os pensamentos dos envolvidos neste estudo, pudemos captar nesta fase de diagnóstico, os seguintes resultados quantitativos que possibilitarão o processamento de uma leitura detalhada com todas as observações que se fizerem necessárias para a sua análise e discussão em seu segundo momento.

5.1 Instrumento de Avaliação da Formação Acadêmica na Educação Física em Relação à Saúde

Os resultados, mostrados na Tabela 1, foram obtidos através de índices relativos por áreas na formação acadêmica, aplicando-se a seguinte equação:

$$IRFA = \frac{\sum Eia}{E mafa}$$

onde: Irfa = Índice Relativo por área na formação acadêmica;
Eia = Escores dos itens assinalados;
Emafa = Escore máximo possível da área na formação acadêmica.

Para o índice relativo geral da formação acadêmica, os resultados foram calculados através da média dos índices relativos:

$$IRGFA = \frac{\sum IRAFA}{N.^{\circ} a}$$

onde: IRGFA = Índice Relativo Geral da Formação Acadêmica por sujeito.
IRAFA = Índice Relativo por área na formação acadêmica
N^o a = Número de áreas.

Tabela 1 - Índices relativos por áreas para análises da formação acadêmica dos sujeitos (n=15)

Sujeitos	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	IGFA
1	.85	.95	.67	.55	.60	.65	.97	.84	.77	.76
2	.98	1.0	.60	.65	1.0	1.0	1.0	.76	.94	.88
3	.91	.55	.87	.75	.20	.75	.87	.88	.91	.74
4	.89	1.0	.87	1.0	1.0	.90	1.0	1.0	.98	.96
5	.80	1.0	.53	.50	.80	.70	.93	.32	.58	.68
6	.98	1.0	.60	.65	1.0	1.0	1.0	.76	.94	.88
7	.85	.75	.67	.85	.80	.75	.73	.68	.74	.76
8	.87	.85	.67	.95	1.0	.75	.90	.68	.91	.84
9	.98	1.0	.60	.65	1.0	1.0	1.0	.76	.97	.88
10	1.0	1.0	.87	.90	1.0	.95	1.0	.84	.97	.95
11	.73	.80	.60	1.0	.70	.80	.77	.64	.75	.75
12	.75	.85	.80	.80	.80	.80	.80	.72	.77	.79
13	.66	.80	.87	.90	.90	.80	.70	.76	.77	.80
14	.93	.90	.93	.95	.90	.95	.97	.96	.94	.94
15	.89	.95	.53	.85	1.0	.95	.97	1.0	.97	.92

As respostas obtidas no instrumento de auto-avaliação da formação acadêmica na Educação Física, conforme o Colégio Americano de Medicina Esportiva (2000), foram submetidas a cálculos dos escores, através da média, desvio padrão, valores mínimos e máximos, com objetivos de estabelecer parâmetros e permitir identificar em quais dimensões ou áreas estão presentes fatores relevantes ao trabalho profissional em relação à saúde.

Com base nos índices alcançados e considerando a amostra de quinze sujeitos, podemos apresentar os seguintes resultados na tabela 2:

Tabela 2 - Análise descritiva da distribuição dos índices obtidos nas áreas relacionadas à formação acadêmica dos sujeitos (n=15)

áreas	X	DP	MD	Min.	Max	AST
D1- Fisiologia do exercício	.87	.01	.89	.67	1.00	.18
D2- Procedimentos Emergenciais	.89	.13	.95	.55	1.00	.20
D3- Fisiopatologia e Fatores de risco	.71	.14	.66	.53	.93	.27
D4- Psicologia e Comportamento Humano	.80	.16	.85	.50	1.00	.30
D5- Desenvolvimento e Envelhecimento Humano	.85	.21	.90	.20	1.00	.20
D6- Nutrição e Controle de peso	.85	.12	.80	.65	1.00	.20
D7- Anatomia Funcional e Biomecânica	.91	.11	.97	.70	1.00	.20
D8- Avaliação de Saúde e Testes de Aptidão Física	.77	.17	.76	.32	1.00	.20
D9- Prescrição de Exercícios Físicos	.86	.12	.91	.58	.98	.20
Global	.83	.09	.84	.68	.96	.16

A distribuição dos índices relativos às áreas frente à formação acadêmica são mostradas na Figura 2.

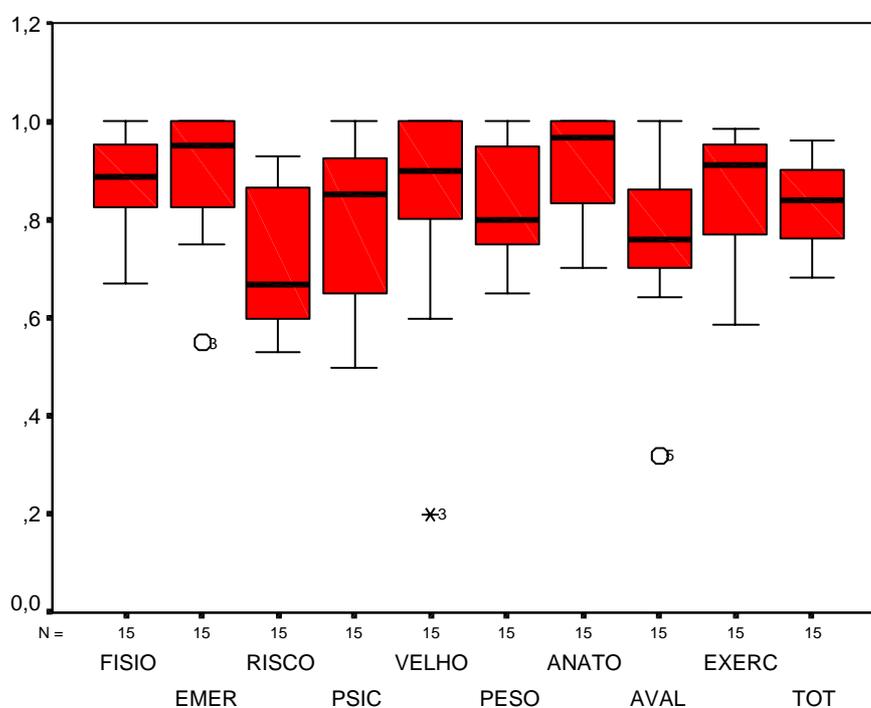


Figura 2 - Distribuição dos índices frente à auto-avaliação da formação acadêmica, segundo áreas delineadas.

Diante dos resultados, podemos observar que os maiores índices integram as áreas dos **Procedimentos Emergênciais e da Anatomia Funcional e Biomecânica**, enquanto que os menores índices de satisfação apresentam-se nas áreas de **Fisiopatologia dos Fatores de Risco e Avaliação de Saúde e Testes de Aptidão Física**.

O teste de Friedman mostrou diferenças estatisticamente significantes entre as áreas com $p: 0.001$, enquanto que o teste de comparações múltiplas mostrou que a área de **Fisiopatologia dos Fatores de Risco** é menor que as áreas Desenvolvimento e Envelhecimento Humano, Nutrição e Controle de Peso, Anatomia Funcional e Biomecânica, Procedimentos Emergenciais e Fisiologia do Exercício.

Quanto à localização dos índices individuais da satisfação dos 15 sujeitos frente às dimensões, mostraram que os indivíduos **4, 10 e 14**

avaliaram de forma mais positiva dentro do grupo estudado. Por outro lado, os sujeitos **3, 5 e 11** apresentaram mais insatisfeitos com os conhecimentos adquiridos na sua formação acadêmica.

5.2 Instrumento de Avaliação dos Conhecimentos Específicos da Educação Física em Relação à Saúde

Para as vinte e cinco questões “fechadas”, os resultados, mostrados na Tabela 3, foram calculados através de índices relativos por áreas, aplicando-se a seguinte equação:

$$IRCE = \frac{\sum Eic}{E\ mace}$$

onde: IRCE = Índice Relativo por área dos conhecimentos específicos;
 Eic = Escores dos itens corretos;
 Mace = Escore máximo possível da área dos conhecimentos específicos

Para o índice relativo geral, os resultados foram calculados através da média dos índices relativos por área:

$$IRGCE = \frac{\sum IRCE}{N^{\circ} a}$$

onde: IRGCE = Índice Relativo Geral
 IRCE = Índice Relativo por área dos conhecimentos específicos
 N° a = Número de áreas.

Tabela 3 - Índices relativos por área e geral nas questões “fechadas” para a análise dos conhecimentos específicos dos sujeitos (n=15)

sujeitos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
IRFR	56	69	56	50	69	62	50	56	.50	50	31	50	.69	56	.50
IRPEF	67	22	67	89	44	67	67	67	.56	44	44	89	.56	67	.67
IRG	60	52	60	64	60	64	56	60	.53	48	36	64	.63	60	.56

Onde: IRFR: índice relativo dos fatores de risco. (divisão dos acertos por 16 questões)
 IRPEF: índice relativo na programação de exercícios físicos. (divisão dos acertos por 9 questões)
 IRG : índice relativo geral (25 questões)

Os dados obtidos nas questões “fechadas” deste instrumento foram submetidos a cálculos dos escores, através da média, desvio padrão,

mediana, valores mínimos e máximos, com objetivo de permitir identificar áreas e parâmetros mais importantes do aspecto cognitivo do exercício físico em relação à saúde. Considerando esta amostra, podemos apresentar os seguintes resultados na Tabela 4:

Tabela 4 - Análise descritiva da distribuição dos índices obtidos nas questões “fechadas” relativas ao conhecimento específico dos sujeitos (n=15)

Áreas	X	DP	MD	Min.	Máx	AST
Índice Relativo dos Fatores de Risco	.55	.10	.56	.31	.69	.12
Índice Relativo na Programação de Exercícios Físicos	.61	.17	.67	.22	.89	.23
Índice Relativo Global	.57	.08	.60	.36	.64	.10

Submetidos ao teste de Wilcoxon, os resultados mostraram não haver diferenças estatisticamente significantes entre as duas dimensões das questões “fechadas” com $p= 0.21$, podendo ser visualizados na Figura 3.

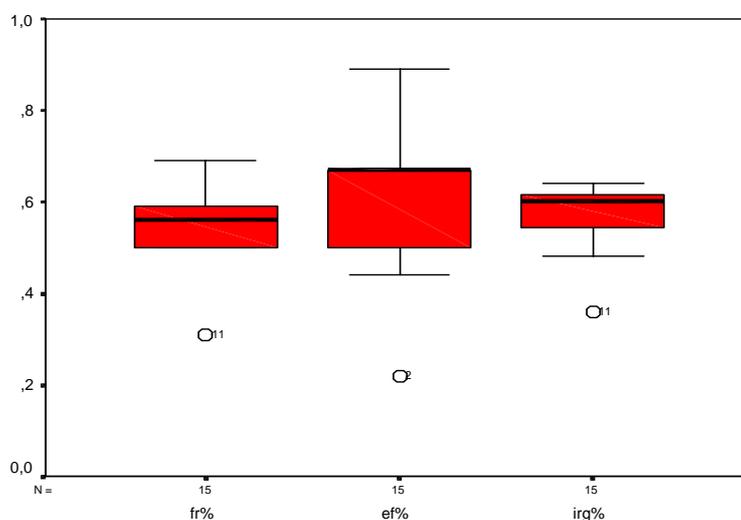


Figura 3 - Distribuição dos índices frente às questões “fechadas” para a análise dos conhecimentos específicos, segundo áreas delineadas.

Para perceber o posicionamento filosófico do sujeito diante dos cinco casos da realidade entre Educação Física e Saúde Pública, de acordo com Howley e Franks (2000), os conteúdos situacionais das questões

“abertas” foram subdivididas em cinco áreas, encontrando-se os seguintes resultados mostrados no Quadro 3:

Quadro 3 - Distribuição dos acertos nas questões “abertas” para a análise dos conhecimentos situacionais dos sujeitos (n=15)

<i>Dimensões</i>	Fatores de risco			Fisiologia exercício		Exercícios físicos			Procedimentos Emergenciais			Planejamento da Educação Física					
Casos	C1			C2		C3			C4			C5					
Sujeitos	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q4	T	IRGC
1.				1	1	1		1	1	1	1				1	8	.53
2.				1			1	1	1	1	1				1	7	.47
3.	1					1	1	1		1	1				1	7	.47
4.			1			1							1			3	.20
5.		1		1	1		1				1				1	6	.40
6.					1		1		1		1			1	1	6	.40
7.	1	1	1	1	1	1	1					1	1	1	10	.67	
8.				1			1			1					1	4	.27
9.			1	1		1	1			1	1			1	1	8	.53
10.					1		1	1							1	4	.27
11.			1		1										1	3	.20
12.			1		1		1	1		1	1	1	1	1	9	.60	
13.				1	1		1		1		1			1	6	.40	
14.		1	1				1				1		1		5	.33	
15.							1	1	1		1		1		5	.33	
Total	2	3	6	7	8	3	12	8	5	6	10	1	5	4	11	91	.40
MIRA	.24			.50		.51			.47			.35					.41

Onde: A1: dimensão da área de Fisiopatologia e Fatores de Risco

C1.Q1 = questão sobre prevalência de fatores de risco.

C1.Q2 = questão sobre sedentarismo como fator de problemas de saúde.

C1.Q3 = questão sobre os benefícios do exercício físico.

A2: dimensão da área de Fisiologia do Exercício

C2.Q1 = questão para a explicação fisiológica do fato.

C2.Q2 = questão sobre os resultados de um programa de treinamento.

A3: dimensão da área de Prescrição de Exercícios Físicos

C3.Q1 = questão sobre avaliação médica.

C3.Q2 = questão sobre tipos de medicamentos utilizados.

C3.Q3 = questão sobre a programação de exercícios.

A4: dimensão da área dos Procedimentos de Emergências

C4.Q1 = questão sobre que tipo de doença deve-se suspeitar.

C4.Q2 = questão sobre planos médicos de emergências.

C4.Q3 = questão sobre comportamentos situacionais e monitorização de sinais vitais.

A5: dimensão da área de Planejamento da Educação Física na Saúde

C5.Q1 = questão sobre estratégias de intervenção.

C5.Q2 = questão sobre identificação de fatores de risco.

C5.Q3 = questão sobre a programação de exercícios.

C5.Q4 = questão sobre testes e avaliações.

As respostas obtidas neste instrumento para a análise dos conhecimentos situacionais na Educação Física foram submetidas a cálculos

dos escores, através da média, desvio padrão, valores mínimos e máximos, apresentando os seguintes resultados mostrados conforme Tabela 5:

Tabela 5: Análise descritiva da distribuição dos índices obtidos nas questões “abertas” relativas ao conhecimento específico dos sujeitos (n=15)

Áreas	X	DP	MD	Min.	Máx.	AST
A1- Fatores de Risco	.24	.29	.33	.00	1.00	.33
A2- Fisiologia do exercício	.50	.38	.50	.00	1.00	1.0
A3- Programação de Exercícios	.51	.25	.67	.00	1.00	.33
A4- Procedimentos Emergências	.47	.35	.67	.00	1.00	.66
A5- Planejamento da Educação Física	.35	.18	.25	.25	.75	.25
Índice Relativo Global	.40	.14	.40	.20	.67	.26

Observando a tabela 5, podemos afirmar que nas questões “abertas” dos casos situacionais, que os acadêmicos da educação física estão com maiores índices na área de **Programação de Exercícios Físicos** comparados com as áreas de **Fatores de Risco** e do **Planejamento da Educação Física** direcionados para a saúde.

Posteriormente, os resultados das cinco áreas foram agrupados em duas dimensões para se fazer uma análise adequada dos instrumentos, obedecendo aos seguintes agrupamentos:

- Dimensão dos Fatores de Risco = A1 + A4
- Dimensão da Programação de Exercícios Físicos = A2 + A3 + A5

Para o índice relativo os resultados, mostrados na Tabela 6, foram calculados através da média dos índices relativos de cada dimensão:

$$IRC = \frac{\sum E_i}{E_{mpc}}$$

- onde: IRC = Índice Relativo por caso
 E_i = Escores dos itens;
 E_{mp} = Escore máximo possível.

A partir dos cálculos da média relativos de cada caso obtido de cada dimensão, foi definido o Índice Relativo Geral:

$$IRGC = \frac{\sum IRC}{N^{\circ} d}$$

onde: IRGC = Índice Relativo Geral por caso
 Irc = Índice relativo por caso;
 Nº d = Número de dimensões.

Tabela 5: Índices Relativos por Área e Geral nas questões “abertas” para a análise dos conhecimentos situacionais dos sujeitos (n=15)

Sujeitos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
IRFR	.50	.50	.50	.17	.33	.33	.50	.17	.50	.17	.17	.50	.17	.50	.33
IRPEF	.56	.44	.44	.22	.44	.44	.78	.33	.56	.33	.22	.67	.56	.22	.33
IRG	.53	.47	.47	.20	.40	.40	.67	.27	.53	.27	.20	.60	.40	.33	.33

Onde: IRFR: índice relativo dos fatores de risco. (divisão dos acertos por 6 questões)
 IRPEF: índice relativo na programação e prescrição de exercícios físicos. (divisão dos acertos por 09 questões)
 IRG: índice relativo geral (15 questões)

Neste sentido, o teste de Wilcoxon mostrou diferenças estatisticamente significantes entre os índices dos **Fatores de Risco** (A1+A4) e **Programação de Exercícios Físicos** (A2+A3+A5) com $p= 0.05$. Nos escores dos índices das dimensões estudadas, verificamos que o **Programação de Exercícios Físicos** é maior do que **Fatores de Risco**, podendo ser visualizados na Figura 4.

