

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

SILVANO DA SILVA COUTINHO

Competências do profissional de Educação Física  
na Atenção Básica à Saúde

Ribeirão Preto

2011

SILVANO DA SILVA COUTINHO

Competências do profissional de Educação Física  
na Atenção Básica à Saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Práticas, saberes e políticas de saúde

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria José Bistafa Pereira

Ribeirão Preto  
2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

### FICHA CATALOGRÁFICA

Coutinho, Silvano da Silva

Competências do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde  
207 f.: il.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP.  
Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública. Ribeirão Preto, 2011.

Orientadora: Pereira, Maria José Bistafa

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Atividade Física. 3. Competências Profissionais. 4. Educação Física.

COUTINHO, Silvano da Silva

Competências do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Banca Examinadora

Prof. Dr. : \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## *DEDICATÓRIA*

*À minha esposa e filha que me apoiaram nas horas difíceis e me incentivam sempre a ir mais longe.*

*Amo vocês eternamente*

## AGRADECIMENTOS

A trajetória para concretização deste doutorado foi repleta de grandes conquistas profissionais e pessoais, em que pude contar com muitas pessoas as quais quero agradecer neste momento:

À Zezé, minha orientadora, minha amiga, que desde o mestrado tem me ensinado a “arte de produzir fome” de conhecimento.

Aos professores presentes na qualificação, Amaury Lelis Dal Fabbro e Ieda Parra Barbosa Rinaldi, suas contribuições foram muito importantes para direcionarem a coleta e análise dos dados.

À professora Ana Maria de Almeida, obrigado pelo apoio e confiança.

À professora Claudia Santos, da estatística, obrigado pela amizade e pela disponibilidade em ajudar.

À professora Ângela Takayanagui, por todo apoio e principalmente por entender o valor da família.

À professora Silvana Mishima, pela parceria no estágio do PAE e por acompanhar esta caminhada, abrindo as portas para a possibilidade do pós-doutorado.

À professora Cecilia Puntel (*in memoriam*), pois as pesquisas sobre competências de sua orientação serviram de inspiração para a ideia inicial desta pesquisa. Obrigado!

À Shirley, obrigado pela dedicação ao Programa, e por estar sempre disposta a tirar nossas “eternas” dúvidas.

À Cristiane Gramani Say, por estar sempre pronta a ajudar.

À Juliana Gazzotti, pela contribuição nas traduções.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por ter proporcionado todas as condições para minha formação como pesquisador. Levarei para sempre as marcas desta escola.

À Angela, funcionária da biblioteca, obrigado pelo auxílio na busca de dados.

Aos funcionários da Biblioteca Central pela revisão das citações e referências deste trabalho.

À professora Maria do Socorro, por todo zelo na correção ortográfica.

À Universidade Estadual do Centro-Oeste, minha casa profissional, obrigado pela possibilidade do afastamento que me deu maiores condições de dedicação à pesquisa. Aos professores do departamento de Educação Física, por todo apoio e incentivo. Em especial, aos amigos: Queiroga e Larissa.

Ao Luizão, companheiro, principalmente por toda força em nossa parceria na Diresp, no início desta caminhada.

Aos meus eternos orientandos: Verônica e João Paulo.

Aos companheiros e amigos do Programa Segundo Tempo - Amauri, Índio, Cláudio, Heitor, Osmar e Everton, obrigado por todo apoio.

À Deborah Carvalho Malta e Danielle Keyla Cruz, do Ministério da Saúde, pelo auxílio no contato com os programas envolvidos na pesquisa.

Aos programas – PAC Aracaju, PAC Belo Horizonte, PAC Recife, PIC Ribeirão Preto, SOE Vitória e CuritibAtiva - de forma especial, aos coordenadores, por acreditarem na pesquisa, incentivando os profissionais de educação física a participarem.

Aos profissionais de educação física e pesquisadores que contribuíram decisivamente na elaboração das competências.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo apoio financeiro concedido para a realização desta pesquisa.

A todos os professores e mestres que fizeram parte da minha formação pessoal e profissional.

A todas as pessoas que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta pesquisa.

Acima de tudo, agradeço às pessoas mais próximas, que foram decisivas na minha vida, me motivando a alçar voos cada vez mais altos.

Aos meus familiares por sempre acreditarem no meu esforço e potencial.

Aos familiares de minha esposa, especialmente, Da. Vera, Sr. Benoni (*in memoriam*), Juliana, Binho, Vó Adelaide e Vó Alzira, pessoas especiais, que são minha família também.

Aos meus pais, por todo carinho, dedicação, apoio e pelo exemplo de amor a dois que são para mim, é muito bom poder ter vocês ao meu lado para comemorar mais essa vitória.

Aos meus irmãos, Sidnei e Sérgio, por todos os momentos que compartilhamos e por saber que posso contar com vocês sempre. Amo vocês!

À minha esposa Tatiane, por ser um “mulherão”, cuidando com dedicação do nosso amor, do nosso lar e da nossa filha. Sem você este sonho não seria possível.

À minha filha Maiara, minha maior obra, por entender os momentos de ausência e sempre achar um jeito de me motivar.

A Deus, minha fortaleza.

## RESUMO

COUTINHO, S. S. **Competências do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde**. 2011. 207 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

No Brasil, a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) se constitui em um arranjo institucional para implementar a Atenção Básica à Saúde (ABS) como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde. Tem como compromisso reorganizar as práticas assistenciais em saúde com vistas a promover a mudança no modelo de assistência à saúde da população. Nesse processo, o Ministério da Saúde, entre outras iniciativas, estabelece a Política Nacional de Promoção da Saúde e define, como um dos seus eixos prioritários, o incentivo às ações de práticas corporais/atividades físicas. Recentemente, também foram criados, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, com a intenção de ampliar a abrangência e o escopo das ações e serviços na ABS, incluindo o profissional de educação física como uma das profissões que deverá atuar junto a uma equipe de saúde interdisciplinar. Recentemente, temos observado inúmeros programas e iniciativas envolvendo a presença do profissional de educação física na ABS, e, portanto, nos mobilizamos a desenvolver esta pesquisa com o objetivo de elaborar e analisar as competências que podem ser requeridas do profissional de educação física no contexto da ABS. Os sujeitos da pesquisa são profissionais de educação física que trabalham em programas de promoção das práticas corporais/atividades físicas, vinculados à rede básica de atenção à saúde do SUS e, também, pesquisadores que estudam o tema educação física e Sistema Único de Saúde. Para coleta dos dados, foi utilizada a técnica Delphi, com organização e tratamento dos dados por meio de análise de conteúdo. Como resultado, foram elaboradas 58 competências, sendo estas organizadas e analisadas em três dimensões, a saber: conhecimentos, habilidades e atitudes, com características pertinentes ao campo da ABS, principalmente ao destacar os seguintes atributos: a integralidade da atenção, considerando a indissociabilidade das ações, promocionais, preventivas, de tratamento e de reabilitação; a continuidade da atenção com articulação intersetorial visando à integralidade dos serviços de saúde e afins; a humanização para o estabelecimento de vínculos, principalmente, por meio da escuta; o trabalho em equipe para a atuação interdisciplinar e a promoção da saúde, voltada também para a emancipação dos sujeitos. Esse conjunto de competências não desconsidera os conhecimentos acumulados e as práticas consagradas da área da educação física, mas nos remetem ao entendimento de que o trabalho em ABS é permeado de complexidades e singularidades que não são habitualmente tão familiares, o que pode “tirar o chão” do profissional de educação física, ao mesmo tempo, que pode se constituir num terreno onde se criam possibilidades para promover, a partir de esforços acumulados, a produção de novos conhecimentos, habilidades e atitudes.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde, Atividade Física, Competências Profissionais, Educação Física.