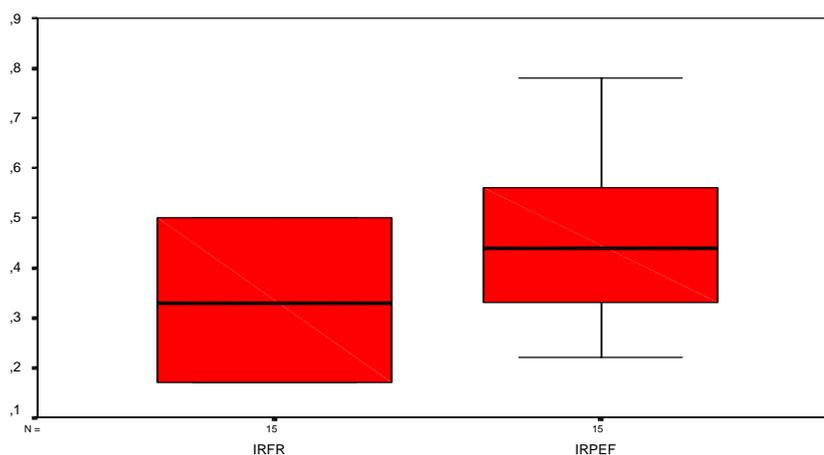


Figura 4 - Distribuição dos índices frente às questões “abertas” para a análise dos conhecimentos específicos, segundo agrupamento das áreas.

Na somatória de todas as questões “abertas” e “fechadas” (n=30) componentes da avaliação dos conhecimentos específicos da Educação Física em relação a Saúde, os resultados, mostrados na Tabela 7, foram calculados através da média dos índices relativos por área, aplicando-se a seguinte equação:

$$\text{IRGCE} = \frac{\sum \text{IRGS}}{\text{N.}^\circ \text{ q}}$$

onde: IRGCE = Índice Relativo Geral
 IRGS = Índice Relativo Geral por sujeitos em cada área
 N° q = Número dos tipos de questões (abertas e fechadas).

Tabela 7 - Índice relativo geral nas questões “abertas” e “fechadas” para a análise dos conhecimentos específico dos sujeitos (n=15)

Sujeitos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
IRGFR	.53	.60	.58	.34	.51	.48	.50	.37	.50	.34	.24	.50	.43	.53	.42
IRGPEF	.62	.33	.56	.56	.44	.56	.73	.50	.56	.39	.33	.78	.56	.45	.50
IRGCE	.57	.50	.54	.42	.50	.52	.62	.44	.53	.38	.28	.62	.52	.47	.45

A respeito da análise individual dos quinze sujeitos frente às áreas estudadas, verificou-se que os indivíduos **7 e 12** conseguiram as melhores médias de acerto, enquanto os sujeitos **4 e 11** obtiveram os piores rendimentos teóricos dentro do grupo a respeito destes conhecimentos nas questões “abertas”. No entanto, não houve diferenças significativas nas questões “fechadas” entre os sujeitos, exceto para o indivíduo **11** que esta com um índice abaixo em relação aos envolvidos.

A somatória dos dados obtidos nas questões “fechadas” e “abertas” deste instrumento foram submetidas a cálculos dos escores, através da média, desvio padrão, valores mínimos e máximos, apresentando os seguintes resultados mostrados na Tabela 8:

Tabela 8 - Análise descritiva da distribuição dos índices obtidos nas questões “fechadas” e “abertas” relativas ao conhecimento específico dos sujeitos (n=15)

Áreas	X	DP	MD	Min.	Máx	AST
Fatores de Risco	.46	.10	.50	.24	.60	.16
Programação de Exercícios Físicos	.53	.13	.56	.33	.78	.12
Índice Relativo Global	.48	.09	.49	.29	.64	.12

O teste de Wilcoxon mostrou haver diferenças estatisticamente significantes entre os índices dos **Fatores de Risco** e **Programação de Exercícios Físicos** com $p= 0.05$, podendo ser visualizados na Figura 5.

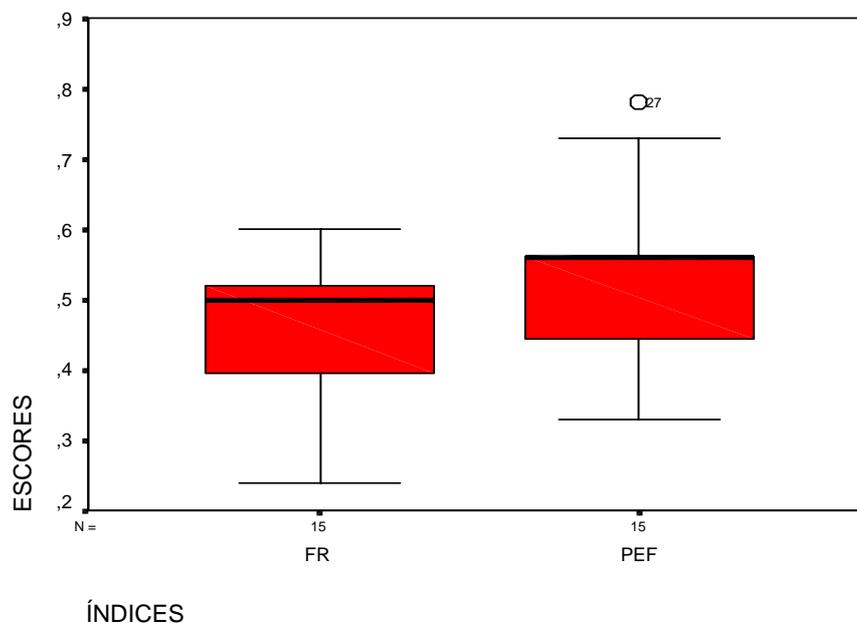


Figura 5 - Distribuição dos índices frente às questões “abertas” e “fechadas” para análise dos conhecimentos específicos, segundo áreas delineadas.

Também verificamos, conforme o teste de correlações de Spearman, que não há diferenças significantes entre a formação acadêmica e a avaliação dos conhecimentos específicos das questões “fechadas”,

6.3 Instrumento para Avaliação da Qualificação Profissional

Para obter os resultados, foram calculados os índices relativos, por Princípios, através da aplicação da seguinte equação:

$$I_{pr} = \frac{\sum E_i}{E_{mp}}$$

onde: I_{pr} = Índice do Princípio Relativo
 E_i = Escores dos itens;
 E_{mp} = Escore máximo possível do Princípio.

Posteriormente, foi definido o Índice Geral Relativo, a partir do cálculo da média dos índices relativos obtidos em cada Princípio:

$$I_{Gr} = \frac{\sum I_{Pr}}{N.^{\circ} p}$$

onde: I_{Gr} = Índice Geral Relativo
 I_{Pr} = Índice do Princípio Relativo;
 $N.^{\circ} p$ = Número de Princípios.

Com base nos escores obtidos pelos sujeitos, foram calculados os índices relativos para cada princípio, cujos dados encontram-se no Quadro 4:

Quadro 4 - Índices relativos por Princípios e Geral para análises da qualificação profissional dos sujeitos (n=15)

Sujeitos	Índice Relativo Raridade	Índice Relativo Importância	Índice Relativo Indenização	Índice Relativo Esforço	Índice Relativo GERAL
1	.75	.93	.37	.60	.66
2	.55	1.0	.63	.50	.66
3	.70	.93	.57	.60	.71
4	.80	.93	.43	.60	.65
5	.55	1.0	.60	.50	.66
6	.55	1.0	.60	.50	.66
7	.70	1.0	.60	.60	.73
8	.80	.67	.43	.60	.62
9	.70	.60	.57	.60	.72
10	.55	1.0	.60	.50	.66
11	.75	.87	.57	.60	.70
12	.75	.80	.70	.70	.74
13	.70	.87	.37	.60	.63
14	.80	.93	.47	.60	.70
15	.70	.73	.47	.50	.60

Observando a situação individual no grupo diante dos princípios analisados, os resultados mostraram que os indivíduos **7 e 12** alcançaram maiores índices relativo geral, enquanto que os sujeitos **8 e 15** apresentaram menores índices na auto avaliação da qualificado profissional.

Conforme Souza (2001), os especialistas que participaram daquela pesquisa, classificam a atividade profissional da Educação Física em “mais qualificada” (média de IGR > que .63 com P₅₀), comparando-a com outras profissões, enquanto que a auto-avaliação dos sujeitos indicaram uma “superestimação” da qualificação profissional.

Neste sentido, relacionando os dados encontrados entre aquele estudo e os nossos resultados mostrados na Tabela 9, podemos afirmar que existe uma concordância entre as análises, isto é, o trabalho profissional para os sujeitos que participaram desta pesquisa tem um significado de realização pessoal, sem cobranças de produtividade, mas com recompensa e reconhecimento dos resultados, colaborando na percepção de características do modo de ser.

Tabela 9 - Análise descritiva da distribuição dos índices obtidos nos Princípios relacionados à Qualificação Profissional dos sujeitos (n=15)

Princípios	X	DP	MD	Min.	Máx.	AST
Índice Relativo Raridade	.69	.09	.70	.55	.80	.20
Índice Relativo Importância	.91	.10	.93	.67	1.00	.13
Índice Relativo Indenização	.53	.10	.57	.37	.70	.16
Índice Relativo Esforço	.57	.06	.60	.50	.70	.10
Global	.68	.04	.67	.60	.74	.03

O teste de Friedman mostrou, conforme Figura 6, que existe pelo menos uma diferença estatisticamente significativa entre os domínios $p=0$. O teste de comparações múltiplas mostrou que o princípio **Importância** apresentou os maiores escores, seguido do princípio **Raridade** e seguido do princípio **Indenização** e **Esforço**, que não diferiram entre si.

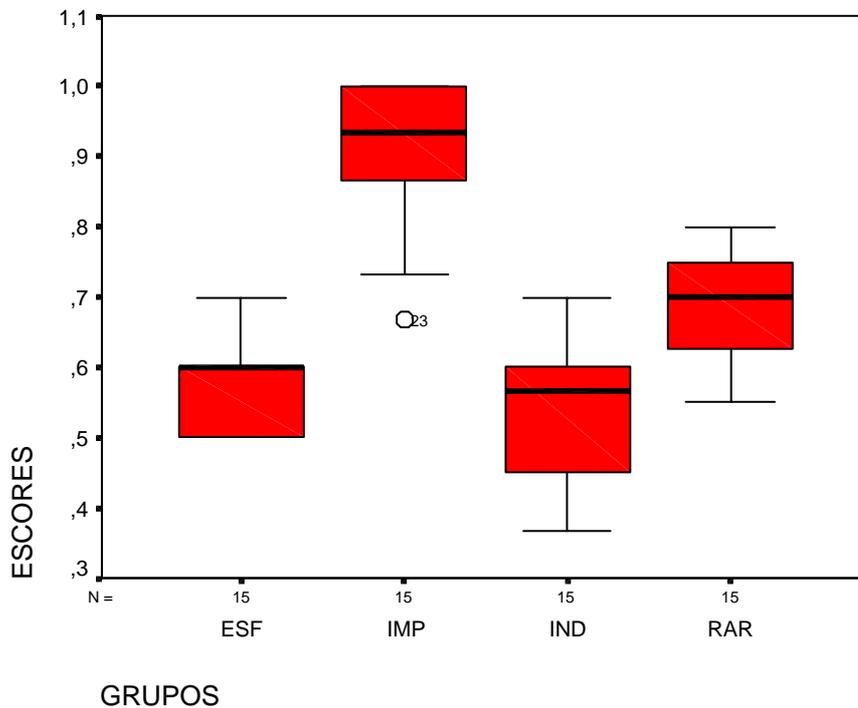


Figura 6 - Distribuição dos índices obtidos na qualificação profissional dos sujeitos, segundo os princípios do instrumento.

6.4 Instrumento de Avaliação do Sujeito pelo Usuário

Para encontrar os resultados deste instrumento, foram calculados os índices relativos obtidos junto aos usuários que avaliaram os sujeitos nos domínios afetivos e cognitivos, através da aplicação da seguinte fórmula:

$$IRUS = \frac{\sum Eius}{E md}$$

onde: IRUS = Índice Relativo por domínio afetivos ou cognitivos dos usuários
 Eius = Escores dos itens assinalados;
 Emd = Escore máximo possível por domínio.

Para o índice relativo geral, os resultados, mostrados na Tabela 10, foram calculados através da média dos índices relativos nas questões:

$$IRGU = \frac{\sum IRD}{N.^{\circ} a}$$

onde: IRGU = Índice Relativo Geral dos Usuários;
 IRD = Índice Relativo por domínios;
 N.º a = Número de domínios.

Tabela 10 - Índice Relativo por Domínios e Geral para análises do sujeito pelo usuário (n=285)

Sujeitos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
IA	.82	.65	.78	.78	.85	.80	.76	.86	.85	.71	.81	.78	.78	.74	.88
IC	.79	.65	.74	.70	.87	.78	.75	.87	.81	.67	.76	.68	.72	.80	.83
IRGU	.80	.65	.77	.74	.86	.79	.76	.86	.83	.69	.79	.73	.75	.77	.86

Onde: IA: índice relativo dos domínios afetivos do sujeito.
 IC: índice relativo dos domínios cognitivos dos sujeito.

As informações levantadas junto aos usuários apresentaram um forte índice de satisfação no domínio afetivo referente à atuação dos sujeitos da educação física em seus respectivos núcleos, conforme tabela 11

Tabela 11 - Análise descritiva da distribuição dos índices obtidos nos domínios relacionados à avaliação do sujeito pelo usuário (n= 285).

Domínios	X	DP	MD	Min.	Máx.	AST
Índice Relativo a Afetividade	.79	.07	.78	.65	.90	.11
Índice Relativo ao Cognitivo	.76	.08	.76	.65	.87	.15
Índice Relativo Global	.79	.08	.79	.69	.95	.13

Em estudo comparativo no instrumento de avaliação do usuário, mostrados na figura 7, a diferença entre a distribuição dos escores entre os domínios afetivos e cognitivos foi estatisticamente significativa, sendo que a distribuição dos escores afetivos foram maiores, no teste de Wilcoxon, com $p = 0.02$.

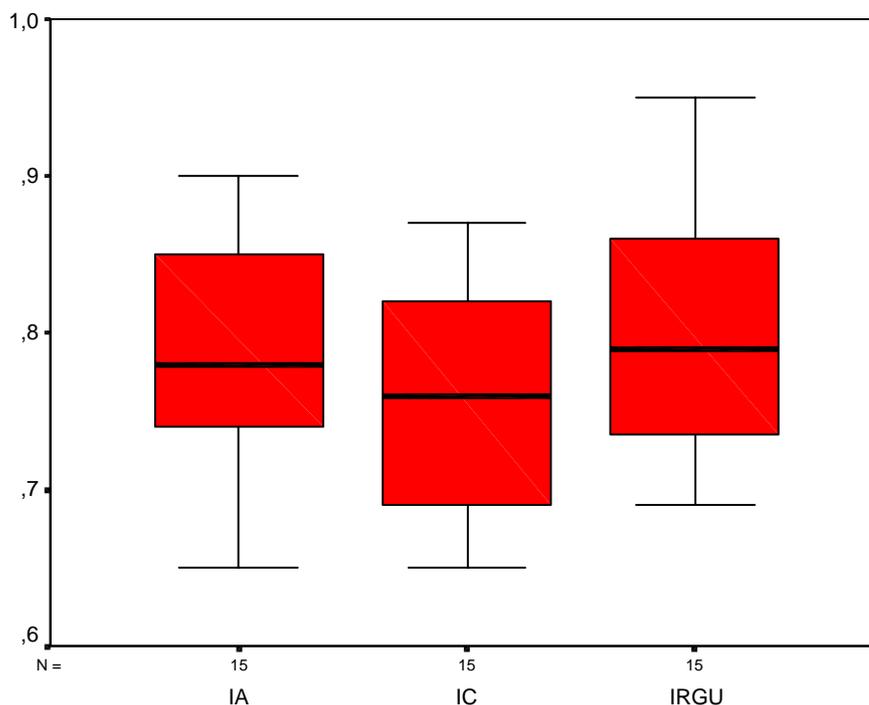


Figura 7 - Distribuição dos índices obtidos na análise do sujeito pelo usuário, segundo domínios afetivos e cognitivos.

Diante desta visão, as unidades temáticas permitiram reunir dois grupos de concepções com relação ao domínio cognitivo e ao domínio afetivo na avaliação encontrada diante dos usuários. No primeiro grupo, estão aqueles que possuem um grau bom de conhecimentos específicos da área, mas que não alcançam altos índices na questão afetiva. No segundo grupo, aqueles que possuem uma aceitação muito forte na habilidade afetiva e com nível inferior nos conteúdos teóricos na sua qualificação cognitiva.

Por outro lado, ao verificarmos no Anexo 15, os resultados encontrados nas respostas colocadas no questionário, podemos analisá-las de forma individual observando que 90% dos usuários manifestaram positivamente nas questões **3, 6 e 13**, concordando que o professor respeita os horários estabelecidos para as atividades, apresenta exercícios físicos de forma clara e são ministrados com muita alegria e bom humor. No entanto, negativamente, verificamos que 48% dos professores não pedem e nem fazem palpação do pulso para determinar a intensidade do exercício físico

através da frequência cardíaca (questão **20**). Também há uma certa deficiência, em torno de 30 a 35%, de que o professor não avalia as condições físicas (peso, estatura, flexibilidade) e nem é acessível para o atendimento dos participantes fora do horário das atividades físicas (questão **12**).

Na discussão sobre o estudo comparativo entre a Qualificação Profissional e o Instrumento de Avaliação do sujeito pelo usuário, podemos afirmar que não houve correlação ou associação entre eles.

Outro dado importante levantado foi nas sugestões emitidas pelos usuários a respeito do programa para que as atividades pudessem ser desenvolvidas com maior eficiência nos diversos núcleos, sendo observado as seguintes reivindicações:

- melhoria nos locais em que se desenvolvem as atividades (limpeza) e pedem a construção de centros comunitários adequados (23,5%).
- solicitação à instituição diretiva para que os médicos pudessem avaliar o grupo, aumento das aulas semanais, adequação do horário na época do verão (23%).
- auxílio financeiros na organização de atividades sociais e culturais como passeios e festas comemorativas (13,5%)
- sugerem (11,5%) a compra de equipamentos (balança antropométrica) e materiais da educação física (colchonetes, pesos e bolas)
- sugestões aos professores para que diminuíssem a caminhada, aumentando o tempo da ginástica, não se faz avaliação da frequência cardíaca, permanecer o professor o ano todo, falta de músicas, alguém para auxiliar o professor (9,6%).

Diante de todas estas considerações manifestadas através de resultados encontrados em nossa pesquisa, verificamos que o referencial metodológico e os procedimentos adotados possibilitaram uma valiosa análise quantitativa e discussão para se elaborar uma produção de material que explicassem os fatos que ocorrem sobre os conhecimentos, habilidades e competências a respeito da atuação dos profissionais da Educação Física na Saúde Pública.

A partir deste momento, elaboramos um planejamento de conteúdos, considerando-se as riquezas dos temas geradores levantados que pudessem colaborar e desenvolver as atividades educativas recomendadas nesta pesquisa-ação, sendo que a seleção e codificação das áreas ou domínios foram agrupadas e ordenadas pedagogicamente, conforme sugere Freire (1997).

6. A Intervenção Estratégica: o encontro participativo

Prosseguindo neste modelo de auto-capacitação, estabelecemos uma estratégia horizontal na apresentação deste estudo com etapas ordenadas e organizadas que se interligam entre o trabalho de campo e a construção teórica, inspirando-nos em transformações e na construção de novos conhecimentos.

Nesse sentido, o segundo momento deste estudo é utilizado os pressupostos preconizados por Thiollent (1996) na área social e Freire (1997) na pedagogia educacional, que é fundamentada no aprender e compreender o mundo no seu contexto, criando a partir deste momento oportunidades para que os educandos possam desenvolver e aperfeiçoar suas capacidades de trabalho. Trata-se de um método crítico e ativo, sendo elemento fundamental para que a relação existente entre todos os envolvidos neste trabalho seja feito de modo consciente a respeito da realidade.

No desenvolvimento prático deste método, obedecemos na sua primeira etapa em fazer o levantamento de um conjunto de temas geradores, denominado de universo temático, que nos levou a interpretar a situação e a identificação das necessidades, conhecimentos prévios e de habilidades dos sujeitos envolvidos.

Com a finalização evidenciado pelo material recolhido, a segunda etapa constou em devolver ao grupo as informações que foram organizadas e sistematizadas de forma que pudessem ser identificadas no quadro de diagnósticos, em busca de ações e estratégias com objetivo de compreender a relação existente entre ensino e o processo de trabalho.

Nesta ocasião, todos puderam visualizar amplamente este estudo, valorizando sobre sua importância e reconhecendo-o do valor deste trabalho, sem falsas expectativas, fazendo com que os sujeitos se

conscientizassem de que ele seria desenvolvido através de encontros participativos.

Devemos considerar que estes encontros representam uma oportunidade de reflexão sobre suas práticas profissionais, considerado um espaço para seus desabafos e insatisfações frente às características no contexto do trabalho. Estes momentos foram facilitados pelo interesse dos acadêmicos, na política social que este trabalho proporciona as instituições participantes e pela experiência envolvente por este pesquisador nesta área.

Na terceira etapa, baseando-se nos relatos da fase anterior, após o diagnóstico da relação ensino-trabalho e sua intenção de propiciar uma reflexão sobre esta prática, coube a este pesquisador elaborar, juntamente com a coordenação do programa, o calendário das reuniões e do cronograma das atividades educativas a serem desenvolvidas sob a forma de seminários participativos com duração de noventa minutos.

Conjuntamente com os encontros participativos dos acadêmicos, são programados mensalmente reuniões com o grupo de usuários representados pelas suas lideranças em seus respectivos núcleos do Programa de Integração Comunitária, com a finalidade de promover a troca de experiências, ciclo de palestras e informações envolvendo a instituição mantenedora e a comunidade.

6.1 Discussão dos Disparadores Temáticos

A partir dos resultados verificados em questionários e avaliações aplicados nos sujeitos e beneficiários participantes do programa de saúde, fez-se uma eleição quantitativa para selecionar os disparadores temáticos. Assim, as áreas de Fatores de Risco e da Estratégia e Planejamento da Educação Física para a Saúde, pertencentes ao **Domínio Cognitivo da Atividade Física na Saúde** e o princípio relativo das condições de trabalho para a **Qualificação Profissional** foram os temas que mais chamaram a atenção quanto aos seus índices carentes percebidos.

Embora a quantificação dos resultados pudesse mostrar a realidade concreta dos fatos, para Chizzotti (1991), as posições qualitativas se baseiam em abordagem significativas e amplas que permitem analisar, interpretar e descrever as percepções dos sujeitos envolvidos. Este tipo de análise permite buscar em ambiente natural, o significado mais profundo daquilo em que se está trabalhando.

Em busca de adequação na metodologia planejada diante dos temas levantados, descreveremos a partir deste momento, uma síntese das discussões ocorridas nos encontros participativos para a construção coletiva de projetos de ação interprofissionais.

1. Domínio Relativo ao Aspecto Cognitivo do Exercício Físico na Saúde

Primeiramente foi abordado a temática sobre as **Estratégias de Intervenção na Saúde**, permitindo contextualizar os aspectos interdisciplinares e redimensionar os quesitos do saber a serem enfatizados na formação acadêmica destes futuros profissionais da educação física, para que possam conhecer as variedade de ações para a sua implementação (comunicação, educação, legislação).

Neste sentido, este pesquisador, baseando-se em Rouquayrol (1994) colocou as linhas gerais do panorama da inclusão do profissional da educação física em projetos da área da saúde, de acordo com as diretrizes que devem ser percorridas para que a participação dos agentes de saúde e a comunidade estejam vinculados ao estudo dos problemas e a solução os mesmos.

Ao discutir este assunto no grupo, notamos que o posicionamento filosófico-didático nos transmite que os sujeitos estão mais preocupados com aspectos afetivos e técnicos desta intervenção. Revela que 40% dos acadêmicos denotam de que a avaliação e autorização médica são fundamentais para que o indivíduo realize exercícios físicos, enquanto que metade deles mostram que os requisitos técnicos são importantes para o planejamento das atividades físicas na saúde. Nenhum dos sujeitos

focalizou o contexto político e social nas discussões, aceitando que o “fazer” da educação física colabora somente na motricidade humana como “meio” de intervenção no trabalho coletivo.

Com relação à questão do **Planejamento da Educação Física em Programas de Promoção de Saúde**, entendemos de que esta função é importante para o profissional de educação física, pois norteiam as diretrizes necessárias para se alcançar às metas propostas. Neste momento reportamos Candeias (1996), colocando-nos aspectos significativos do planejamento e manifestando que ele deve abranger um modelo de integração entre os níveis institucional, programático e usuário, representando o alvo terminal das ações.

Do mesmo modo, Forster e Ferreira (2003) nos propõe que o planejamento em saúde deve constar de etapas bem definidas, constando de identificação dos problemas e estabelecimento de prioridades, antes que seja feita a elaboração, execução e avaliação do programa.

Além disso, notificamos que é importante existir uma sequência pedagógica e didática para que o conteúdo programático seja inserido de forma verticalidade no planejamento das atividades.

Visto isso, despertar o prazer pelo exercício tornando-os fisicamente ativos através de atividades físicas é o primeiro momento de sua aplicabilidade para, posteriormente, preocupar-se com a aquisição de aptidão física. Em progressão, devem ser transmitidos os conhecimentos referentes ao exercício físico e seus benefícios. Em conseqüência, os participantes do programa devem executar a auto-avaliação dos componentes das qualidades físicas desenvolvidas, interpretando os resultados alcançados.

Quando conseguir passar por todas estas etapas, com conhecimentos suficientes a respeito do exercício físico, afirmamos que o usuário estará preparado para incorporá-lo permanentemente no seu cotidiano e tomar decisões na sua prática. Assim, consideramos a autonomia e a conscientização como meta final em programas de promoção e prevenção de saúde, mas dificilmente alcançáveis.

Outro aspecto interessante é que poucos fazem relatório dos conteúdos programáticos, através dos registros diários das atividades físicas desenvolvidas, anotando os tipos de exercícios físicos e quantificando os números de participantes nas sessões ministradas.

A capacidade de planejar e programar serviços de atividades física e desportivas, através de eventos, palestras e festividades, também faz parte das habilidades e competências do elenco de atribuições de um orientador de atividades corporais para a saúde, que no entanto, foram poucas exercidas. Na maioria dos casos, estas ações são organizadas com recursos próprios pelas lideranças de cada núcleo, sem apoio das instituições envolvidas.

Para a análise e discussão participativa da **Avaliação de Saúde e Testes de Aptidão Física**, os parâmetros curriculares nacionais da Educação Física (CONFED, 2002) consideram que a avaliação deve ser útil, objetivando dimensionar os avanços e as dificuldades dentro de um processo produtivo. Quando isto ocorre na área da saúde é importante contemplar testes biofisiológicos para auxiliar nos índices de aptidão física, embora exista a possibilidade de aplicá-lo nos aspectos psicológicos e sociais.

Um fato que foi colocado em pauta é a respeito da importância da verificação da frequência cardíaca na atividade física, mas que não é realizada durante a sessão devido às dificuldades ocasionada pela falta de equipamento adequado e a quantidade de participantes. Neste momento, este pesquisador orientou-os que efetuassem um plano de atenção aos mais necessitados, selecionando os casos mais preocupantes para atendê-los no controle da frequência cardíaca desta população.

Outra situação abordada que chamou atenção neste tema foi a respeito da ausência em realizar a aferição periódica da pressão arterial por parte dos profissionais da saúde envolvidos no programa para o acompanhamento de seus participantes, fato esse prejudicando o controle de fatores de risco.

A composição corporal é outro assunto que tivemos oportunidade de discutir diante da importância de se conhecer e acompanhar o aspecto nutricional destes indivíduos. Através do seu índice de massa corpórea, calculados com as medidas de peso corporal e estatura dos indivíduos, podemos orientá-los quanto à melhoria estética e fisiológica nesta questão da saúde. No entanto, verificou-se que nenhum dos acadêmicos atuantes consegue executar este procedimento para realizar esta importante avaliação de saúde.

A operacionalização de todos estes conteúdos e procedimentos passam pela adequada formação profissional destes acadêmicos, e o simples fato de não existirem equipamentos adequados para a execução destas ações não justifica a não realização dos mesmos.

Sugerimos que elaborasse um quadro de caracterização de todos os participantes em seus respectivos grupos, conforme exemplificação mostrada no Anexo 16, e realizado no núcleo que atua este observador.

Outro tema que merece destaque nesta discussão participativa é a respeito dos **Fatores de Risco**, definido como característica identificável associada com alta expectativa de incidências de doenças e considerada, do ponto de vista epidemiológico para a American College of Sports Medicine, citados por McMurray e colaboradores (1998) como fator desencadeante que se manifestam antes de determinados agravos. Entre eles se encontram hipertensão arterial, drogas, colesterol alto, sedentarismo, obesidade e estresse.

Estudos científicos demonstram que existem enormes benefícios da atividade física sobre os fatores de risco, respaldadas por várias instituições como a Organização Mundial da Saúde, Colégio Americano de Medicina Esportiva (ACMS), Federação Internacional de Medicina Esportiva e Centro de Controle de Doenças dos USA, citadas em Matsudo e Matsudo (2000b), ficando evidente a importância de se incorporar este assunto nos conhecimentos dos profissionais que atuam nesta área.

De maneira geral, podemos considerar que os resultados deste grupo estudado indicaram índices adequados de 83% deles na auto-

avaliação na formação acadêmica e, sinalizando em torno de 40% como inadequados, para os conhecimentos específicos das doenças crônicas degenerativas e sua relação com a qualidade de vida dos indivíduos.

Diante desta representação, fornecemos subsídios que pudessem aparelhar teoricamente a resolução deste problema, através da elaboração de um manual de capacitação distribuídos a todos os acadêmicos, relacionando atividade física com várias complicações para a saúde tais como diabetes, hipertensão arterial, obesidade e doenças coronarianas.

2. Princípio Relativo à Qualificação Profissional

Neste programa de atividade física realizada dentro da saúde pública, foi considerado pelo grupo que são necessárias constantes atualizações de conhecimentos teóricos e práticos, em função das mudanças e evoluções científicas da área. Quanto às habilidades exigidas, elas requerem uma capacidade física, fundamental para ministrar as práticas corporais, e um domínio afetivo necessário para promover a aderência e a motivação dos participantes do programa.

Todos atribuem o trabalho nesta área como elemento importante na sua vida profissional, embora citam as grandes dificuldades impostas pelo poder aquisitivo na sua formação. Colocam a questão do mercado de trabalho como fator ameaçador à continuidade de sua atuação dentro da área da saúde.

O trabalho parece representar um elemento que contribui para a formação de sua identidade e para o reconhecimento de “si mesmo”, compreendendo a expressão da subjetividade no “fazer”, um reconhecimento das próprias habilidades e para a formação de um auto-conceito.

Na questão relacionada ao nível de responsabilidade, os sujeitos enfatizaram a importância das conseqüências advindas de uma

atuação negativa que pode causar prejuízos nos indivíduos, se não forem bem orientadas quanto a sua intensidade e progressão, devido às dificuldades ocasionadas pela heterogeneidade do grupo.

Quanto ao ambiente de trabalho nos seus respectivos núcleos, relataram que existem diferenças significativas em seu nível social e cultural, embora a participação seja positiva.

A estrutura de trabalho oferecida pela coordenação do programa foi avaliada como razoável devido à falta de verba, inadequação de materiais específicos e espaço para a realização das atividades físicas. A distância dos locais onde se desenvolvem os diversos núcleos do programa são apontados pelos sujeitos como um fator de dificuldade para que estes acadêmicos possam atuar com mais eficiência, embora alguns escolhessem seus locais por residirem próximos deles.

Questionam a política da instituição, principalmente quanto a participação de outros profissionais da saúde que deveriam atuar de forma integrada com todos os envolvidos.

Alguns aspectos de bem estar e satisfação no trabalho foram encontrados nas crenças de que existem transformações e mudanças nos participantes do grupo, com resultados importantes, reconhecendo que o produto do trabalho gera satisfação nas pessoas envolvidas.

Quanto aos aspectos de mal estar e insatisfação no trabalho, pode-se dizer que originam-se nas condições inadequadas e no sentimento de culpa causado por erros cometidos, percebendo que as decisões tomadas podem levar a conseqüências negativas.

Em síntese, as discussões correspondem às mesmas demandas encontradas no estudo de Souza (2001), podendo-se afirmar que os futuros profissionais da Educação Física possuem autonomia para desenvolver as atividades programadas dentro deste projeto, embora as condições sejam insatisfatórias para que os usuários participem mais do programa. Neste sentido, o trabalho é descrito como fator de realização pessoal e determinam a sua produtividade, sendo que a transformação das

pessoas e do ambiente social são os resultados mais positivos quanto à satisfação em sua atuação profissional.

6.2 Análise das Ações Participativas

Nas observações finais deste processo educativo e metodológico com a implementação desta estratégia, pudemos considerá-la positiva e adequada de acordo com as manifestações verbais e participações ativas dos sujeitos, estimulado pelas discussões ocorridas a respeito das unidades temáticas.