## ABSTRACT

COUTINHO, S. S. **Competencies of the Physical Education Professional in Primary Health Care**. 2011. 207 f. Thesis (Ph.D.) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

In Brazil, the implementation of the Family Health Strategy constitutes in an institutional arrangement to implement the Primary Health Care as a framework of the Brazilian Unified Health System. It has a compromise to reorganize health care practices with a view to promote change in the model of health care to the population. In this process, the Ministry of Health, among other initiatives, establishes the National Policy for Health Promotion and defines as one of its priorities, the encouragement of actions of body practices/physical activities. Recently it was also created, the Support Center for Family Health, with the intention of expanding the coverage and scope of activities and services in the Primary Health Care, including physical education teachers as one of the professionals which should work together with a team of interdisciplinary health. Recently, it was observed numerous programs and initiatives involving the presence of physical education professionals in Primary Health Care, and therefore, this research was developed in order to elaborate and analyze the skills that may be required for the physical education professional in the context of Primary Health Care. The subjects are physical education professionals who work in programs for the promotion of body practices/physical activities, linked to the primary health care of the Brazilian Unified Health System, and also researchers whose areas of study are physical education and the Unified Health System. The Delphi technique was used for data collection, with organization and processing of data through content analysis. As a result, 58 competencies were elaborated, which were organized and analyzed in three dimensions, namely: knowledge, skills and attitudes, with relevant features to the field of the Primary Health Care, particularly by highlighting the following attributes: comprehensiveness of health care, considering the inseparability of actions, which are promotional, preventive, treatment and rehabilitation; continuity of care with inter-sectoral articulation in order to the comprehensiveness of health services and the like; humanization for the establishment of bonds, mainly by listening; teamwork for interdisciplinary actuation and health promotion, also directed towards the emancipation of the subject. This set of competencies does not disregard the accumulated knowledge and evidence-based practices of physical education, but make us understand that the work in the Primary Health Care is permeated of complexities and peculiarities that are not usually familiar, which may "cut the ground" of the physical education professional, and at the same time, may constitute in a site where will be created opportunities to promote, from the accumulated efforts, the production of new knowledge, skills and attitudes.

Keywords: Primary Health Care, Physical Activity, Professional Competencies, Physical Education.

## RESUMEN

COUTINHO, S. S. **Competencias del Profesional de Educación Física en la Atención Primaria de Salud.** 2011. 207 f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

En Brasil, la implementación de la Estrategia Salud de la Familia constituye un arreglo institucional para implementar la Atención Primaria de Salud como estructura del Sistema Único de Salud. Tiene como compromiso la reorganización de las prácticas de cuidado de la salud con el fin de promover el cambio en el modelo de atención de salud a la población. En este proceso, el Ministerio de Salud, entre otras iniciativas, establece la Política Nacional de Promoción de la Salud y define como una de sus prioridades el fomento de las acciones de prácticas corporales/actividades físicas. Recientemente también se ha creado el Centro de Apoyo a la Salud de la Familia con la intención de ampliar la cobertura y el alcance de las acciones y servicios en la Atención Primaria de Salud, incluyendo profesores de educación física como uno de los profesionales que deberá trabajar en conjunto con un equipo de salud interdisciplinario. Recientemente, se hay observado numerosos programas e iniciativas que implican la presencia de profesionales de educación física en la Atención Primaria de Salud, y por lo tanto, esta investigación fue desarrollada con el fin de elaborar y analizar las competencias que pueden ser necesarias para el profesional de educación física en el contexto de la Atención Primaria de Salud. Los sujetos de la investigación son profesionales de educación física que trabajan en programas para la promoción de prácticas corporales/actividades físicas, vinculados a una red de atención primaria de salud del Sistema Único de Salud, y también los investigadores que estudian el tema de la educación física y el Sistema Único de Salud. Para recopilación de datos, la técnica Delphi fue utilizada, con la organización y procesamiento de datos a través de análisis de contenido. Como resultado, 58 competencias fueron desarrolladas, siendo organizadas y analizadas en tres dimensiones, a saber: conocimientos, habilidades y actitudes, con características pertinentes al campo de la Atención Primaria de Salud, principalmente, al destacar los siguientes atributos: integralidad de la atención, teniendo en cuenta la inseparabilidad de la acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; continuidad de la atención con articulación intersectorial con el fin de se obtener servicios integrales de salud y similares; humanización para el establecimiento de vínculos, sobre todo por medio de la escucha; trabajo en equipo para actuación interdisciplinar y promoción de la salud, también dirigida hacia la emancipación de los sujetos. Este conjunto de competencias no deja de lado los conocimientos acumulados y las prácticas consagradas de la área de educación física, pero nos hacen comprender que el trabajo en la Atención Primaria de Salud está impregnado de complejidades y particularidades que normalmente no son tan familiares, lo que se puede "mover el piso" del profesional de educación física, al mismo tiempo que puede constituir un motivo para la creación de posibilidades para promover, a partir de los esfuerzos acumulados, la producción de nuevos conocimientos, habilidades y actitudes.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Actividad Física, Competencias Profesionales, Educación Física.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Três dimensões da competência	60
Figura 2	Organograma das dimensões da competência e seus indicadores	105

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Características gerais dos Programas CuritibaAtiva, PIC – Ribeirão Preto e PAC – Aracaju	78
Quadro 2	Características gerais dos Programas PAC – Belo Horizonte, PAC – Recife e SOE – Vitória	79
Quadro 3	Critérios de inclusão dos locais e sujeitos da pesquisa	83
Quadro 4	Resumo das ações referentes à primeira rodada da técnica Delphi	88
Quadro 5	Exemplo de categorização dos dados	93
Quadro 6	Resumo das ações referentes à segunda rodada da técnica Delphi	97
Quadro 7	Resumo das ações referentes à terceira rodada da técnica Delphi	99