As discussões dos temas incluídos nos encontros participativos objetivaram verificar os requisitos técnicos e a dimensão do saber a serem enfatizados na formação acadêmica do profissional de educação física com capacidades e competências para atuarem em compromisso corporal e social dos cidadãos na saúde.

Com isso, pudemos observar tendências manifestadas neste grupo participativo baseados em Perez Gomes (1999). Alguns assumem a função pedagógica, preocupados com parte educacional e até em ser líder da comunidade para a formação do cidadão. Outros, possuem tendência liberal tecnicista, procurando transmitir informações precisas, eficientes e rápidas, valorizando os conteúdos técnicos. Há os que atuam dentro de um enfoque reflexivo, baseados no aprendizado da prática pela prática, sentindo a necessidade de evoluir somente quando enfrentam problemas complexos no trabalho. Porém, encontramos poucos com a perspectiva acadêmica de enfoque compreensivo, ressaltado de que o trabalho é uma transmissão eficaz de conhecimento aplicados de forma didática.

À medida que o processo de investigação se materializava em produção e circulação de informações, pudemos sensibilizar uma capacidade de aprendizagem no grupo, cujos resultados ofereceram novos conhecimentos para área. Para isto, em coerência com Thiollent (1996), o papel deste especialista foi de facilitar a assimilação dos conhecimentos nos

participantes de maneira que houvesse a restituição de informações, promovendo discussões e estabelecendo propostas coerentes com a realidade.

O fato de todos os sujeitos viverem a experiência diariamente contribuiu positivamente nos assuntos discutidos para resolução de questões consideradas importantes no desempenho de suas potencialidades. Permitiu ao grupo entender claramente o que foi discutido, despertando o interesse e a motivação, estimulando a participação no trabalho que estava sendo desenvolvido.

Referendado pela análise dos resultados quantitativos, notamos que os profissionais de maior nível de qualificação foram os que mais participaram calorosamente das discussões do grupo, desenvolvendo percepções mais críticas sobre as relações que se estabelecem no trabalho, promovendo um bem estar e satisfação e não sofrendo pressão das exigências da sua atuação.

Um aspecto que nos chamou a atenção, durante os encontros, foi de que os acadêmicos utilizam este programa para cumprirem o estágio extracurricular dos cursos de bacharelado e licenciatura em Educação Física como instrumento de contrato de trabalho.

No entanto, para que o estágio cumpra a sua finalidade, é preciso que não seja considerado um emprego, com exploração de mão-de-obra para combater um desemprego e escondendo sua verdadeira missão, que é assegurar uma eficiente formação profissional.

Considerando que existe aprovada uma regulamentação do estágio curricular para acadêmicos de Educação Física, a partir do 5º (quinto) semestre do curso de graduação (BRASIL, 2000), constitui requisito básico que a entidade possua em seu quadro de pessoal, profissionais de Educação Física, que atuarão como supervisores durante o período integral, o que infelizmente não ocorre neste programa.

Coerente com os nossos objetivos propostos, este trabalho possibilitou o envolvimento de todos os sujeitos que se identificaram como

protagonistas de valores e comportamentos pertinentes na perspectiva da transformação de uma realidade.

Esta estratégia permite que o futuro profissional identifique necessidades e possibilidades de aperfeiçoamento das relações interpessoais e multiprofissionais e desenvolva capacidade instrumental para capacitar as interações construtivas com todos os envolvidos.

Ao final, os sujeitos analisaram suas próprias participações no grupo, conforme anexo 14, avaliando as técnicas utilizadas, depois que as etapas foram sendo construídas e reconstruídas através das experiências em vida acadêmica profissional diária.

Os resultados encontrados nesta avaliação sobre o processo de intervenção utilizado neste trabalho mostraram que os temas disparadores e sua estruturação foram facilitadores para o envolvimento de todos, sendo considerado importante sob o ponto de vista profissional, embora a duração dos encontros foi considerada insuficiente.

Em vista destes fatos, todos concordam que para o futuro profissional dos militantes da área, devemos estar atualizados e munidos de instrumentação teórica consistente para discutir e ampliar o compromisso da Educação Física com a saúde, reconhecendo o seu papel nos múltiplos aspectos da vida em sociedade.

7. Considerações Finais

O desenvolvimento sustentável de um trabalho envolvendo cidadãos e comunidades depende de resultados alcançados em seu caminho e suas consequências em um processo de mudança para a construção de um novo modelo da atuação de profissionais na promoção da saúde.

Segundo vários autores citados em Russel (1996), a promoção de saúde é qualquer combinação planejada de suportes educativos, políticos e organizacionais para ações e condições de vida que conduzem a saúde dos indivíduos, dos grupos ou comunidades. Salienta-se diante deste significado, a importância de se utilizar estratégias educacionais para saúde, como sendo conveniente, pois contribui com alterações positivas no padrão de comportamento observável e nos hábitos que se relacionam com a prevenção, manutenção e melhoria da saúde.

O documento produzido pela Organização Mundial da Saúde em 1984 (BRASIL, 2001) sobre a promoção de saúde, aborda as questões da desmedicalização, educação para a saúde, multifatorialidade e do seu caráter coletivo, sendo que capacitar os profissionais da saúde para tornar viável aplicabilidade é um dos seus princípios fundamentais.

Assim, na educação para a saúde, o modelo de auto-capacitação consiste, para Tones (1989), em “transmitir os conhecimentos necessários para uma tomada de decisão da comunidade, incorporando a idéia de que a mudança democrática só pode ocorrer pela capacitação de indivíduos para modificar o seu meio”. Mas para o próprio autor, existem dúvidas se aquisição de conhecimentos pode garantir mudanças por parte da comunidade.

Nesta perspectiva, torna-se positivista a construção das competências profissionais como necessidade neste mercado de trabalho

que são gerados pela aprendizagem dos conhecimentos, valores e experiências. Mas, diante das nossas vivências, notamos que esta expressão de desenvolvimento é difícil de materializarem-se em esquemas conceituais e de ação.

Isto significa, conforme Paim (1993), a necessidade em desenvolver programas de educação continuada em saúde coletiva nas instituições que prestam serviços de saúde, com vistas a recompor e atualizar constantemente os novos elementos para a sua prática.

Talvez, o degrau mais importante no âmbito da produção de conhecimentos está em abastecer e acrescentar uma “práxis” com objetos teóricos científicos capazes de propor ações de integralidade em saúde. Isto certamente deve resultar, de acordo com Paim e Almeida Filho (1998), em uma re-configuração para determinar a predição dos novos paradigmas da saúde coletiva capaz de propor visões e formas de superação das atuais práticas preventivas.

Assim, as contradições e mitos nas áreas da saúde e educação precisam ser enfrentados como desafios por todos os profissionais que se preocupam em resgatar com dignidade e ética de sua profissão.

Dentro deste contexto, a Educação Física possui requisitos fundamentais para ampliar o seu papel com conteúdos e abrangências, possibilitando articular ações interativas rumo à melhoria de qualidade de vida das pessoas envolvidos em um projeto de promoção de saúde.

Solidificados diante da produção acadêmica, a educação física e a saúde possuem uma relação histórica para Deive (2002), mas quando nos deparamos com discussões científicas entre estas áreas em questões educacionais, sociais e de promoção de saúde, notamos que existem divergências ou relações complexas para serem convergentes ou consensuais.

Apenas nas últimas décadas, com a realização de estudos epidemiológicos de acordo com Ribeiro e colaboradores (2001), pode-se confirmar a importância do exercício físico para a saúde, embora o nível de

conhecimentos para os novos paradigmas seja baixo em vários grupos da nossa sociedade.

Assim, diante deste panorama, tivemos a sensibilidade de realizar uma pesquisa com os acadêmicos da Educação Física e os beneficiários de um programa de atividades físicas na promoção da saúde, procurando estudar a dimensão do saber e as habilidades técnicas a serem enfatizados na formação acadêmica do profissional, bem como produzir uma estratégia pedagógica de capacitação, através do emprego de técnica de grupo operativo.

Baseado em Kurt Lewin, citado em Mailhiot (1985), esta pesquisa originou-se a partir de uma situação concreta a modificar e nos fenômenos sociais observados na atualidade para facilitar a possibilitando a identificação de aspectos com maior facilidade para a elaboração deste estudo.

Trata-se de uma reflexão teórico-prática sobre a atuação dos estagiários no contexto da saúde preparando-se para ser um profissional da educação física. É nesta situação que os estágios encontram seu lugar preferencial de trabalho, pois buscam aprimorar e desenvolver sua função de agente educativo e formadores de indivíduos capazes de estabelecer relações interpessoais saudáveis.

Neste sentido, o estágio procura cumprir seus objetivos em situações típicas e reais, isto é, funcionar como um processo de preparação e valorização profissional, integrando a escola com a empresa e a teoria com a prática. Propiciar ao estudante estagiário reflexão consciente do papel do profissional da educação física na saúde é dever das instituições para que ele possa promover a capacidade crítica e criativa própria.

No entanto, a contradição entre os conhecimentos estudados na graduação e sua possível prática, traz angústia nestes sujeitos, pois os órgãos formadores não possuem projetos pedagógicos comunitários de alcance na área da saúde. Além disso, não assumem o compromisso de supervisionar seus acadêmicos, garantido um corpo docente habilitado e atualizado para exercer suas funções e obrigações.

As abordagens da preparação profissional em educação física são questões que não se restringem às mudanças da estrutura curricular das instituições, mas implica relacioná-las com as características de mercado de trabalho e com os conhecimentos disponíveis nas produções científicas de qualidade.

A discussão e a elaboração de políticas públicas na universidade podem produzir gerações aptas a assumir responsabilidades na construção do futuro. Desse modo, há necessidade que exista um espaço pedagógico formalizado através de laboratórios, clínicas, núcleos e centros avançados para apoiar as iniciativas e projetos para a saúde.

Apesar das instituições abrirem suas portas para este trabalho, elas apresentam resistências para ações em um enfoque educacional entre profissionais e comunidade, verificando que alguns ainda estão tentando desafiar a situação, embora aceitam passivamente a prática de se construir um projeto coletivo eficiente.

Nesta perspectiva, esta estratégia de intervenção como processo de ensino poderá cumprir ações de qualificar o conjunto de necessidades interdisciplinares e alertar as instituições para investir politicamente em instrumentos de trabalho no campo da saúde.

Observando os resultados do nosso estudo, verificamos que foram semelhantes aos de Devid e Ferreira realizados em 1997, onde uma grande parcela dos futuros profissionais desconsidera que as influências sociais, políticas e econômicas influenciam no binômio exercício-saúde, afirmando que existe uma forte relação causal dada entre a Educação Física e a saúde pela via da aptidão física.

Neste sentido, Michelucci e colaboradores (1997) mostraram que o nível em agentes de saúde e profissionais de educação física é menor que a população em geral quando se trata de conhecimentos sobre a atividade física para a promoção da saúde.

Também dados conclusivos do trabalho de Roque e colaboradores (2001) nos relataram que a maioria dos acadêmicos da educação física apresentam um nível de conhecimento inadequado em

relação à intensidade e frequência da prescrição de exercícios físicos para a saúde.

Embora enfrentando dificuldades, dilemas e dúvidas, constata-se diante desta produção teórica consistente e inovadora a possibilidade de que podemos lançar implementos e estratégias para articular novos modelos de atuação em saúde, optando por um salto qualitativo e em busca de uma identidade da área em relação as saúde pública.

De acordo com esta proposta, o papel do profissional de educação física é essencial no processo de implantação de um projeto de promoção de saúde através de um programa de atividade física relacionada à saúde pública, procurando alcançar objetivos compatíveis com a comunidade, ou seja, ministrar orientações para que os exercícios sejam executados de forma natural para facilitarem o processo de assimilação.

Além disso, é importante que a participação do profissional de educação física no processo de organização de saúde seja ativa para tornar-se sujeito de transformações e de compreensão do processo de trabalho das instituições de saúde.

No entanto, é sabido que todas as fases de mudanças profundas e rápidas são acompanhadas por deteriorização dos valores tradicionais, por perdas de referências e por ruptura dos laços humanos e sociais (Massucato; Barbanti, 1999). Mas, para evitar este fenômeno, procuramos tornar evidente a certeza de que os nossos conhecimentos científicos e ferramentas técnicas colocadas à disposição de todos, fossem permeados de possíveis soluções utilitárias.

De acordo com Starfield (2002), em quase todas as profissões da área da saúde estão ficando fragmentadas com um crescimento do estreitamento de subespecializações, interesses e competências, causadas pelo acúmulo de um volume de novas informações, cujos resultados são improdutivos para a sua atuação nas questões de atenção básicas da saúde.

Para isto é fundamental, de acordo com Vianna (1995), que o profissional de educação física possa reeducar suas atitudes e ressignificar

sua ação de professor como agente de transmissão de conhecimento, tornando-o comprometido com a responsabilidade pela pesquisa e aprofundamento em todas as áreas de atuação.

Acreditamos que com esta experiência pioneira, mostre um novo espaço de trabalho que se abre para os profissionais da área de Educação Física, de modo a atuar numa perspectiva multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar em busca de transformações das práticas de saúde coletiva dirigidas à promoção da saúde e qualidade de vida da população.

A concretização do presente trabalho nos deu muita satisfação, alegria e inconformismo, deixando-nos o sonho de poder continuar a percorrer este caminho ainda em construção, acreditando que todo conhecimento aqui apresentado possa servir, com segurança aos novos desafios.

É um orgulho ser um profissional da Educação Física e verificar que, após a árdua busca de conhecimentos, conceitos e princípios científicos comprovados, fáceis de serem aplicados na prática, tenhamos proporcionado mudanças positivas no bem estar dos indivíduos.

Que este trabalho seja uma referência para a construção do conhecimento. E que esta criação nos direcione não somente ao desenvolvimento científico, econômico e biológico, mas sobretudo ao desenvolvimento humano. Sejamos cidadãos “conscientes”, “reflexivos” e sobretudo “participativos”.

8. Anexos

Anexo 1

QUESTIONÁRIO INFORMATIVO DO SUJEITO (Educação Física)

I- IDENTIFICAÇÃO (DADOS PESSOAIS):

NOME: _____

Sexo: () M () F ; Data do Nascimento: ____/____/____ Estado civil: _____

Endereço Residencial: _____

Bairro : _____ Cidade : _____ Estado: _____

CEP : _____ Fone : _____ Celular : _____

E-Mail : _____

Situação na área de Educação Física: formado () sim () não

Formado pela Faculdade de : _____ ano : _____

Estudando na Faculdade de : _____ etapa : _____

Experiências na área de saúde: () não () sim. Qual? _____

II- DADOS SOBRE O PROGRAMA EM QUE ATUA:

Nome do Programa: _____

Núcleo da atividade física: _____

Relação com a área da saúde (nome da unidade, endereço, fone) : _____

Responsável pela Unidade: _____ Fone: _____

Apoio médico (nome): _____ Fone: _____

Apoio comunitário (nome da liderança): _____ Fone: _____

Data do Início da Atividade no Programa (dia, mês e ano): _____

Frequência semanal: _____ Horário: início: _____ término: _____ hrs.

Número de Inscritos no programa: _____ Média de Participante pôr Aula: _____

III – OBSERVAÇÕES:

1- Locomoção : veiculo próprio: () sim () não Qual? _____
Quanto tempo gasta para chegar ao local do trabalho ? _____

2- Recursos utilizados para ministrar as atividades físicas (colchonetes, bastões, pesos, bolas,som,etc): _____

3- O que mais gosta no seu trabalho? _____

4- O que menos gosta no seu trabalho? _____

5- Dificuldades para desenvolver as atividades (local, material, apoio institucional, etc)

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____ (a) _____

Anexo 02

QUESTIONÁRIO INFORMATIVO SOBRE O USUÁRIO (Participante do PIC)

I- IDENTIFICAÇÃO:

- 1.1- Nome: _____
- 1.2- Endereço:..... Bairro:.....Fone:.....
- 1.3- Sexo: F (...) M (...) 1.4- Raça: Branca (....) Negra (....) Outra (....) 1.5- Estado Civil
- 1.6- Data do Nascimento:/...../ 19..... 1.7- Natural de:..... Estado
- 1.8- Grau De Instrução: Sabe Ler e Escrever ? : Não (.....) Sim (....)
1º Gráu : Completo (.....) Incompleto (.....) 2º Gráu Completo (.....) Incompleto (.....)
Superior Completo (.....) Incompleto (.....) Nunca Estudou (.....)
- 1.9- Atividade Ocupacional (Profissão) :
- 1.10- nº de horas trabalhadas por semana: menos de 20 (....) de 20 a 40 (...)mais de 40 (....)
- 1.11- tipo de trabalho com mais de 25 % do tempo dispendido :
sentar na cadeira (...) ficar de pé (....) caminhar (....) dirigir (....) levantar e carregar peso (....)
- 1.12- Utiliza benefícios de alguma Unidade Básica de Saúde ? não (.....) sim (....)
Qual? Médico:
- 1.13- Tem algum convênio médico ? não (.....) sim (....) Qual?
- 1.14-Último exame médico:dia .../.../.... Último teste de condicionamento físico: dia .../.../....

II- HÁBITOS DE VIDA E FATORES DE RISCO

- 2.1 Fuma atualmente?: não (.....) sim (....) Quantos por dia? Há quanto tempo ?anos
Já fumou ? : não (.....) sim (....) Há quanto tempo parou ? anos.
- 2.2 Bebe atualmente ? : não (.....) sim (....)
De que maneira bebe? moderadamente sim (.....) freqüentemente sim (.....)
- 2.3- Estresse: Você é um indivíduo impaciente, pontual ao extremo e difícil de conduzir ?
concordo totalmente (.....) concordo moderadamente (.....) concordo ligeiramente (.....)
discordo ligeiramente (.....) discordo moderadamente (.....) discordo totalmente (.....)
- 2.4 - Pressão Arterial: mmHg. Frequência Cardíaca: bpm. (repouso) data: .../.../.....
- 2.5- Glicemia: mg% Colesterol Total : mg%. data: .../.../.....
- 2.6- Peso: kg. Altura: cm. IMC: (peso - altura²) data: .../.../.....
Faz alguma dieta? não (.....) sim (....) De que maneira?
- 2.7- Faz uso de algum medicamento? não (.....) sim (....) Especificar?
- 2.8- Exercício físico:
- 1- Prática exercício físico regularmente? não (.....) sim (....)
 - 2- Há quanto tempo pratica atividade física ? R: meses
 - 3- Quantas dias por semanas você acumula 30 minutos de atividade física moderada ? :
R: 1 (.....) 2 (.....) 3 (.....) 4 (.....) 5 (.....) 6 (.....) 7 (.....) dias por semana.
 - 4- Quantas dias por semanas você acumula 20 minutos de atividade física vigorosa ? :
R: 1 (.....) 2 (.....) 3 (.....) 4 (.....) 5 (.....) 6 (.....) 7 (.....) dias por semana.
 - 5- Você consegue caminhar continuamente 4.000 metros em um ritmo moderado sem desconforto ? não (.....) sim (....)
 - 6- Qual atividade mais gosta? caminhar (....) ginástica (....) recreação (....) esportes (.....)
 - 7- Qual o seu objetivo na atividade física? Estética (.....) prevenção de doenças (.....)
manutenção da saúde (.....) outros
 - 8- Limitações de ordem médica para a prática de atividade física:
.....
.....

IV- HISTÓRICO CLÍNICO :

4.1- Falecido antes dos 50 anos de ataque cardíaco: pai (...) mãe (...) irmão (...) avô/avó (...)

4.2- Cirurgias que você tenha feito: coluna (....) articulação (....) rim (....) olhos (....)
pulmão (....) hérnia (....) pescoço (....) outras

4.3- Assinale os problemas para os qual você tenha sido diagnosticado ou tratado por um médico ou um profissional da saúde:

AVC	(...)	problema renal	(...)	enfisema	(...)	problema da tireóide	(...)
anemia	(...)	hipoglicemia	(...)	concussão	(...)	perda de audição	(...)
flebite	(...)	tensão no pescoço	(...)	doença mental	(...)	tensão nas costas	(...)
asma	(...)	artrite reumatóide	(...)	alcoolismo	(...)	problema cardíaco	(...)
câncer	(...)	anemia falciforme	(...)	obesidade	(...)	problemas oculares	(...)
diabete	(...)	defeito congênito	(...)	epilepsia	(...)	bronquite crônica	(...)
gota	(...)	sangramentos	(...)	hiperlipidemia	(...)	cirrose hepática	(...)
úlcera	(...)	hipertensão arterial	(...)			mononucleose infecciosa	(...)
outro	(...):					

4.4- Assinale qualquer medicamento tomado nos últimos 6 (seis) meses:

anticoagulantes	(...)	medicação para epilepsia	(...)	nitroglicerina	(...)
para diabetes	(...)	medicação para ritmo cardíaco	(...)	digitalico	(...)
insulina	(...)	medicação para hipertensão	(...)	diurético	(...)
outros	(...):			

4.5- Assinale qualquer um destes sintomas que ocorrem frequentemente para atenção médica, indicando o número com que intensidade você tem cada um:

1- nunca 2- raramente 3- as vezes 4- com certa frequência 5- muito frequentemente

Sintomas	valores				
dor no peito	1	2	3	4	5
dor abdominal	1	2	3	4	5
dor região lombar	1	2	3	4	5
dor na perna	1	2	3	4	5
dor braço ou ombro	1	2	3	4	5
dor no peito	1	2	3	4	5
Articulações inchadas	1	2	3	4	5
sentir-se fraco	1	2	3	4	5
Tontura	1	2	3	4	5
falta de ar no esforço leve	1	2	3	4	5
Batimento cardíaco acelerado	1	2	3	4	5
fadiga incomum com atividade normal	1	2	3	4	5
Tosse com sangue	1	2	3	4	5

V- TERMO DE RESPONSABILIDADE: conhecedor dos objetivos do Programa de Atividade Física, ASSUMO plena responsabilidade legal pelos riscos vitais, quanto da minha espontânea participação como cidadão no referido programa.

Ribeirão Preto,de de (a)

Anexo 3

Instrumento de auto-avaliação da formação acadêmica em Educação Física em relação à Saúde.

Tendo em vista a função que você desempenha em Programas de Saúde Pública, é de extrema relevância que responda este instrumento de pesquisa, delineados pelo Colégio Americano de Medicina Esportiva (2000) e baseado em um conjunto de 09 dimensões, com objetivo de levantar dados para verificar em que grau a universidade esta cumprindo a sua missão institucional dentro do cenário da Educação Física, cujos resultados estarão inseridos na estrutura metodológica do trabalho intitulado “O conhecimento e a prática dos profissionais de Educação Física que atuam em Saúde Pública”.

Por favor, responda às questões a seguir, marcando o número que melhor expressa sua percepção para as funções dos profissionais de educação física com suas respectivas aptidões delineadas por áreas e de acordo com os objetivos do programa, conforme as escalas abaixo:

- 1- Muito fraco / muito insatisfatório.
- 2- Fraco / insatisfatório.
- 3- Regular / razoável
- 4- Bom / satisfatório.
- 5- Muito bom / muito satisfatório.
- 6- Não conheço o assunto / não posso opinar.

Abaixo de cada questão, há um espaço para que possa acrescentar quaisquer observações, comentários ou sugestões que considerar necessário.

I - ÁREA DE FISILOGIA DO EXERCÍCIO:

1. Identificar o papel dos sistemas de energias (anaeróbio, aeróbio e ATP-PC) no desempenho de atividades físicas.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
2. Demonstrar compreensão dos componentes da aptidão física motora: resistência, flexibilidade, agilidade, velocidade, equilíbrio, coordenação e força muscular.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
3. Definir os seguintes termos: isquemia, angina do peito, taquicardia, infarto no miocárdio, consumo de oxigênio, débito cardíaco, volume e pressão sistólico e diastólica.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
4. Identificar princípios fisiológicos relacionados com o aquecimento e resfriamento.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
5. Identificar os sinais de exercício, treinamento e uso em excesso.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
6. Definir as teorias comuns da fadiga muscular e retardo do início da sensibilidade dolorosa.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
7. Identificar os locais para palpação de pulso e como a frequência cardíaca é determinada.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
8. Descrever como as respostas da frequência cardíaca, pressão arterial e consumo de oxigênio mudam com a adaptação ao treinamento.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
9. Listar os efeitos da temperatura, umidade, altitude e poluição sobre a resposta fisiológica ao exercício.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Observações, comentários e / ou sugestões:	

II- ÁREA DE PRIMEIROS SOCORROS OU PROCEDIMENTOS DE EMERGÊNCIAS

1. Demonstrar procedimentos de primeiros socorros básicos para lesões relacionadas com o exercício (sangramentos, câibras, contusões, desmaios).	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
2. Discutir a responsabilidade individual e as implicações legais relacionadas com os cuidados de emergência.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
3. Demonstrar habilidade necessária para obter apoio básico à vida e certificado de ressuscitação cardiopulmonar.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
4. Demonstrar compreensão dos riscos associados à participação em exercício físico.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Observações, comentários e / ou sugestões:	

III – FISIOPATOLOGIA E FATORES DE RISCO

1. Identificar os principais fatores de risco para doença de artéria coronária.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
2. Definir os seguintes termos: colesterol total, colesterol de alta e baixa densidade, hipertensão e anemia.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
3. Identificar os principais fatores de risco respiratórios (asma, falta de ar), musculoesqueléticos (artrite) e metabólicos (obesidade, diabetes)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Observações, comentários e / ou sugestões:	

IV - ÁREA DE PSICOLOGIA E COMPORTAMENTO HUMANO

1. Relacionar técnicas para lidar com indivíduos desagregadores em programas de grupo.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
2. Definir os princípios psicológicos críticos para mudar comportamento de saúde.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
3. Descrever habilidades de comunicação pessoal necessária para criar harmonia para motivar o indivíduo a começar o exercício, aumentar a adesão e retornar ao exercício regular.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
4. Identificar técnicas para facilitar o desenvolvimento da habilidade em relaxamento muscular.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Observações, comentários e / ou sugestões:	

V - ÁREA DE DESENVOLVIMENTO E ENVELHECIMENTO HUMANO

1. Descrever as alterações que ocorrem no envelhecimento relacionada às áreas fisiológica, físicas e biológicas (ossos, músculos, frequência cardíaca, pressão arterial, flexibilidade, força e resistência muscular).	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
2. Relacionar os benefícios e riscos associados ao treinamento físico no adulto e idoso.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Observações, comentários e / ou sugestões:	

VI - ÁREA DE NUTRIÇÃO E CONTROLE DE PESO

1. Definir os seguintes termos: obesidade, excesso de peso, percentual de gordura e massa corporal.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
2. Comparar os efeitos da dieta e do exercício físico como método de modificação da composição corporal.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
3. Descrever os procedimentos para a manutenção da hidratação normal e em tempos de muito suor, e a reposição de líquido durante e depois do exercício.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
4. Descrever os mitos e consequências associadas a métodos de perda de peso inapropriados: saunas, roupas para suar, bandagens corporais e cintos de vibração.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Observações, comentários e / ou sugestões:	

VII - ÁREA DE ANATOMIA FUNCIONAL E BIOMECÂNICA

1. Identificar os principais ossos e músculos e suas ações.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
2. Descrever a anatomia básica do coração, sistema cardiovascular e sistema respiratório.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
3. Listar e descrever os tipos de articulações do corpo.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
4. Identificar as inter-relações entre centro de gravidade, base de apoio, equilíbrio e estabilidade.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
5. Descrever os efeitos biomecânicos e riscos potenciais ao uso de peso.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
6. Definir os seguintes termos: supinação, pronação, flexão, extensão, adução, abdução, hiperextensão, circundução e rotação.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Observações, comentários e / ou sugestões:	

VIII - ÁREA DE AVALIAÇÃO DE SAÚDE E TESTES DE APTIDÃO FÍSICA

1. Descrever e demonstrar o uso de avaliação de saúde para obter informações sobre a história clínica dos indivíduos.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
2. Demonstrar habilidades para conduzir testes de campo e de grupo (Cooper, flexibilidade, força e resistência).	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
3. Descrever o uso de formulários de consentimentos antes da participação em exercícios.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
4. Demonstrar habilidade para medir a pressão arterial corretamente em repouso.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
5. Demonstrar habilidade para medir a frequência cardíaca de pulso em repouso e durante o exercício.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Observações, comentários e / ou sugestões:	

IX - ÁREA DE PROGRAMAÇÃO DE EXERCÍCIO FÍSICO

1. Afirmar a intensidade recomendada, duração, frequência e tipos de atividade física para desenvolvimento de aptidão cardio-respiratória em uma população aparentemente saudável.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
2. Diferenciar a dosagem necessária para diversos benefícios de saúde e para o desenvolvimento da aptidão física.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
3. Definir sobrecarga, isotônica, isométrica, hipertrofia, especificidade e resistência progressiva.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
4. Demonstrar compreensão dos componentes incorporados em uma sessão de exercícios e sua sequência apropriada.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
5. Descrever os sinais e sintomas de esforço excessivo que indicariam uma alteração na intensidade, duração e frequência do exercício.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
6. Descrever a importância da flexibilidade para melhorar os movimentos de todas as principais articulações.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
7. Demonstrar habilidade para modificar e acomodar exercícios no ambiente do grupo com pessoas de vários níveis de aptidão dentro da mesma turma.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
8. Identificar diversos tipos de equipamentos e relacionar suas desvantagens e vantagens.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
9. Demonstrar conduta eficaz para exercícios em grupos e técnicas de ensino.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
10. Descrever um esquema de programa para uma classe de exercícios na água.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
11. Identificar benefícios a curto prazo e longo alcance associados à participação em aptidão física.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
12. Demonstrar diversos métodos para monitoramento da intensidade do exercício, como frequência cardíaca e esforço percebido.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
13. Demonstrar habilidade para se comunicar eficientemente com os participantes em exercícios no grupo e um a um.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Observações, comentários e / ou sugestões:	

Anexo 4

Instrumento de Avaliação do Conhecimento Específico da Educação Física em relação À Saúde.

Parte A) Assinale a alternativa correta :

01- Considerando as finalidades da prescrição de exercícios físicos para a saúde, pode-se afirmar que não é correto o seu objetivo para a:

- a) redução do consumo máximo de oxigênio e aumento da frequência cardíaca em repouso.
- b) provisão de oportunidade para uma interação social e promoção do bem estar psicológico
- c) manutenção da capacidade funcional dos sistemas orgânicos ao esforço.
- d) redução do risco de doenças crônicas.

02- A dose do exercício usualmente é caracterizada:

- a) pela intensidade, frequência e duração.
- b) pelo tipo de atividade física.
- c) pela resposta ao exercício físico.
- d) todas as alternativas estão corretas.

03- As barreiras que poderão impedir a realização do trabalho do orientador de atividades físicas são:

- I- falta de interesse para com os fatores de risco que podem ser prevenidos ou modificados.
- II- falta de estratégias e habilidades para prevenir ou modificar comportamentos não saudáveis.
- III- baixa remuneração e apoio de instituições estatais e privadas.
- IV- cultura não enfatiza as responsabilidades individuais e sociais.

Agora, responda:

- a) estão corretas as afirmativas I, II e IV.
- b) estão corretas as afirmativas III e IV.
- c) estão corretas as afirmativas II e III.
- d) todas as afirmativas estão corretas.

04- A avaliação final do trabalho do orientador de atividades físicas é determinada em:

- a) melhorar a aptidão física motora.
- b) provocar mudanças mais efetivas no desempenho do grupo.
- c) desenvolver o senso da auto - responsabilidade para a saúde pessoal.
- d) registrar dados e rever a prescrição de exercícios apropriados.

05- No final de uma sessão de atividade física, é recomendado um período de resfriamento com caminhada lenta e alongamento por cerca de 5 minutos para:

- a) a frequência cardíaca retornar ao normal.
- b) reduzir a chance de ocorrência de hipotensão.
- c) a pressão arterial retornar ao normal.
- d) todas as alternativas são corretas.

06- As conseqüências da hipertensão no ser humano são:

- a) insuficiência cardíaca e renal com diminuição do coração e aumento dos vasos sanguíneos nos rins.
- b) provoca arteriosclerose devido à formação de aneurisma nos vasos cerebrais.
- c) provoca o processo de obstrução progressiva das artérias levando ao AVC.
- d) todas as afirmativas estão incorretas.

07- Não devem iniciar um programa de exercícios físicos sem supervisão médica indivíduos com altos riscos hipertensivos, cujos níveis máximo da pressão arterial apontam para sistólica de _____ mmHg e diastólica de _____ mmHg.

- a) 120-76.
- b) 150-94.
- c) 130-88.
- d) 140-90.

08- Qual a frequência cardíaca recomendada a um indivíduo de 58 anos, hipertenso para participar de um programa de atividades físicas com intensidade de 70 % da f. c. máxima?

- a) 113.
- b) 99.
- c) 168.
- d) 132.

09- Qual das alternativas abaixo é um sinal de advertência do diabetes tipo I?

- a) micção freqüente e ganho de peso. c) fraqueza e fadiga.
b) perda de apetite e formigamento dos membros d) aumento do apetite e da massa muscular.

10- O tratamento básico do diabetes tipo II inclui:

- a) insulina. b) dieta. c) exercício físico. d) as alternativas b e c são corretas.

11- Na prescrição de exercícios físicos para diabéticos, os objetivos fundamentais propostos são:

- I- Aumentar a capacidade de absorção da insulina.
II- Regular o nível de glicemia no sangue.
III- Melhorar a imagem e expressão corporal.
IV- Diminuição da pressão arterial em repouso.

Agora, responda:

- a) estão corretas as afirmativas I, II e IV.
b) estão corretas as afirmativas I e II.
c) estão corretas as afirmativas II, III e IV.
d) estão corretas as afirmativas III e IV.