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos coordenadores e profissionais convidados para participar do painel Delphi	81
Tabela 2	Distribuição dos pesquisadores participantes do painel Delphi	82
Tabela 3	Distribuição dos sujeitos convidados e participantes efetivos da pesquisa, segundo função exercida	84
Tabela 4	Distribuição dos sujeitos convidados e participantes efetivos da pesquisa, segundo vinculação a um programa de promoção das práticas corporais/atividades físicas e pesquisadores	84
Tabela 5	Distribuição das competências de acordo com os dados resultantes do Instrumento 01 e da organização realizada por meio de Análise de Conteúdo segundo Bardin (1977)	91

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AT	Competência relacionada à dimensão da “Atitude”
CC	Competência relacionada à dimensão do “Conhecimento conceitual”
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde
CP	Competência relacionada à dimensão do “Conhecimento procedimental”
CX	Competência relacionada à dimensão do “Conhecimento contextual”
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Confef	Conselho Federal de Educação Física
Cref	Conselho Regional de Educação Física
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
Dort	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EF	Educação Física
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fesp	Funções Essenciais em Saúde Pública
Gees	Grupo de Estudos em Educação Física e Saúde Coletiva
HA	Competência relacionada à dimensão da “Habilidade de avaliação”
HC	Competência relacionada à dimensão da “Habilidade de comunicação”
HI	Competência relacionada à dimensão da “Habilidade de incentivação”

HG	Competência relacionada à dimensão da “Habilidade de gestão”
HP	Competência relacionada à dimensão da “Habilidade de planejamento”
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
Opas	Organização Pan-Americana de Saúde
PAC	Programa Academia da Cidade
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIC	Programa de Integração Comunitária
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNHAH	Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RNAF	Rede Nacional de Atividade Física
RNPS	Rede Nacional de Promoção da Saúde
SC	Saúde Coletiva
SOE	Serviço de Orientação ao Exercício
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA</b>	<b>18</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>25</b>
2.1	Objetivo Geral	26
2.2	Objetivos Específicos	26
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>27</b>
3.1	Sistema Único de Saúde, Atenção Básica à Saúde e Educação Física	28
3.2	Pressupostos da Atenção Básica à Saúde e Educação Física	37
3.3	Políticas institucionais e produção de conhecimento em Educação Física e Atenção Básica à Saúde	46
3.4	Atividade física ou práticas corporais na Atenção Básica à Saúde	50
3.5	Competência: conceituação e diferentes abordagens	54
3.5.1	Competências profissionais na área da saúde	62
3.5.2	Competências do profissional de Educação Física: pesquisas realizadas e apontamentos para a saúde pública	65
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b>	<b>70</b>
4.1	Delineamento do estudo	71
4.2	A técnica Delphi	72
4.3	Locais da pesquisa	76
4.4	Sujeitos da pesquisa	80
4.4.1	Caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa	83
4.5	Instrumentos, coleta e organização dos dados	86
4.5.1	Primeira rodada – levantamento preliminar de competências	86
4.5.1.1	Organização e tratamento dos dados da primeira rodada	89
4.5.2	Segunda rodada – lista preliminar de competências	94
4.5.3	Terceira rodada – lista final de competências	97
4.6	Análise de dados	100
4.7	Aspectos éticos	101

<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	102
5.1	Competências do profissional de Educação Física para atuar na Atenção Básica à Saúde	103
5.2	Competências relacionadas à dimensão dos conhecimentos	106
5.2.1	Dimensão do conhecimento conceitual (CC)	106
5.2.2	Dimensão do conhecimento procedimental (CP)	109
5.2.3	Dimensão do conhecimento contextual (CX)	113
5.3	Competências relacionadas à dimensão das habilidades	120
5.3.1	Dimensão da habilidade de planejamento (HP)	120
5.3.2	Dimensão da habilidade de comunicação (HC)	129
5.3.3	Dimensão da habilidade de avaliação (HA)	135
5.3.4	Dimensão da habilidade de “incentivação” (HI)	137
5.3.5	Dimensão da habilidade de gestão (HG)	140
5.4	Competências relacionadas à dimensão das atitudes (AT)	145
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	149
<b>7</b>	<b>PROPOSTAS PARA FUTUROS ESTUDOS</b>	155
<b>8</b>	<b>REFLETINDO SOBRE UM POSSÍVEL LEGADO DESTA PRODUÇÃO</b>	157
	<b>REFERÊNCIAS</b>	159
	<b>APÊNDICES</b>	175
	<b>ANEXO</b>	206

## INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

## 1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O ponto de partida desta pesquisa remonta aos estudos desenvolvidos em nossa dissertação de mestrado (COUTINHO, 2005), posto que, discutindo a percepção dos secretários municipais de saúde sobre a realização de ações de atividade física junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família, verificamos que poucas equipes tinham a prática de atividade física sendo organizada e que na maioria das vezes não era o profissional de educação física que estava à frente das atividades.

Enquanto pesquisador foi por meio dessa pesquisa que passei a entender com maior clareza o funcionamento do sistema público de saúde, percebendo que a inserção do profissional de educação física poderia auxiliar sobremaneira as ações desenvolvidas neste contexto, principalmente, em aspectos relacionados à promoção da saúde e à prevenção de doenças e também possibilitar a construção do trabalho de equipe, a partir de diferentes conhecimentos.

Posteriormente, em uma pesquisa local<sup>1</sup> foi possível levantar algumas hipóteses sobre a ausência do profissional de educação física na Atenção Básica à Saúde (ABS), tais como: falta de conscientização dos gestores de saúde; falta de abertura de concurso público para este profissional na área da saúde; falta de diálogo entre esses profissionais e os secretários municipais de saúde; a ideia de que a educação física faz parte da escola, não existindo o reconhecimento deste profissional como participante de uma equipe na área da saúde; e, por último, que esta iniciativa seria somente mais um gasto para os governos.

Há um distanciamento entre os princípios que fundamentam a atuação dos profissionais de saúde na ABS e os conteúdos que servem de base para a formação em educação física. Sobre este aspecto, Carvalho (2005) salienta que, na segunda metade da década de 1980, os profissionais de educação física eram formados por médicos fisiologistas, pedagogos e professores de educação física (EF) com forte orientação nas ciências biológicas. No que tange às preocupações com a saúde,

---

<sup>1</sup> Trabalho de Conclusão de Curso na graduação em Educação Física da aluna Ariane Telles de Andrade, orientado pelo Prof. Ms. Silvano da Silva Coutinho e concluído no ano de 2008 na Universidade Estadual do Centro-Oeste, com o seguinte tema: “A Inserção do Profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde”. Esta pesquisa teve, como sujeitos, profissionais de saúde vinculados à Atenção Básica do município de Pitanga, no estado do Paraná.

esta formação era assentada em questões relacionadas à fisiologia do exercício e ao treinamento esportivo, instrumentalizando o profissional a compreender os benefícios biológicos do exercício para as pessoas praticantes, e também, sobre como deveria ser organizada uma sessão de prática de atividade física.

Segundo Bagrichevsky (2007), foi nessa época que também emergiu na educação física um movimento intelectual crítico que utilizava o termo aptidão física para discutir a saúde, e

Apesar dos referenciais teóricos incorporados das ciências sociais, não houve nem uma só voz na educação física, na época, que colocasse sob suspeita as dimensões exclusivamente individualistas às quais se reportava o “paradigma” da aptidão física. Não foi publicado um só texto, no período, que analisasse o descarte sociológico/coletivo que tal perspectiva incitava (BAGRICHEVSKI, 2007, p. 39).

Por meio dessa concepção, eram incentivadas a avaliação e a orientação das crianças e adolescentes nas escolas para que tivessem uma vida mais ativa, porém, não se discutia a saúde como um resultante das condições de vida de cada pessoa ou comunidades. Fatores como alimentação, nível de renda, acesso aos serviços de saúde, condições de moradia não eram pauta das conversas sobre saúde na educação física.

Essas discussões denotam a necessidade de se pensar em outras formas de ensinar e intervir em saúde, procurando dar ênfase para o coletivo, o público e o social, porém, sem romper com todos os saberes e práticas que já temos acumulado, “de modo que quaisquer tensões sejam saudáveis à medida que os ‘encontros’ entre as fronteiras do conhecimento produzam condições de saúde e vida melhores para as populações” (CARVALHO, 2005, p. 98, grifo do autor).

Atualmente, muito já se avançou em relação a se vislumbrar o profissional de educação física atuando na ABS, conforme pode ser identificado junto às inúmeras citações dos Cadernos de Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2009a, 2011a) sobre a prática corporal/atividade física, como ferramenta para auxiliar na implantação do modelo assistencial de AB. Nesses documentos se recomenda que a indissociabilidade entre a atividade física e as ações promocionais, preventivas, de tratamento e de reabilitação se torne o eixo das práticas de saúde.

Outro fenômeno que denota a importância de o profissional de educação física estar inserido na AB está ligado à inatividade física. Atualmente, ao analisarmos os fatores de risco de forma isolada, este é o quarto fator mais importante de mortalidade em todo o mundo (6%), sendo superado somente pela

hipertensão (13%), o consumo de tabaco (9%) e o excesso de glicose no sangue (6%). No entanto, a situação fica mais complicada quando se associa a inatividade física com as doenças crônicas, pois se estima que a inatividade física seja a causa principal de aproximadamente 21-25% dos cânceres de mama e de colo, por 27% dos casos de diabetes e por, aproximadamente, 30% das doenças isquêmicas do coração (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2010).

O esforço em se combater essas doenças crônicas é particularmente relevante, porém, também, é imprescindível se pensar em ações que estimulem a população a adquirir hábitos saudáveis, a ter uma consciência e autonomia para se preocupar com sua saúde não somente em função de uma dor ou de uma eminente possibilidade de adoecer, mas, para desenvolver uma noção positiva de saúde, como um bem, uma riqueza e, principalmente, como um direito.

Nessa perspectiva, ao se pensar o sistema público de saúde e a estruturação da ABS, entre pesquisadores, legisladores, gestores e trabalhadores, encontram-se aqueles que têm conclamado a necessidade premente de implantação e de sustentabilidade de ações com ênfase na promoção da saúde (BRASIL, 2006a; CASTRO; MALO, 2006; CZERESNIA, 2009).

A presença do profissional de educação física atuando na Atenção Básica à Saúde<sup>2</sup> (ABS) no Brasil tem aumentado substancialmente nos últimos anos, porém, esta área ainda é carente de pesquisas empíricas e instrumentos de avaliação que possam identificar o quanto e, principalmente, com quais parâmetros a atuação desse profissional tem se aproximado dos princípios e diretrizes que fundamentam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse contexto onde se disputam diferentes projetos e, portanto, as práticas gerenciais e assistenciais se conformam distintamente, é possível identificar mudanças em relação ao profissional de educação física, dessa forma, este profissional que antes aparecia no sistema público de saúde, geralmente atrelado a projetos pontuais e restritos a grupos específicos (idosos, hipertensos, diabéticos etc.), está se tornando mais presente neste espaço, com destaque para as intervenções em ABS, na possibilidade de tornar cada vez mais evidente ações de promoção da saúde, principalmente pelo incentivo que tem sido dado pelo Ministério da Saúde (MS) por meio de: eventos, campanhas e material informativo que

---

<sup>2</sup> Utilizaremos o termo Atenção Básica à Saúde como sinônimo de Atenção Primária à Saúde, por ser esta primeira uma terminologia mais comum na realidade brasileira.

discutem e estimulam a prática da atividade física (MALTA; CASTRO, 2009); editais de financiamentos para projetos que desenvolvem ações de atividade física na promoção da saúde (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2010); estratégias de avaliação que procuram mostrar a efetividade da atividade física na promoção da saúde (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2011b) e políticas públicas que incentivam a realização de ações de prática corporal/atividade física na ABS (BRASIL, 2006a).

Esse cenário da ABS, no qual o profissional de educação física emerge com possibilidade de atuar junto à população e compor equipes de saúde, na perspectiva de fortalecer a transformação de um modelo de atenção comprometido com a integralidade da atenção, ainda é recente, e muitos desafios se têm a enfrentar como também muito se tem a produzir para consolidar sua prática profissional.

Este estudo não pretende discutir como tem se dado a formação em ensino superior na área de educação física, porém, nossa pretensão é contribuir para diminuir a lacuna existente entre os conteúdos que são apresentados aos alunos na graduação e as necessidades latentes no sistema público de saúde, com ênfase na ABS. Assim, se por um lado o SUS tem aberto espaço para a atuação do profissional de educação física em ABS, por outro, ainda falta ampliar a discussão sobre quais são as competências exigidas destes profissionais para atuação neste contexto, de modo que estas sejam construídas em consonância com as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2006b).