12- Na prescrição de exercícios físicos para obesos, os objetivos propostos são:

- I- Regulação dos padrões de ingestão alimentar.
II- Regular o nível de glicemia no sangue.
III- Redução do peso e da gordura corporal.
IV- Diminuição da pressão arterial em repouso.

Agora, responda:

- a) estão corretas as afirmativas I e III.
b) estão corretas as afirmativas II e IV.
c) estão corretas as afirmativas I, II e III.
d) estão corretas as afirmativas II, III e IV.

13- Para a OMS, um indivíduo do sexo feminino com 1,80 mts de estatura e pesando 90 kgs , apresenta 27 % de gordura corporal. está classificado _____:

- a) na faixa recomendável. b) abaixo do peso.
c) com sobrepeso. d) na obesidade I.

14- Na prescrição de exercícios físicos para sedentários com problemas cardiovasculares é preciso que a supervisão do profissional de Educação Física seja:

- a) mensalmente b) ocasionalmente. c) periodicamente. d) frequentemente.

15- As causas da osteoporose estão relacionadas à:

- a) desnutrição proteica para a formação da matriz em quantidade suficiente.
b) excesso da secreção estrogênica e ao ciclo menstrual.
c) idade avançada e gordura corporal.
d) aumento do estresse físico sobre o osso.

Parte B) Leia cuidadosamente e determine se a afirmativa é verdadeira ou falsa.

01- Os exercícios isotônicos são definidos por uma contração na qual o músculo encurta contra uma carga constante resultando no movimento.

Resposta: FALSO () VERDADEIRO ()

02- A pressão arterial parece ser o meio mais prático para avaliar a intensidade do exercício físico durante o mesmo.

Resposta: FALSO () VERDADEIRO ()

03- Exercícios físicos aeróbico são aqueles executados com baixa intensidade e longa duração e os exercícios anaeróbicos são aqueles executados com alta intensidade e curta duração.

Resposta: FALSO () VERDADEIRO ()

04- A prescrição dos exercícios físicos não deve modificar-se de acordo com a medicação anti-hipertensiva administrada aos indivíduos que participantes de um programa de atividades físicas.

Resposta: FALSO () VERDADEIRO ()

05- Os vasodilatadores diminuem a resistência vascular periférica total causando a hipotensão durante a prática do exercício físico.

Resposta: FALSO () VERDADEIRO ()

06- A dose de insulina deve ser diminuída quando um indivíduo diabético tipo I está para começar uma caminhada de 3 horas para subir uma montanha.

Resposta: FALSO () VERDADEIRO ()

07- Em média, um ser humano necessita de 20 a 40 calorias por quilo de peso corpóreo por dia.

Resposta: FALSO () VERDADEIRO ()

08- O Infarto no miocárdio é a formação de um coágulo sanguíneo nas artérias causando ataque cardíaco.

Resposta: FALSO () VERDADEIRO ()

09- A aterosclerose é um termo utilizado para descrever o estreitamento das artérias coronárias.

Resposta: FALSO () VERDADEIRO ()

10- Estatisticamente, a osteoporose atinge mais as mulheres do que aos homens devido à secreção do hormônio testosterona.

Resposta: FALSO () VERDADEIRO ()

Parte C) Avaliação dos Conhecimentos Situacionais em questões sobre casos relacionados entre Educação Física e Saúde

01- Você acabou de proferir uma palestra sobre condicionamento físico para um clube local. Um dos membros diz que soube de dois homens que morreram em incidentes relacionados ao exercício durante os últimos 5 anos, e leu que houve outras mortes relacionadas ao exercício. Ele, então decidiu que seria mais seguro levar uma vida tranquila e não correr o risco de praticar exercícios. Como você responderia ?

02- Um cliente com quem você vem trabalhando repete um treinamento de resistência aeróbica de dez (10) semanas e verifica que sua frequência cardíaca fica mais baixa a cada estágio do teste. Ele se preocupa com isso porque pensava que seu coração seria mais forte e bateria mais vezes por minuto. O que você lhe diria para ajudá-lo a entender o que aconteceu ?

03- Uma mulher de 38 anos com asma gostaria de participar de seu programa de condicionamento. Que tipo de perguntas você faria a ela durante a entrevista de avaliação? Que tipo de programa de exercícios você recomendaria?

04- Você está orientando uma aula de aeróbica e um participante cai. Você observa que a pele dele está seca e vermelha, a respiração é trabalhosa e o pulso é rápido e forte. Não houve nenhum trauma. Responda as seguintes questões :

- de qual doença relacionada ao calor você deve suspeitar?
- qual o cuidado imediato e o planejamento de emergência que deve estar utilizado?

05- A Diretoria do Programa de Saúde de uma Unidade Básica de Saúde de Ribeirão Preto convida você para ministrar atividades físicas a seus pacientes com diversos fatores de risco. Como você se posiciona para esta intervenção ?

Respostas da Parte A (múltipla escolha):

<i>Múltipla Escolha</i>					
01	A	06	D	11	B
02	D	07	B	12	A
03	A	08	A	13	C
04	C	09	C	14	D
05	D	10	D	15	A

Respostas da Parte B (falso ou verdadeiro):

<i>Falso ou Verdadeiro</i>			
01	Verdadeiro	06	Verdadeiro
02	Falso	07	Falso
03	Verdadeiro	08	Verdadeiro
04	Falso	09	Verdadeiro
05	Verdadeiro	10	Falso

Respostas da Parte C (estudo dos casos):

01- Você pode responder admitindo que há riscos relativos aos exercícios, com sete mortes por ano para cada 100.000 pessoas que se exercitam. Mais pessoas morrem enquanto dormem ou após se alimentar, no entanto, e poucas pessoas defendem a interrupção dessas atividades. Além disso, os riscos de deterioração do sistema cardiovascular pela vida sedentária causam um risco muito maior de problemas sérios da saúde do que ser uma pessoa ativa. Finalmente, os riscos podem ser minimizados começando-se muito devagar e gradualmente aumentando a quantidade e a intensidade do trabalho feito durante o exercício.

02- Você precisa reforçar os sentimentos de seu cliente de que o coração fica mais forte após o treinamento e como resultado, pode bombear mais sangue por batimento (volume sistólico aumentado). Como resultado, o coração não precisa bater tantas vezes para levar a mesma quantidade de sangue aos tecidos. Esse é um modo mais eficiente de bombear o sangue e na verdade o coração não precisa trabalhar tanto.

03- Primeiramente é importante descobrir se ela tem consultado o médico regularmente e se não está tendo problemas com a medicação. Pergunte se ela leva um broncodilatador para a aula e determine se ela sabe usá-lo. Preste atenção especial a ela durante os momentos iniciais da aula. Ela deve começar um período longo de aquecimento e fazer exercícios no limite inferior da faixa de frequência cardíaca alvo em segmentos de 5 minutos, com recuperação entre os segmentos.

04- Suspeite de internação. Implemente o sistema médico de emergência. Resfrie rapidamente, começando da cabeça e trabalhando para baixo. Exponha a maior superfície de pele possível. Monitore os sinais vitais. Trate a câmbra com alongamento e aplicação de gelo, pressão direta e massagem suave. Os planos de emergências devem incluir materiais, tais como: água, gelo, toalhas, telefone para contatos e conhecimento das regras para remover pessoas, se necessário.

05- a) Descrição clara dos objetivos de condicionamento com prazos, finalidades e declaração da direção. b) identifique aspectos do programa que se relacionam com cada objetivo. c) estabeleça testes para determinar cada um dos objetivos do condicionamento, medindo antes e depois de várias experiências.

Anexo 5

Instrumento de auto-avaliação da Qualificação Profissional do Sujeito

Tendo em vista a função que você desempenha em Programas da Educação Física para a Saúde Pública, classifique conforme as escalas abaixo:

01- R1. O tempo gasto para o aprendizado profissional é:

MUITO POUCO	POUCO	MAIS OU MENOS	BASTANTE	MUITO
1	2	3	4	5

02- IN6. O quanto o seu trabalho expõe a pressões psicológicas ou sociais:

NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
1	2	3	4	5

03- IP1. As consequências das decisões que você toma no seu trabalho tem:

NENHUMA IMPORTÂNCIA	POUCA IMPORTÂNCIA	MÉDIA IMPORTÂNCIA	MUITA IMPORTÂNCIA	EXTREMA IMPORTÂNCIA
1	2	3	4	5

04-ES2. A carga de esforço mental despendida na realização das atividades é

NENHUMA	POUCA	MODERADA	MUITA	EXTREMA
1	2	3	4	5

05- R2. A disponibilidade de profissionais no mercado de trabalho é:

FECHADA	POUCA	MÉDIA	MUITA	TOTAL
1	2	3	4	5

06- IN4. O quanto a sua profissão o(a) torna vulnerável a danos morais:

NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
1	2	3	4	5

07- R3. As habilidades exigidas para o exercício da profissão:

ELEMENTARES	SIMPLES	MÉDIA COMPLEXIDADE	COMPLEXAS	RARAS
1	2	3	4	5

08- IN5. O quanto a sua profissão o(a) expõe a desgaste físico:

NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
1	2	3	4	5

09- R4. Os investimentos financeiros exigidos na formação acadêmico e profissional

NENHUM	POUCOS	MÉDIOS	ELEVADOS	MUITO ELEVADOS
1	2	3	4	5

10- IP3. Um erro cometido no exercício de minha conduta profissional tem:

NENHUMA GRAVIDADE	POUCA GRAVIDADE	MÉDIA GRAVIDADE	MUITA GRAVIDADE	EXTREMA GRAVIDADE
1	2	3	4	5

11- IN2. O quanto sua profissão o(a) expõe a riscos de acidentes:

NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
1	2	3	4	5

12- IP2. O seu trabalho envolve um grau de responsabilidade:

NENHUMA	POUCO	MÉDIO	MUITO	EXTREMO
1	2	3	4	5

13- ES1. A carga de esforço físico despendida na realização das atividades:

NENHUMA	POUCA	MODERADA	MUITA	EXTREMA
1	2	3	4	5

14- IN1. O quanto sua profissão o(a) expõe riscos físicos e biológicos:

NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
1	2	3	4	5

15- IN3. O quanto sua profissão o(a) expõe ao desgaste psicológico ou mental:

NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
1	2	3	4	5

Dados de Identificação:

Nome: _____ sexo: ___ idade: ___

Faculdade: _____ ano ou etapa: _____

Núcleo em que atua: _____

Data de início das atividades profissionais no PIC: _____

Anexo 6:

Instrumento de avaliação do sujeito pelo usuário

Instrução: Tendo em vista o fato de você ser um participante das aulas de Educação Física inseridas em um Programa de Saúde Pública, classifique seu professor conforme as escalas abaixo:

01-O professor é acessível para atendimento dos alunos fora do horário de aula.

NUNCA	RARO	RAZOAVELMENTE FREQUENTE	FREQUENTE	EXTREMAMENTE FREQUENTE
1	2	3	4	5

02-O professor utiliza recursos musicais adequadamente para estimular as aulas de educação física.

NUNCA	RARO	RAZOAVELMENTE FREQUENTE	FREQUENTE	EXTREMAMENTE FREQUENTE
1	2	3	4	5

03-O professor respeita os horários estabelecidos para ministrar exercícios físicos aos participantes.

NUNCA	RARO	RAZOAVELMENTE FREQUENTE	FREQUENTE	EXTREMAMENTE FREQUENTE
1	2	3	4	5

04-O professor demonstra possuir domínio sobre o conteúdo quando ministra exercícios físicos.

NUNCA	RARO	RAZOAVELMENTE FREQUENTE	FREQUENTE	EXTREMAMENTE FREQUENTE
1	2	3	4	5

05-As aulas do professor estimulam a participação e a motivação do grupo.

NUNCA	RARO	RAZOAVELMENTE FREQUENTE	FREQUENTE	EXTREMAMENTE FREQUENTE
1	2	3	4	5

06-Os exercícios físicos apresentados pelo professor são ministrados de forma clara para se executar.

NUNCA	RARO	RAZOAVELMENTE FREQUENTE	FREQUENTE	EXTREMAMENTE FREQUENTE
1	2	3	4	5

07-No autocontrole, o professor respeita os direitos dos outros e aceita críticas justificadas do grupo.

NUNCA	RARO	RAZOAVELMENTE FREQUENTE	FREQUENTE	EXTREMAMENTE FREQUENTE
1	2	3	4	5

08-O professor procura adaptar os exercícios de maneira que seja útil aos mais e aos menos dotados.

NUNCA	RARO	RAZOAVELMENTE FREQUENTE	FREQUENTE	EXTREMAMENTE FREQUENTE
1	2	3	4	5

09- Quanto a sua eficiência, é confiável, podendo-se depender dele para a solução de problemas em relacionamentos afetivos do grupo.

NUNCA	RARO	RAZOAVELMENTE FREQUENTE	FREQUENTE	EXTREMAMENTE FREQUENTE
1	2	3	4	5

10- O professor é muito rígido quando orienta a execução dos exercícios físicos.

NUNCA	RARO	RAZOAVELMENTE FREQUENTE	FREQUENTE	EXTREMAMENTE FREQUENTE
1	2	3	4	5

11-Socialmente, o professor é querido e consegue aproximação com as pessoas do grupo.

NUNCA	RARO	RAZOAVELMENTE FREQUENTE	FREQUENTE	EXTREMAMENTE FREQUENTE
1	2	3	4	5

12- O professor avalia as condições físicas (peso, estatura, flexibilidade, etc.) para conhecer melhor às potencialidades dos participantes do programa.

NUNCA	RARO	RAZOAVELMENTE FREQUENTE	FREQUENTE	EXTREMAMENTE FREQUENTE
1	2	3	4	5

13- O professor está sempre bem humorado e se mostra alegre durante a aula.

NUNCA	RARO	RAZOAVELMENTE FREQUENTE	FREQUENTE	EXTREMAMENTE FREQUENTE
1	2	3	4	5

14-O professor nos transmite conteúdos recomendáveis para a saúde.

NUNCA	RARO	RAZOAVELMENTE FREQUENTE	FREQUENTE	EXTREMAMENTE FREQUENTE
1	2	3	4	5

15-O professor estimula e participa de passeios ou festas comemorativas para os participantes.

NUNCA	RARO	RAZOAVELMENTE FREQUENTE	FREQUENTE	EXTREMAMENTE FREQUENTE
1	2	3	4	5

16-O professor utiliza os materiais didáticos da educação física (bolas, colchonetes, bastões, pesos, etc.) quando ministra exercícios físicos.

NUNCA	RARO	RAZOAVELMENTE FREQUENTE	FREQUENTE	EXTREMAMENTE FREQUENTE
1	2	3	4	5

17-O professor manifesta interesse na integração de novos participantes.

NUNCA	RARO	RAZOAVELMENTE FREQUENTE	FREQUENTE	EXTREMAMENTE FREQUENTE
1	2	3	4	5

18- O professor estimula o seu grupo a participar de palestras e encontros com outros profissionais da saúde.

NUNCA	RARO	RAZOAVELMENTE FREQUENTE	FREQUENTE	EXTREMAMENTE FREQUENTE
1	2	3	4	5

19-O professor faz críticas em voz alta aos participantes durante as aulas de educação física.

NUNCA	RARO	RAZOAVELMENTE FREQUENTE	FREQUENTE	EXTREMAMENTE FREQUENTE
1	2	3	4	5

20-O professor pede aos participantes ou faz palpação do pulso para determinar a intensidade dos exercícios através da frequência cardíaca.

NUNCA	RARO	RAZOAVELMENTE FREQUENTE	FREQUENTE	EXTREMAMENTE FREQUENTE
1	2	3	4	5

Há quanto tempo faz suas atividades com o professor no programa?

R: __ anos __ meses.

Sugestões:

Anexo 7

Carta-convite para Validação de Instrumentos de Avaliação

Eu, Angelo Battaglion Neto, professor de educação física, doutorando do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, convido-o a participar como juiz de minha pesquisa intitulada “O conhecimento e a prática dos profissionais de Educação Física que atuam em Saúde Pública”. Destaco a relevância de sua contribuição profissional e, concordando em participar, solicito que assine o termo de consentimento (anexo 1).

Neste sentido, estou lhe enviando dois instrumentos (anexo 2 e 3) a fim de ser validado em sua aparência e conteúdo. Segue, também, o guia instrucional e o questionário de coleta de dados acompanhando cada instrumento, com as suas respectivas definições e orientações. Inexistindo concordância entre os juízes em algum item dos instrumentos, o mesmo será reelaborado, a partir das sugestões, e reencaminhado para nova validação de conteúdo.

Cabe ressaltar que as respostas foram agrupadas de forma a simplificar e a facilitar a observação, pois pretendo realizar a validação prática do mesmo, através de sua aplicação e teste de confiabilidade. Posteriormente, pretendo que esta proposta se tornar de fácil aplicação e de uso factível no cotidiano.