A ABS possui particularidades distintas em relação a outros contextos de atuação do profissional de educação física. As competências requeridas do profissional em educação física em espaços que ele já atua, tradicionalmente, há muito tempo, tais como, academias, escolas, clubes, entre outros, podem até fazer indicações para sua atuação na saúde pública, porém, é imprescindível um repensar das competências deste profissional diante da realidade que envolve sua atuação neste “novo” contexto, necessitando (re)ver conceitos sobre o processo saúde-doença, ampliar a compreensão sobre políticas de saúde e de organização de sistemas e serviços de saúde e outras dimensões do conhecimento que possibilitem agregar recursos e atuar na direção do fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Ao propormos esta investigação, selecionamos da literatura alguns estudos dedicados a discutir as competências que poderão ser requeridas do profissional de educação física em diferentes contextos (BATISTA; GRAÇA; MATOS, 2008;

FEITOSA, 2002; NASCIMENTO, 1998). No entanto, estes não fazem nenhuma menção à atuação deste profissional no Sistema Público de Saúde. De outra forma, recentemente, foram publicados alguns documentos com indicações sobre possíveis atribuições para o profissional de educação física na ABS, oriundas de diferentes órgãos:

- do Conselho Federal de Educação Física que se posicionou com recomendações para a atuação deste profissional nos três níveis de atenção (primária, secundária e terciária) (SILVA, 2010). Apesar de este documento avançar, ao apresentar recomendações para o profissional de educação física que atua no SUS, suas argumentações ainda são carentes de uma fundamentação em referenciais atuais que discutem esta relação (educação física e SUS) à luz dos princípios da ABS e, conseqüentemente, têm a tendência de pautar suas indicações numa visão biomédica da assistência;
- do Ministério da Saúde, por intermédio de dois documentos - a portaria de criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008) e o Caderno de Atenção Básica dedicado às diretrizes do NASF (BRASIL, 2009a). Estes documentos delineiam um detalhamento de diretrizes para as iniciativas de práticas corporais/atividades físicas no NASF, porém, as diretrizes apresentadas não devem ser interpretadas como específicas do profissional de educação física, mas, como o resultado da interação entre os diferentes profissionais, a partir do momento em que se encontram vinculados a essa área estratégica.

Com base nas constatações acima, podemos citar um exemplo: alguns conceitos mais vinculados à área da saúde, tais como, integralidade da atenção, cuidado, intersetorialidade, equidade, vínculo, humanização, referência, clínica ampliada, apoio matricial, entre outros, não são normalmente apresentados aos estudantes ou profissionais de educação física nos diferentes níveis de formação (graduação, pós-graduação *lato* e *stricto sensu*), indicando que estes poderão ter uma dificuldade para atuar profissionalmente em unidades básicas de saúde. Esse fato sugere a necessidade de repensar as competências que possam balizar a prática do profissional de educação física na ABS, na intenção de mostrar possibilidades, pois acreditamos que uma elaboração mais sistematizada de

competências não se dará na perspectiva de “engessar” um profissional em um determinado padrão, mas, sim, como uma ferramenta norteadora, no entanto sujeita e com recomendação de ser (re)vista e (re)elaborada constantemente com vistas a representar as transformações da dinamicidade do processo de trabalho que se desenvolve no dia a dia do próprio serviço.

Considerando a necessidade dessa sistematização e de apresentar de forma mais explícita as competências do profissional de educação física para atuar em serviços da ABS, partimos do pressuposto de que esta elaboração poderá ser mais pertinente se for construída a partir de profissionais inseridos neste contexto e com pesquisadores desta área, acreditando que o entorno sociocultural é o espaço em que as microrrelações humanas se estabelecem, e o conceito tem uma possibilidade muito maior de aproximação com a realidade, podendo tornar-se operável. Nessa perspectiva é que nos propomos a desenvolver esta investigação, elegendo o objetivo descrito a seguir.

## OBJETIVOS

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

- Elaborar e analisar as competências requeridas do profissional de educação física para atuar na Atenção Básica à Saúde, a partir de profissionais que trabalham em programas de promoção das práticas corporais/atividades físicas, vinculados à rede básica de atenção à saúde do SUS e de pesquisadores que estudam o tema educação física e SUS.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Organizar as competências profissionais indicadas pelos sujeitos da pesquisa, nas três dimensões das competências profissionais: conhecimentos, habilidades e atitudes.
- Analisar os limites e as potencialidades das competências elaboradas com ênfase em princípios e diretrizes da Atenção Básica à Saúde.

---

---

## REVISÃO DA LITERATURA

---

---

### **3. REVISÃO DA LITERATURA**

Formular competências do profissional de educação física na Atenção Básica à Saúde significa, aqui, adentrar-se por caminhos trilhados pelos conceitos, políticas e práticas da ABS e pelos conceitos de competência. A seguir, apresentaremos as trilhas que percorremos até o momento.

#### **3.1. Sistema Único de Saúde, Atenção Básica à Saúde e a Educação Física**

O sistema público de saúde no formato em que se encontra atualmente é fruto da implantação do Sistema Único de Saúde, o SUS, resultado do movimento da reforma sanitária iniciada no Brasil em meados dos anos de 1970.

Nesse mesmo período, no país, era evidente um contexto caracterizado fortemente pelo desemprego crescente; pela redução do valor real dos salários; pelas fraudes contra o sistema previdenciário, principalmente pela rede conveniada e credenciada, decorrentes, dentre outras questões, da forma de financiamento adotada; pela baixa cobertura assistencial do setor público estadual e municipal; pelos custos crescentes da assistência médica em função da incorporação de novas tecnologias; bem como, por um modelo de saúde dominante pautado na assistência médica individual e curativa (PEREIRA, 2008).

Adotando-se como pressuposto que o nível de saúde obtido por uma sociedade reflete o grau de maturidade que esta sociedade pode atingir em seu conjunto, é possível afirmar que o movimento sanitário buscou construir novos valores e uma nova consciência na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade, a inclusão e a cidadania como valores estruturantes.

Nesse sentido, o projeto do SUS representa uma expressão política do desejo de parte dos segmentos da sociedade brasileira, universidades, profissionais da saúde, intelectuais, entidades representativas e movimentos sociais que, politicamente mobilizados e articulados, conseguiram assegurar debates conceituais

e proposições no processo constituinte e, finalmente, incorporar ao texto constitucional os aspectos aprovados em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, momento culminante de todo o movimento pela Reforma Sanitária (COHN; ELIAS, 2005).

O SUS continua em permanente construção, tendo seus princípios regulamentados e aperfeiçoados por diversas leis, e entre elas destacam-se a 8080/90 e 8142/90 - Leis Orgânicas da Saúde que regulamentam o SUS, as três Normas Operacionais Básicas editadas na década de 1990, a Norma Operacional Básica de Assistência – NOAS, edições de 2001 e 2002 e, mais recentemente, o Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Diante desse contexto, muitos municípios aderiram à municipalização da saúde como um dos princípios do SUS e estruturaram seus Conselhos Municipais de Saúde.

Mesmo diante de tantas mudanças, a década de 1990 demonstrava um cenário político e econômico pouco favorável à implantação e implementação de políticas sociais, particularmente aquelas em que o Estado é eleito como o responsável. Na intenção de contribuir para esta discussão, Luz (2001) enfatiza que além dos problemas crônicos relacionados aos contrastes econômicos, sociais, políticos e culturais resultantes do estilo de crescimento econômico, o processo de globalização implantado e fortalecido nos anos de 1990, também, reforçou a concentração de renda, promoveu a elevação na taxa de desemprego e a nossa economia passou a ser monitorada por organismos financeiros internacionais com enfoque centrado no setor externo, opção esta que pouco se compromete com a produção interna, com a geração de empregos e com a oferta de serviços de atenção à saúde.

Num contexto socialmente marcado por profundas desigualdades e iniquidades e de enfrentamento às resistências, esse modelo mais democrático de gestão pactuada apresentou características muito mais adequadas para promover respostas às necessidades reveladas pela realidade regional e local, no entanto, o modelo de atenção continuou fortemente centrado no atendimento médico, em procedimentos e terapias medicamentosas.

Nessa conjuntura, o Ministério da Saúde, como autoridade sanitária brasileira e com o objetivo de reorientar esse modelo de atenção à saúde, inicia em 1994 a implantação de uma estratégia de mudança assistencial por meio do Programa Saúde da Família (PSF), sendo este recentemente redenominado como Estratégia da Saúde da Família (ESF), de acordo com a Portaria Ministerial 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006b).

Entendendo que a ESF é uma iniciativa estabelecida para implementar e fortalecer a ABS numa perspectiva que coadune com os princípios do SUS, antes de uma aproximação sobre a relação SUS / ESF com o profissional de educação física, faz-se necessário uma delimitação dos conceitos de Atenção Primária à Saúde (APS) e ABS, possibilitando ampliar a compreensão sobre o contexto no qual este profissional deverá estruturar suas ações no sistema público de saúde.

Starfield (2004) relata que as concepções básicas mais recentes da APS são buscadas em 1977, na 30ª Reunião Anual da Assembleia Mundial de Saúde, momento em que foi cunhada a expressão “Saúde para Todos no Ano 2000”.

Diante da crise enfrentada no capitalismo mundial e suas repercussões nas condições de vida das populações de diversos países, em 1978, em Alma Ata (antiga Rússia), 134 países, convocados pela OMS, reuniram-se para discutir o enfrentamento das desigualdades sociais e elaborar um eixo orientador para o setor da saúde.

Nesse evento, que se tornou um marco histórico, denominado Conferência de Alma Ata, a Organização Mundial de Saúde enunciou os princípios da Atenção Primária à Saúde:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo e atenção continuada à saúde. (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 1978, p. 13)

Diversos são os fatores e também os observadores que tentam explicar o porquê da APS diferir tão radicalmente de um país para o outro. Revisando e

atualizando as dimensões da Atenção Primária à Saúde e respeitando as particularidades de cada nação, encontramos pelo menos quatro interpretações para a APS (MENDES, 2002; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2007):

- APS seletiva – tem o objetivo de resolver os problemas prevalentes em populações pobres por meio de serviços de alto impacto, baixo custo e escassa qualificação profissional;
- APS como nível primário do sistema – idealizada como porta de entrada ao sistema, como um local para atenção continuada, dando ênfase à resolutividade dos problemas mais comuns, com a finalidade de reduzir custos econômicos;
- APS ampla (princípio de Alma Ata) – estratégia para organizar o sistema de atenção à saúde. É “uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população” (MENDES, 2002, p. 10);
- Enfoque de saúde e direitos humanos – a saúde entendida como direito, tendo como destaque a necessidade de se responder aos determinantes sociais e políticos mais amplos com ênfase em políticas de inclusão e na busca da equidade.

Para se definir as ações que competem à Atenção Primária à Saúde, o Brasil tem adotado o termo Atenção Básica à Saúde. Esta elaboração conceitual está relacionada à necessidade de construção de uma identidade institucional própria, no âmbito do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de se estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora desse nível de atenção (BRASIL, 2003).

Para que haja essa ruptura, mais do que mudar a nomenclatura e de ajustar a Atenção Primária à Saúde às realidades atuais do Brasil, é necessário que se faça uma análise crítica do significado e do propósito do termo ABS. Nesse sentido, em 2006, após ampla discussão, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo uma revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ficando assim conceituada:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas

gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006b, p. 10).

Para um entendimento maior sobre esse conceito, alguns aspectos devem ser ressaltados, com base em discussões presentes no documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica (BRASIL, 2003):

- a) a ABS contém uma dimensão coletiva, pois está relacionada aos problemas de saúde da população e às potencialidades da organização social para a promoção da saúde;
- b) a ABS também contém uma dimensão individual, a partir do momento que considera em suas ações as singularidades dos sujeitos, entendendo que estes são portadores de problemas, projetos e/ou de sofrimentos com características próprias;
- c) o processo de trabalho deve se pautar, entre outros, pelo princípio da integralidade. Isto significa que as ações de promoção e recuperação da saúde, de prevenção e tratamento de doenças e de reabilitação de sequelas devem ser consideradas de forma integrada, ao mesmo tempo, em que deve haver a incorporação das ações de assistência, promoção e vigilância em saúde;
- d) o princípio da integralidade também reforça a necessidade de a ABS extrapolar seu âmbito de atuação em direção a duas vertentes: i) articulando-se ao sistema de saúde, envolvendo outros pontos de atenção do sistema, de modo a garantir a continuidade da atenção prestada à população; ii) realizando a articulação do setor saúde com outros setores, buscando aumentar a capacidade de cumprir sua função resolutiva, por meio de ações intersetoriais;

- e) a ABS deve articular ferramentas e instrumentos, saberes e práticas oriundos dos diversos campos disciplinares;
- f) o processo de trabalho na ABS se realiza, preferencialmente, por meio de uma equipe de saúde;
- g) resolver os problemas de saúde mais frequentes e relevantes da população deve ser o principal objetivo da ABS;
- h) a responsabilidade sanitária e o território se constituem conceitos fundamentais para a formulação da concepção de ABS, entendendo que esta última representa o contato preferencial do usuário com o sistema de saúde, favorecendo o acesso destes a todo o sistema.

Ainda como forma de operacionalização da ABS, a PNAB define algumas áreas estratégicas de atuação: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, da mulher, do idoso e bucal e a promoção da saúde.

O conjunto de princípios aqui destacados exige uma revisão do conceito do processo saúde-doença, sendo este já enunciado na VIII Conferência Nacional de Saúde:

Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até as informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um ambiente que não seja agressivo, mas que pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente, a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. E não estar o tempo todo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência do governo contra o seu próprio povo. Saúde é a possibilidade de trabalhar e ter acesso à terra (AROUCA, 1987).