Solicito que preencha o questionário para cada instrumento, complementando suas respostas no verso, caso seja necessário, com sugestões de bibliografia. Peço o favor de enviar todo o material quando estiver preenchido, informando-me a maneira mais adequada para recebe-lo. (via correio, telefone, pessoalmente etc.)

Certo de contar com sua colaboração e de que é através do trabalho conjunto que contribuiremos para o desenvolvimento da Educação Física dentro da Saúde Pública, coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos. Agradeço antecipadamente e aguardo o retorno do material o mais breve possível.

Atenciosamente,

Angelo Battaglion Neto
Rua Capitão Pereira Lago, 670, Jd. Sta Luzia, CEP 14050-130
Ribeirão Preto/SP, fone (16) 602-3561. E-mail: battaglion@pcarp.usp.br.

Anexo 8

Termo de Consentimento dos juízes da pesquisa

Eu, _____ ,
declaro estar de acordo em participar como Juiz da Pesquisa intitulada
“O conhecimento e a prática dos profissionais de Educação Física que
atuam em Saúde Pública”. A finalidade de minha participação é validar o
conteúdo e aparência desse instrumento, através do preenchimento de um
questionário pré-elaborado.

Afirmo estar ciente de que esta pesquisa não oferece risco ou
desconforto à minha pessoa e que meu sigilo e privacidade serão mantidos.

Declaro, ainda, estar livre para me recusar a participar ou
retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização
ou prejuízo.

Local

Data

Assinatura

Anexo 9

Guia instrucional da avaliação dos sujeitos pelos usuários

Este instrumento de pesquisa está inserido na estrutura metodológica do trabalho intitulado “O conhecimento e a prática dos profissionais de Educação Física que atuam na Saúde Pública”, com objetivo de estudar e analisar os conhecimentos dos profissionais da área de Educação Física atuando em programa de promoção de saúde, a respeito de novas estratégias e conteúdos pedagógicos dirigidas à Saúde Pública, face às transformações que estão ocorrendo no mundo contemporâneo.

Através deste referencial estabelecem-se algumas questões: Será que a área de Educação Física, quando trata do tema promoção em saúde, segue os preceitos das literaturas científicas? Que tipo de estratégias de promoção em saúde poderia ser discutido no âmbito da Saúde Pública pela área de Educação Física? Quais os limites e as possibilidades destas ações para a implementação de mudanças práticas?

Para responder algumas destas questões elaboramos, como instrumento de avaliação, um questionário direcionado aos usuários de um Programa de Saúde Pública para medir as habilidades cognitivas e afetivas do profissional da Educação Física que atuam nesta área.

Para a construção deste questionário, nos baseamos e adaptamos as questões em algumas literaturas científicas (Escala de graus de comportamento de Blanchard, Escala Adams para medição de atitude em relação ao professor de Educação Física) e nas experiências vivenciadas na área pelo pesquisador. As respostas das questões foram colocadas de acordo com o método “Thurstone” e de “Likert”, sendo que qualquer um dos dois dá um resultado final semelhante e pede respostas afirmativas sobre o sujeito.

Embora, sabendo das dificuldades para se usar uma escala de classificação quanto a confiabilidade, pretende-se com este instrumento, após sua validação, se formar uma base de julgamento com critério de comportamento público e de ação persistente durante um certo período de tempo.

Anexo 10

Guia instrucional da avaliação dos conhecimentos específicos dos sujeitos

Este instrumento de pesquisa está inserido na estrutura metodológica do trabalho intitulado “O conhecimento e a prática dos profissionais de Educação Física que atuam em Saúde Pública”, com objetivo de estudar e analisar os conhecimentos específicos dos profissionais da área de Educação Física atuando em programa de promoção de saúde, a respeito de novas estratégias e conteúdos pedagógicos dirigidas à Saúde Pública, face às transformações que estão ocorrendo no mundo contemporâneo.

Através deste referencial, estabelecem-se algumas dúvidas: Será que os profissionais de Educação Física possuem conhecimentos adequados para alcançarem um desempenho desejado e positivo quando atuam na área de Saúde Pública ? Será que as instituições fornecem subsídios suficientes para que esta atuação possibilite a implantação efetiva desses conhecimentos ?

Para responder algumas destas questões elaboramos um instrumento de avaliação, baseados e adaptados em Powers e Howley (1), para mensurar os conhecimentos específicos e reais a respeito desta relação entre exercício físico e saúde. Foram colocadas testes detalhados de múltipla escolha e verdadeiro ou falso, com tema abrangente sobre prescrição de exercícios para diversos fatores de risco. Uma seção no final da avaliação contém as respostas corretas às questões.

Cabe ressaltar que já utilizamos e aplicamos este instrumento para os alunos de graduação da Educação Física que participaram da disciplina “Educação Física e Saúde Humana” da Universidade de Ribeirão Preto no primeiro semestre de 2001, com objetivo de colhermos mais dados que pudessem esclarecer os rumos destas questões.

Desta forma, posteriormente, com os resultados encontrados serão dispostos em um banco de dados e medidas as associações e correlações deverão ser utilizadas para buscar o nível de significância entre as variáveis a serem estudadas.

(1) POWERS, S. K. ; HOWLEY, E. T. - **Fisiologia do Exercício**: teoria e aplicação ao condicionamento físico e ao desempenho. São Paulo, Manole, 3º ed., 2000.

Anexo 11

Questionário de coleta de dados do instrumento de avaliação dos sujeitos pelos usuários

Parte 1 – Dados de identificação:

Nome (iniciais):

Idade:

Ano de Formação:

Tempo de Atuação:

Local de Trabalho:

Função:

Parte 2 – Dados relevantes do instrumento

1 - Na sua opinião, os itens da avaliação estão agrupados de forma clara e correta ?

() Sim () Em parte () Não

Por quê?

2 - Na sua percepção ocorre coerência entre a teoria e a prática?

() Sim () Em parte () Não

Por quê?

3 - Concorda quanto aos escores atribuídos a cada item do instrumento?

() Sim () Em parte () Não*

Por quê?

* Sugestões na mudança dos escores poderão ser apresentados no próprio instrumento

4 – O instrumento serve de indicador para apontar as habilidades cognitivas e afetivas que um profissional necessita para atuar em Saúde Pública?

() Sim () Em parte () Não

Por quê?

5 – Há alguma questão a acrescentar no instrumento?

Se afirmativo, qual (is)?

Anexo 12

Questionário de coleta de dados do instrumento de avaliação dos conhecimentos específicos da Educação Física em relação à Saúde

Parte 1 – Dados de identificação:

Nome (iniciais):

Ano de Formação:

Local de Trabalho:

Idade:

Tempo de Atuação:

Função:

Parte 2 – Dados relevantes do instrumento

1 - Na sua opinião, os itens da avaliação estão agrupados de forma clara e correta ?

() Sim () Em parte () Não

Por quê?

2 - Na sua percepção ocorre coerência entre as questões apresentadas?

() Sim () Em parte () Não

Por quê?

3 - Concorda quanto às respostas atribuídas a cada item do instrumento?

() Sim () Em parte () Não*

Por quê?

* Sugestões na mudança das respostas poderão ser apresentados no próprio instrumento

4 – O instrumento serve de indicador para apontar as habilidades cognitivas que um profissional necessita para atuar em Saúde Pública?

() Sim () Em parte () Não

Por quê?

5 – Há alguma questão a acrescentar no instrumento?

Se afirmativo, qual (is)?

Anexo 13

Termo de Consentimento dos participantes da pesquisa

Eu, _____ ,
RG _____ , declaro estar de acordo em participar da pesquisa intitulada “O conhecimento e a prática dos profissionais de Educação Física que atuam em Saúde Pública” que será realizada pelo prof. Angelo Battaglion Neto, doutorando do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Iranilde José Messias Mendes.

Declaro ter ciência de que:

- 1) A pesquisa tem como objetivo estudar a atuação dos profissionais de educação física junto aos participantes do Programa de Integração Comunitária desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.
- 2) O sujeito tem o direito de se recusar a participar ou desistir a qualquer momento, sem penalização alguma;
- 3) O sujeito está ciente que todo o procedimento utilizado na pesquisa não acarretará prejuízo algum para sua vida.

Tendo sido informado a respeito do sigilo em relação aos nomes dos participantes desta pesquisa, autorizo a análise dos dados coletados e publicação em qualquer meio de divulgação dos resultados obtidos.

Local

Data

Assinatura

Anexo 14

Questionário de avaliação do processo de intervenção

1. Considero a documentação fornecida para os questionários da pesquisa:
a) excessiva. b) adequada. c) insuficiente.
2. A estruturação dos temas foi: a) muito boa. b) boa. c) razoável. d) má.
3. Os temas disparadores encontrados através dos resultados da pesquisa foram importantes sob o ponto de vista:
a) pessoa. b) profissional. c) não foram importantes.
Justificativa:
4. Na sua opinião, houve assuntos os quais não foram selecionados para a discussão.
a) sim b) não
Justificativa:
5. Tendo em vista os temas propostos à duração dos encontros participativos pareceu-me:
a) excessiva. b) adequada. c) insuficiente.
Justificativa:
6. Os recursos pedagógicos utilizados nos encontros participativos, pareceram-me:
a) bem adaptados e facilitadores para o envolvimento de todos.
b) Inadaptados, pois seria necessário recorrer a outros tipos. Quais?
7. Considero a aplicabilidade da discussão em contexto profissional:
a) elevada b) razoável. c) reduzida. d) nula.
Justificativa:
8. Os métodos e técnicas pedagógicas utilizado pelo pesquisador foram eficientes?
a) sim b) não
9. Ao longo do período deste trabalho, houve alguns pontos específicos do conteúdo que considerou com pouco interesse para a sua atividade profissional.
a) sim b) não
Justificativa:
10. Considero o relacionamento pesquisador/acadêmico:
a) bom. b) razoável. c) mau.
11. Considero a organização deste trabalho de pesquisa científica:
a) excelente, sem falhas.
b) boa, podendo, no entanto, apontar-se algumas deficiências.
c) regular podendo ser melhorada.
d) deficiente, com falhas evidentes.
Justificativa:
12. Deseja fazer algum comentário relativo a esta pesquisa participativa?

Anexo 15

Anexo 16

Quadro de Caracterização dos Participantes da Educação Física no Programa de Integração Comunitária de Ribeirão Preto, Núcleo nº 1 pertencentes ao Programa de Saúde da Família, Julho de 2002.

Faixa etária (em anos)	- de 39		40 – 49		50 – 59		+ de 60		Total		
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
nº de Participantes	8	10,7	13	17,3	18	24,0	36	48,0	75	100,0	
SEXO	Masculino	-	-	1	7,7	-	-	6	16,7	7	9,3
	Feminino	8	100,0	12	92,3	18	100,0	30	83,3	68	90,4

Dados clínicos	- 39 anos	40-49 anos	50-59 anos	+ 60 anos	Total	%
OFTALMOLOGICO	2	6	7	22	37	49,3
HIPERTENSÃO	1	4	7	21	37	49,3
OBESIDADE	2	5	4	13	24	43,3
OSTEOPOROSE	2	5	9	12	28	37,3
DIABETES	-	2	3	18	23	30,7
CARDIOPATIAS	-	-	4	5	9	12,0
NÃO apresentam dados	-	-	-	-	-	-

Hábitos de vida		- 39 anos	40-49 anos	50-59 anos	+ 60 anos	Total	%
ATIVIDADE FÍSICA	não praticam	6	4	4	22	36	55,4
	de 1 a 12 meses	1	2	2	2	7	11,6
	+ de 12 meses	2	3	6	11	22	33,8
FUMO	não atualmente	7	11	16	33	67	89,3
	sim atualmente	1	2	2	3	8	10,7
ÁLCOOL	não bebe	5	10	12	29	56	74,7
	moderado	3	3	6	7	19	25,3

Informações		- 39 anos	40-49 anos	50-59 anos	+ 60 anos	Total	%
BENEFÍCIOS PSF	utiliza	5	9	16	32	62	82,7
	não utiliza	3	4	2	4	13	17,3
MEDICAMENTOS	utiliza	5	7	12	33	57	76,0
	não utiliza	3	6	6	3	18	24,0
RENDA FAMILIAR	-1salário mínimo	-	1	-	6	7	9,3
	de 1a5 sal. mín	7	5	13	20	45	60,0
	+ de 5 sal. mín.	1	7	5	10	23	30,7
INSTRUÇÃO	até 4º série	2	2	13	23	40	53,4
	da 5º a 8º série	1	1	3	5	10	13,3
	colegial/superior	5	10	2	8	25	33,3

Anexo 17

Anexo 18

Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo 19

9. Referências Bibliográficas

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S. M. **O trabalho em enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ANDRADE, D. R. et al. Barriers to exercise adherence among active young adults. **Official Journal of the American College of Sports Medicine**, Indianápolis, v 30, n.5, p. 182-6, 1998. Supplement.

ARAÚJO, CGS. Aptidão física, atividade física e qualidade de vida relacionada à saúde. **Revista Brasileira Medicina Esportiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.65, p.194-9, 2000.

ASTRAND, P.O. "Why exercise?" **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Madson, v 4, p. 153-62, 1992

BARBARA, L. Reestruturação produtiva. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, Rio de Janeiro, v.19, n. 1, p. 31-3, 1999.

BATTAGLION, A. N. **A inserção da Educação Física em um Programa de Saúde Pública**. 1998, 94 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

BATTAGLION, A. N.; PIOVESAN, M. A. Efeitos de um Programa Multidisciplinar de Reeducação Funcional, Nutricional e Psicológica. In: CONGRESSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA ADAPTADA, 4, São Carlos, 2001, **Trabalho apresentado...** São Carlos, 2001.

BLAIR, S. et. al. Development of public policy and physical activity initiatives internationally. **Medicine and Science in Sports and Exercise**. Madson, n. 21, v. 3. p.157-63,1995.

BLUM, H. L. **Planing for health**: generics for the eighties. 2 ed. New York: Human Science, 1981, cap.1 2, p 2-38.

BOUCHARD, C. ; BLAIR, S. Introductory comments for the consensus on physical activity and obesity. **Medicine and Science in Sports and Exercise**. Madson, n. 31, v. 1, p. 498-13, 1999.

BORGES, C. M. F. **O Professor de Educação Física e a construção do saber**. Campinas: Papirus, 1998, p.17-47.

BRACCO, M. e col. Knowledge profile and physical activity level among health care providers andworkers of a non-government primary cae unit. **Official Journal of the American College of Sports Medicine**, vol. 31, n. 5 Supplement, Friday, June 4, 1999.

BRANDL, C. E. H. A consciência corporal na perspectiva da Educação Física, **Revista do Conselho Federal de Educação Física**, Rio de Janeiro, v.1, n. 2, p.30-2, 2002.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social, In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: uma agenda para o final do século, 1, 1996, Brasília,1996. **I Anais...** Brasília: PAS/SAS, 1996 .

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil **Projeto Promoção da saúde**: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de SantaFé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Declaração do México. Ministério da Saúde, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério de Educação e Cultura, Secretaria do Ensino Superior. **Comissão de Especialista da área de Educação Física**, Brasília, DF,1997a.

BRASIL. Resolução n. 218/1997, Leis e Direitos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 de maio, seção 1, p.89, 1997b.

BRASIL. Resolução CNE 1/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 de abril, seção 1, p. 31, 2002 .

BRASIL. Leis e Direitos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 de setembro, seção 1, p. 89, 1998.

BRASIL. Leis e Direitos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de novembro, seção 1, p. 100, 2000.

CANADÁ. **A new perspective on the health of Canadians: a work document**. Ottawa, Ministry of Health and Welfare. April, 1974, 76p. anexos.

CANDEIAS, N. M. F. Planejamento em promoção em saúde: uma abordagem integrada. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, n. 30, v. 1, p. 149-17,1996.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo n. 31, v. 2, p. 209-13,1997.

CANTARINO FILHO, M. – Memórias de um estudante no período do Estado Novo. **Revista Brasileira de Ciência do Esporte**, Campinas, n.1, v.11, p.74-9, 1989.

CARVALHO, A. I. Da Saúde Pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. **Revista Ciências & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.1, n.1, p. 104-21, 1996.

CASTELLANI, L. F. **Educação física no Brasil**: a história que não se conta. Campinas: Papyrus, 1988.

CAVALCANTI, K. B. Tendência crítica e revolucionária da educação física brasileira. **Revista Técnica de Educação Física e Desportos**. Brasília, v. 4, n.3, p.25-7, 1985.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo. Cortez. 1991.

COLEGIO AMERICANO DE MEDICINA ESPORTIVA (CAME), **Manual de testes de esforços e prescrição de exercícios**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

CONFED. Conselho Federal de Educação Física. O Fórum e as diretrizes curriculares. **Revista da Educação Física**. Rio de Janeiro, v. 1, p. 11-15. ago, 2002.

CRESPO, C. J. et al. Prevalence of physical inactivity and its relation to social class in U.S. adults: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Madson, v. 31, n. 12, p. 1821 - 7, 1999.

CYRINO, E. S.; NARDO JR, P.R. Educação física ou cinesiologia, ou cineantropologia ou ciência da motricidade humana. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Florianópolis, v. 18, n.3, maio, p.207-11, 1997.