Comprometer-se com a ABS conformada pelos princípios e com o conceito do processo saúde-doença apresentados, implica assumir a indissociabilidade entre atenção e gestão, e, ainda, entre ações preventivas, promocionais, curativas e reabilitadoras.

Nessa perspectiva, a articulação e a integração dos diversos saberes, em diferentes áreas da saúde, e, mesmo em outras áreas, tornam-se fundamentais no processo de trabalho das equipes e constituem-se em um desafio para a mudança das práticas de saúde, na direção assinalada.

Com relação à inclusão de profissionais, a inserção do profissional de educação física na ABS tem potência para aumentar as possibilidades de oferta de serviços de saúde em quase todas as áreas estratégicas, envolvendo diferentes grupos de usuários, como podemos citar por meio de alguns exemplos:

- na saúde da criança, ele pode estruturar ações na linha da prevenção, visando principalmente ao combate à obesidade que representa um fator de risco para várias doenças e, também, ações de promoção da saúde, a partir do incentivo e da oportunidade de práticas esportivas e recreativas de modo a ocupar o tempo livre com formas ativas de lazer e convívio coletivo, desenvolvendo valores relacionados à participação;
- com enfoque na saúde da mulher, o profissional pode ofertar práticas corporais/atividades físicas visando à prevenção do câncer de mama ou para a reabilitação de mulheres já acometidas pela doença, que passaram pela cirurgia de mastectomia;
- no caso dos idosos, as práticas corporais/atividades físicas poderão auxiliar na manutenção da força muscular e do equilíbrio, dando-lhes maior mobilidade e autonomia para a realização das tarefas diárias, minimizando as possibilidades de quedas e, também, criando espaços para o convívio comunitário, diminuindo o isolamento, muito comum nessa fase da vida.
- na prevenção de doenças por meio de iniciativas de práticas corporais/atividades físicas diversas, pois, conforme demonstram os estudos, este tipo de ação, realizada de forma regular, reduz o risco de doenças crônicas, podendo também conferir um efeito de proteção ao sistema imunológico, no caso das doenças infectocontagiosas (MONTEIRO; GONÇALVES, 2000).

As iniciativas citadas englobam apenas algumas poucas possibilidades de ações, visto que, as intervenções que o profissional de educação física pode realizar no contexto da ABS são “incontáveis”, principalmente, a partir do pressuposto de que ele deve desenvolver suas práticas sempre vinculado a uma equipe multiprofissional de saúde, o que amplia sobremaneira a potencialidade de suas ações.

Ao se evidenciar a participação do profissional de educação física no ambiente da ABS, se torna importante a apresentação dos seus atributos. Antes, é importante destacar que os atributos da ABS são configurados em consonância com os princípios do SUS e com os atributos preconizados por Starfield (2004), podendo servir para qualificar de uma forma mais adequada a prática de saúde que se deseja implantar na ABS (PEREIRA, 2008) e, portanto, só haverá uma atenção à saúde de qualidade quando esses seis princípios estiverem sendo operados em sua totalidade, no contexto do SUS.

Nesse sentido, conforme descrição de Starfield<sup>3</sup> (1992 apud MENDES, 2002), os atributos ou princípios ordenadores da Atenção Primária são: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária. A seguir, cada um deles será descrito com mais detalhes.

O **primeiro contato** se refere à acessibilidade e utilização dos serviços de saúde pelos usuários a cada problema novo ou novo episódio de um mesmo problema. Este atributo também pode ser chamado de acesso ou porta de entrada. Para Starfield (2004), existe uma relação muito próxima entre acesso e acessibilidade. Acesso indica o uso efetivo do serviço de saúde, enquanto acessibilidade se constitui no elemento estrutural necessário para o primeiro contato, como, por exemplo, as condições geográficas e organizacionais do local de assistência.

Outro atributo, a **longitudinalidade**, se refere ao acompanhamento dos cuidados prestados pela equipe ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias, ou seja, estabelecendo vínculo entre estes (STARFIELD, 2004). Esta última característica diferencia longitudinalidade de continuidade. Para haver continuidade do cuidado não precisa ser estabelecida necessariamente uma relação pessoal, porém, ao se criar vínculo, as chances de uma cooperação mútua entre o usuário e a equipe de saúde são aumentadas.

A **integralidade** da atenção implica em dois aspectos importantíssimos: primeiro, a prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população, sendo que estes serviços não precisam estar necessariamente disponíveis na própria unidade, mas podem ser mobilizados fora

---

<sup>3</sup> STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation and policy**. New York: Oxford University Press, 1992.

do setor saúde (PEREIRA, 2008) e, segundo, o reconhecimento adequado dos múltiplos determinantes que causam as doenças e agravos.

A **coordenação** da atenção refere-se à possibilidade de maior integração entre os serviços que envolvem o sistema de saúde, de forma a garantir a continuidade da atenção com o reconhecimento de problemas que requerem seguimento constante. “Para operar a coordenação é essencial que as informações a respeito dos problemas dos usuários estejam à disposição, entre os profissionais que processarão o atendimento” (PEREIRA, 2008, p. 78). Se um usuário é encaminhado de uma unidade básica de saúde (UBS) para uma unidade de atenção terciária (um hospital), deve haver continuidade entre os profissionais envolvidos, seja por meio dos prontuários, registros, equipe de saúde, ou ambos.

Os quatro atributos citados são considerados atributos essenciais, enquanto que os dois próximos são denominados de atributos derivados.

A avaliação das necessidades de saúde de um indivíduo deve considerar o seu ambiente cotidiano, ou seja, seu contexto familiar. O atributo da **focalização na família** exigirá uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral dos problemas de saúde que envolve todos os seus membros (PEREIRA, 2008; STARFIELD, 2004).

Para Starfield (2004), o atributo **orientação para a comunidade** implica o reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado que deve ser conhecido e tomado em consideração. Este conhecimento pode se dar a partir de dados epidemiológicos e também do contato direto com a comunidade; esta relação poderá ser através de uma estratégia de planejamento e avaliação conjunta dos serviços (HARZHEIM; STEIN; DARDET, 2004).

Os seis atributos da ABS detalhados acima trazem relevantes distinções com relação ao modelo assistencial vigente, e neste sentido, é fundamental o entendimento de que estes servem para nortear as ações de todo profissional de saúde que atua em espaços de ABS no Brasil, portanto, um profissional de educação física que atua na ABS deverá buscar ampliar o conhecimento sobre como operar estes conceitos no dia a dia de sua prática. Ainda, ao relacionarmos os atributos da ABS aos programas de incentivo às práticas corporais/atividades físicas,

entende-se que os atributos poderão servir de parâmetro para indicar se os serviços oferecidos estão sendo provedores de Atenção Básica à Saúde.