DaCOSTA, L. P. **Formação profissional em educação física, esportes e lazer no Brasil**: memória, diagnóstico e perspectiva. Blumenau: Ed. FURB, 1999.

DARIDO, S. C. Professores de Educação Física: procedimentos, avanços e dificuldades. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Florianópolis, v. 18, n.3, maio, p.191-15, 1997.

DELORS, J. et al. **Educação: um tesouro a descobrir**. 4 ed., São Paulo: Cortez, MEC; UNESCO, Brasília, 2000.

DEMO, P. Participação e planejamento-arranjo preliminar. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, n. 25, v. 3, p. 31-34, jul./set.,1991.

DeROSE, E. Buscando a melhoria de qualidade de vida por meio de atividades físicas. In: CONFERÊNCIA NO CONGRESSO MUNDIAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, Rio de Janeiro, **Anais ...**, Rio de Janeiro, 1997.

DEVER, G. E. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo: Pioneira, 1988, p. 1-24.

DEVIDE, F. P. Educação Física, Qualidade de Vida e Saúde: campos de intersecção e reflexos sobre a intervenção. **Revista Movimento**, Porto Alegre, v.8, n.2, p.77-84, agosto, 2002.

DEVIDE, E.P.; FERREIRA, M. S.- Exercício e saúde: a percepção discente: um estudo exploratório. **Revista Brasileira de Atividade Física**. Florianópolis: UFSC, 1997.

DIECKERT, J. **Esporte e lazer: tarefa e chance para todos**. Rio de Janeiro: Livro Técnico, 1984.

DONNANGELO, M. C. F. **Ensino de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil**. Rio de Janeiro: Abrasco, PEC/ENSP, 1983, v. 2, p. 19-35.

FARO JR., M.P. et al. Alterações fisiológicas e atividade física na terceira idade: revisão da literatura e comentários. **Revista Âmbito Medicina Desportiva**, São Paulo, v. 2, n.17, 5, p. 21-3, 1996.

FERGUSON, M. **A conspiração aquariana**, Rio de Janeiro: Record, 1994.

FLETCHER, G. – Physical inactivity as a risk factor for cardiovascular disease. **Journal of the American College of Sports Medicine**, v. 107, n.2 A, p. 10S- 11S, 1999.

FLORINDO, A A. Educação Física e promoção em saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Londrina, v. 3, n. 1, p. 84-9, 1998.

FLORINDO, A. A.; ARAUJO, A S. O papel do profissional de educação física na saúde pública. In: CONGRESSO INTERNACIONAL UNICASTELO, 4., São Paulo, 1997, **Anais ...** , São Paulo, p. 114.

FORATTINI, O P. **Ecologia, epidemiologia e sociedade**. São Paulo: Artes Médicas, 1992. p. 353-66.

FORSTER, A. C.; FERREIRA, J. B. B. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. In: Franco, L. J., organizador. Fundamentos de Epidemiologia. São Paulo: Manole; 2003, cap. 18.

FRANCISCHI, R. P.; PEREIRA, L. O.; LANCHÁ JUNIOR, A. H. Exercício, comportamento alimentar e obesidade: revisão dos efeitos sobre a composição corporal e parâmetros metabólicos. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 117-23, jul/dez, 2001.

FREIRE, P. **Pedagogia dos oprimidos**. 2 ed. São Paulo. Paz e Terra,1992.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 6 ed. São Paulo. Paz e Terra,1997.

GHIRALDELLI, J.R.P. **Educação física progressista: a pedagogia crítica - social dos conteúdos e a educação física brasileira.** São Paulo: Loyola.1988.

GOLDBERG, L.; ELLIOT, D. L. **O poder de cura dos exercícios.** Rio de Janeiro: Campus, 2001, p. 15-28.

GONÇALVES, A. et al. **Saúde coletiva e urgência em educação física.** Campinas: Papirus, 1997.

GUEDES, D. P. **Exercício físico na promoção da saúde.** Londrina: Midiograf, 1995.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** 5 ed, Petrópolis: Vozes, 1997.

HARDMAN, A E. Exercise in the prevention of atherosclerotic, metabolic and hypertensive disease: a review. **Journal of the Sports Medicine and Physical Fitness**, Torin v. 14, p. 201 - 18, 1996.

HOWLEY, E.T.; FRANKS, B.D. **Manual do instrutor de condicionamento físico para a saúde.** 3 ed, Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

HUBERMAN, M. et al. Perspectivas de la carrera del professor. In: Biddle T.; Bruce J.;Good, S.;Thomas L.; Goodson, I. **La enseñanza y los profesores.** Barcelona: Paidós, 2000.

INSEL, P. M.; ROTH, W. **Core concepts in health.** 7 ed. Mountain View, California: Mayfield Publishing, 1993.

INTERNATIONAL SOCIETY OF SPORTS. Psychology, Physical activity and psychological benefits: a position statement. **Physician Sports Medicine**, v. 20, n. 10, p. 179-84, 1992.

KALACHE, A. et al. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200 -10, 1987.

KALACHE, A. Envelhecimento no contexto internacional: perspectiva da Organização Mundial da Saúde. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENVELHECIMENTO POPULACIONAL, 1, 1996, Brasília, **Anais...**, Brasília, MPAS, SAS, p.13-2, 1996.

KELLEY, D. E.; GOODPASTER, B.H. Effects of physical activity on insulin action and glucose tolerance in obesity. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Madison, v.31, n.11, p. 619-23, 1999. Supplement.

KEMMIS, S.; McTAGGART, R. Participatory action research. In: DEZNIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **Handbook of qualitative research**. 2ª ed., New Jersey: Sage Publication, 2000, cap. 22, p 567-601.

KILIMNIK, Z. M. Trabalhar em tempos de fins de emprego. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v.18, n. 2, p. 34-7, 1998.

KOSKELA, K. et al. The north karelia project: a first evaluation. **International Journal of Health Education**, Geneva, v.19, p. 59-7, 1976.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. 5ª ed., São Paulo: Perspectiva, 1997, p.9-17.

LACERDA, Y. **Atividades corporais. O alternativo e o suave na Educação Física**. Rio de Janeiro: Sprint, 1995.

LASCO, R. A. et al. Participation rates, weight loss, and blood pressure changes among obese women in nutrition-exercise program. **Public Health Reports**. Washington, DC, n. 104, v. 6, p. 640-46, 1989.

LAURENTI, R. et al. As condições de saúde no Brasil. **Revista USP**, São Paulo, n. 51, p.44-13, 2001.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed, 1999.

LOVISOLO, H. **A atividade física, educação e saúde**. Rio de Janeiro: Sprint, 2000.

MAILHIOT, G. B. **Dinâmica e gênese dos grupos**. 6 ed. São Paulo, Duas Cidades, 1985.

MASSON, S. **Psicomotricidade**: reeducação e terapia dinâmica. São Paulo: Manole, 1988.

MASSUCATO, J. G.; BARBANTI, V. J. História da educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v.13, p. 13-19, dezembro 1999.

MATHEUS, D. **Medidas e avaliação em educação física**. 5ªed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1990.

MATOS, M. G. **Corpo, Movimento e Socialização**. Rio de Janeiro: Sprint, 1994.

MATSUDO, S. M. M.; MATSUDO, V. K. R. Physical activity and aging: a perspective in developing countries of physical. In S. Bayley (ed.) **The**

multidiciplinary series of physical education and sport science.
Icsspe/Ciepss. Perspectives. v.2, p. 65-17, 2000a.

MATSUDO, V.K.R.; MATSUDO, S.M.M. Evidências da importância da atividade física nas doenças cardiovasculares e na saúde. **Revista Diagnóstico & Tratamento**, São Paulo, n. 5, v. 2, p. 10-7, 2000b.

MC MICHEL, A. J. The urban environment and Health in a World of Increasing Globalization: issues for developing countries, in **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, n.78, v. 9, p. 1.117-26, 2000.

McMURRAY, R. G. et al. Is physical activity or aerobic power more influential or reducing cardiovascular disease risk factors. **Official Journal of the American College of Sports Medicine**. p. 1521-29, Mar,1998.

MENDES, I. J. M. **Promoção de Saúde**: caminhando para o único. 1997. Tese (Livre Docência) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

MENDES, I. J. M. et al. Perspectiva de ampliação das funções da unidade básica de saúde: relato de experiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, p.119-29, 1996.

MICHELUCCI, M. e col. Grau de conhecimento sobre a prescrição de atividade física em três grupos distintos. In: CONGRESSO PANAMERICANO DE MEDICINA DO ESPORTE, 18, **AnaisI** Gramado, 1997.

MOLINA NETO, V.; MOLINA, R. K. Capacidade de escuta: questões para a formação docente em Educação Física. **Revista Movimento**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 57-66, jan/abr, 2002.

MOREIRA, W.W. Corpo presente num olhar panorâmico. In: MOREIRA, W.W. (org.), **Corpo Presente**. Campinas: Papirus, 1995, p. 9-13.

MORGAN, D. C. **Focus groups as qualitative research**. Thousand Oaks, CA, Sage, 1988.

MORLEY, D. O hospital na saúde comunitária. In Saúde da Comunidade: um desafio. **Coleção Comunidade e Saúde**, São Paulo: Ed. Paulinas p, 52-60,1984.

MORRIS, J. N. Exercise versus heart attack: questioning the concensus? **Research Quart. Exercise Sports**, v. 67, n. 216-20, 1996.

NAHAS, M. V.; CORBIN, C. B. Educação para a aptidão física e saúde: justificativa e sugestões para a implementação nos programas de educação física. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, São Caetano do Sul, v.3, n.8, p.14-10, 1992.

NEWELL, k. M. Kinesiology; the label for the study of physical activity in higher education. **Quest**, n. 42, p. 269-78, 1990.

NÉRICI, I. G. **Introdução à Didática Geral**. 10 ed. Rio de Janeiro: Editora Fundo de Cultura, 1971..

NIEMAN, D. C. **Exercício e Saúde**. São Paulo: Manole, 1999.

OLIVEIRA, V M. **Consenso e conflito da educação física brasileira**. Campinas, Papirus, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Asociation de Salud Pública. Salud y Bienestar Social. Canadá. **Carta de Ottawa**: para la promotion de la salud.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE LA PROMOCION DA LA SALUD, 1, Ottawa, Canadá, 1986.

OYAMA, E. R. Educação Física, motricidade humana e suas dimensões sócio-culturais, **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v.9, n1, jan./jun., p.75-10, 1995.

PAFFENBARGER, R. S. et al. The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 328, p. 538-45, 1993.

PAIM, J. S. Marco de referência para um programa de educação continuada em saúde coletiva. **Revista Brasileira Médica**, São Paulo, 17:7-13, 1993.

PAIM, J. S. **Recurso Humanos em saúde no Brasil**: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994. p. 37-52.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v.32, n.4. São Paulo, ago. 1998.

PALHA, P. F. **Vivências do cotidiano**: a promoção da saúde como um exercício de cidadania no Programa de Integração Comunitária da Vila Tibério-Ribeirão Preto. 2001. 264 p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

PATE, R. R. et al. Physical activity and public health: a recommendation from the centers for disease control and prevention and the american college of sports medicine. **JAMA**, Chicago, v. 5, n. 273, p. 402-07, 1995.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Equipe multiprofissional de Saúde: enfoque e conceituações. In: CONGRESSO DE SAÚDE COLETIVA, 4, Recife. **Anais....** , Olinda/Recife,1994, 21 p.

PEREZ GOMES, A. I.- **La funcion e formacion del professor/a en la ensenanza para la compreension diferentes perspectiva.** Madrid. Morala, 1999, p.398-435.

PERROCA, P. **Sistemas de classificação de pacientes:** construção e validação de um instrumento. 1996. p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

PIOVESAN, M. A.; BATTAGLION, A N. Implantação do Programa de Ginástica Laborativa na Universidade de São Paulo, Campus de Ribeirão Preto, Congresso de Medicina Esportiva, 4, Ribeirão Preto **Anais...** Ribeirão Preto, 2000.

PNUD. **Programa do desenvolvimento humano.** In: RELATÓRIOS SOBRE O DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Brasília, 2001.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos das pesquisas em enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POWERS, S. K.; HOWLEY, E. T. **Fisiologia do exercício:** teoria e aplicação ao condicionamento físico e ao desempenho. 3º ed., São Paulo, Manole, 2000.

POWELL, K. E. et al. Dimensiones da la promocion da la salud aplicadas a la actividade física. In: **Promocion De La Salud: Una Antologia.** 5 edicion: Promocion De La Salud Para Grupos Específicos. OPAS/OMS, p. 352-8, 1996.

PRATT, M.; MACERA, C. A.; BLANTON, C. Levels of physical activity and inactivity in children and adults in the United States: current evidence and research issues. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Madison, v.31, p.526-7, 1999. Supplement.

QUEIROZ, V. M.; SALUM, M. J. L. Globalização econômica e a apartação na saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48, São Paulo, **Anais...**, São Paulo, 1996.

REGO, R. S. et al. Prevalência dos fatores de risco de doenças cardiovasculares no Estado de São Paulo. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, 24(4):227-85, 1990.

RIBEIRO, M. O. A saúde da família em situação de exclusão social. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Ministério da Saúde, **Manual de Enfermagem**, Brasília, p. 51-5, 2001.

RIBEIRO, M. A. et al. Nível de conhecimento sobre atividade física para a promoção da saúde de estudantes de educação física. **Revista Brasileira da Ciência e Movimento**. Brasília, 9 (3): 31-6, 2001.

ROQUE, J. R. et al. Nível de conhecimento sobre atividade física para a promoção da saúde em estudantes de educação física. **Revista Brasileira da Ciência do Movimento**. Brasília, 9 (3): 31-37, 2001.

ROUQUAYROL, M.A. **Epidemiologia e Saúde**. 4ª ed. São Paulo: Medsi, 1994.

RUSSEL, N. **Manual de Educação Física para a Saúde**. Lisboa. Direção Geral da Saúde. 1996. Trabalho de Maria Cristina Campos de Souza.
www.eseb.ipbeja.pt/investigacao/artigos/prioridade.htm >Acesso em: 23 jul.2003.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Programa Agita São Paulo**. Manifesto de São Paulo para a promoção da Saúde das Américas. São Paulo, 2000.

SAX, G. **Principles of educational and psychological measurement and evaluation**. 2 ed, Wadsworth Publishing Company, Belmont, CA, 1980, p. 472-518.

SCHARAIBER, L. B. et al. **Saúde do Adulto**. São Paulo: Hucitec, 1996, cap. 12, p. 234-50.

SHEPHARD, R. J. Exercise and the aging process. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. São Caetano do Sul, v. 4, p. 4-56, 1991.

SILVA, M. R. S. Desenvolvimento da consciência corporal. **Revista Brasileira de Ciência do Esporte**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p.119. 1998.

SOUZA, L. B. **Organização do trabalho, qualidade de vida e subjetividade**: um estudo sobre as representações e crenças de profissionais do Campus da USP de Ribeirão Preto. 2001. 326 p. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco. Ministério da Saúde, 2002, p.19-42.

STEINHILBER, J.; SARTORI, S. K.; SILVA, M. T. Evolução do trabalho do profissional de Educação Física, **Revista Brasileira de Ciência do Esporte**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 95-30, 1998.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

TARDIF, et al. Os professores face ao saber. **Teoria e Educação**. 4 ed. Porto Alegre: Panorâmica, 1991.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 7 ed. São Paulo: Cortez: Editores Associados, 1996.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. **Métodos de pesquisa em atividade física**. 3 ed., Porto Alegre: Artmed, 2002.

TONES, K.- Health education an the ideology o health promotion: a review of alternative approaches. **Health Education Research**. v 1, n 1, p. 3-9, 1989.

TRACTENBERG, L. A complexidade nas organizações. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v.19, n. 19, p. 14-15, 1999.

VASCONCELOS, C.S. **Avaliação**: concepção dialética-libertadora do processo de avaliação escolar. Cadernos Pedagógicos do Libertad, São Paulo, 1992, 2 ed., p. 16-18.

VERAS, R. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde. **Revista USP**, São Paulo, n. 51, p.72-85, set./nov., 2001.

VIANNA, I. O. A. Profissionais da educação e saúde: contradições, mitos e convergências. **Revista Mundo da Saúde**, ano 19, v. 19, n. 9, p. 213-298, out., 1995.

VILELA, E. M. **Interdisciplinaridade no ensino de graduação em enfermagem**: um estudo de caso. 2002. 199 p. Tese (Doutorado) Escola de

Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. **Entre Einstein e Newton: desmedicalizando o conceito de saúde**, Ribeirão Preto: Holos, 2000.

WOOD, T. J. Tempos Modernos. **Revista Carta Capital**, São Paulo, v. 2, p.80-3, out., 1996.

Nome do autor: Angelo Battaglioni Neto

Assinatura do autor _____

Instituição: Universidade de São Paulo

Local: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Endereço: Av. Bandeirantes 2.300

E-mail: battaglioni@pcarp.usp.br