### **3.2. Pressupostos da Atenção Básica à Saúde e Educação Física**

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada a vertente brasileira da Atenção Primária à Saúde, caracterizando-se como a porta de entrada prioritária do sistema público de saúde. Quando esta estratégia foi criada no Brasil, em 1994, ela recebeu o nome de Programa Saúde da Família, sendo formada, inicialmente, por uma equipe mínima composta de um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Posteriormente, a equipe foi ampliada incluindo o cirurgião-dentista, o técnico de higiene dental e o auxiliar de consultório dentário. Contudo, no ano de 2008, com o objetivo de

[...] ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica (BRASIL, 2008).

foi criado o NASF. O NASF é uma iniciativa que visa a atender a uma das maiores reivindicações dos profissionais da saúde: a inserção de novas áreas de conhecimento à ESF. Estes núcleos poderão ser constituídos por diferentes profissionais de ensino superior que vão atuar em parceria com os profissionais da ESF.

Existem duas modalidades de NASF: o NASF 1 é composto, minimamente, por cinco profissionais com formação universitária, dentre as 13 opções seguintes: assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2009a).

O NASF 2, por sua vez, deverá ser composto por, no mínimo, três profissionais, dentre as oito opções: assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo e terapeuta

ocupacional. A definição sobre qual profissional irá compor cada tipo de NASF é de responsabilidade do gestor municipal, entretanto, sua decisão deve estar pautada nas necessidades locais de saúde e na disponibilidade de profissionais em cada uma das distintas profissões (BRASIL, 2009a).

Apesar de o NASF ser uma importante estratégia para a inserção do profissional de educação física na ABS, as competências que estão elencadas e discutidas no presente estudo não se limitam somente a esta estratégia, pois, existem inúmeras outras iniciativas de práticas corporais/atividades físicas sendo desenvolvidas pelo Brasil no contexto da ABS, sem que estejam articuladas ao NASF. A esse respeito, Knuth et al. (2010) revelaram que somente 35% dos projetos desenvolvidos pela Rede Nacional de Atividade Física (RNAF) estão ligados ao NASF e ainda enfatizam que este resultado pode ser explicado pelo fato de ainda não existirem muitos municípios que tenham um núcleo do NASF em funcionamento, no entanto, espera-se que, onde houver um núcleo do NASF, os projetos de práticas corporais/atividades físicas existentes possam ter um diálogo constante com o mesmo.

O NASF foi criado no interior da Estratégia de Saúde da Família e, portanto, deverá desenvolver suas ações pautadas por alguns pressupostos, princípios e diretrizes relacionados à ABS, que se revelam, por meio de expressões, muitas vezes, próprias da área da saúde, tais como: ação interdisciplinar e intersetorial; trabalho em equipe; educação permanente em saúde; noção de território; participação e controle social; promoção da saúde; humanização; clínica ampliada; projeto terapêutico singular; projeto de saúde do território, entre outras. Sobre estas expressões, iremos destacar alguns aspectos essenciais, tentando aproximá-las do exercício profissional em educação física.

A **ação interdisciplinar** em saúde pode ser entendida como “uma atitude de permeabilidade aos diferentes conhecimentos que podem auxiliar o processo de trabalho e a efetividade do cuidado” (BRASIL, 2009a, p. 18). Na educação física, este termo é mais conhecido no meio escolar, sendo entendida como a capacidade de comportar os conceitos mais “fundamentais de cada especialidade enquanto necessários para outras áreas, quando de fato o estudo, a significação dos conceitos de uma área potencializa as ações de outra (s)” (AUTH, 2008, p.244). Os problemas em saúde são de natureza complexa e não devem ser analisados de

forma isolada e, neste sentido, a solução para a demanda de um determinado usuário poderá ser encontrada na relação com outros profissionais de diferentes áreas presentes na unidade de saúde de referência. Aderir e atuar na perspectiva da interdisciplinaridade é assumir um conceito de saúde que não se restringe exclusivamente a seus aspectos biológicos, mas sim, incluir outras dimensões em que os indivíduos e coletivos estão inseridos no seu processo de vida.

O conceito e a prática da **intersectorialidade** na área da saúde se tornam imprescindíveis quando o profissional compreende a saúde a partir de um conceito ampliado e também reconhece que os determinantes sociais de saúde envolvem problemas que não são passíveis de serem resolvidos somente com os esforços do seu setor. Essa prática exige um reconhecimento do saber de outra área e, de certa forma, também pressupõe que outros saberes internamente à equipe precisam ser reconhecidos e integrados, pois, quando o profissional se propõe a trabalhar em equipe, haverá uma maior possibilidade de se acionar e reconhecer os diversos recursos internos e externos como estratégias de possíveis soluções frente às diversas demandas apresentadas e reconhecidas nos serviços de saúde.

O processo de trabalho na ABS tem como pressuposto o **trabalho em equipe** e, portanto, o profissional de educação física não poderá desenvolver suas intervenções como se estivesse em uma “ilha”. Geralmente este profissional atuará inserido em uma equipe de saúde da família ou em equipes com outros arranjos organizacionais, possibilitando “a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos” (BRASIL, 2009a, p. 15), aumentando as possibilidades de resolutividade dos problemas.

O Ministério da Saúde tem proposto a **educação permanente** como uma “estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da saúde” (BRASIL, 2005, p. 12). A educação permanente realiza o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho e, portanto, ao se planejar o processo de formação e qualificação dos profissionais que irão compor ou que compõem uma equipe de saúde, este precisa ser norteado por necessidades oriundas da vivência e observação dos problemas que ocorrem cotidianamente no ambiente de trabalho e, dessa forma, a proposição de soluções terá maior possibilidade de ser elaborada de

forma mais condizente com a realidade e ainda poderá trazer maior adesão e compromisso dos integrantes da equipe.

No processo de educação permanente, as soluções são construídas com trocas de saberes entre os que estão operando nos serviços e os que conformam o cotidiano, no processo de qualificação, formação e atenção em saúde, e dessa forma, haverá maiores condições para estes atores imprimirem o potencial criativo inerente a cada ser humano, com potencialidade para os serviços prestados apresentarem maior qualidade e satisfação dos usuários atendidos.

Um dos grandes problemas que obstaculiza o profissional de educação física de desenvolver suas intervenções de forma contextualizada no setor saúde é a constatação de que sua formação em nível superior não o preparou de forma condizente, para que este pudesse atuar profissionalmente no sistema público de saúde, fundamentado nos preceitos do SUS. Analisando o cenário atual, Fonseca et al. (2011) destacam pelo menos quatro causas aparentes para esta constatação:

- 1) divergências entre princípios ideológicos, legislativos e políticos;
- 2) divergências entre formação de docentes para o ensino superior e o perfil profissional necessário para atuação em saúde;
- 3) divergências entre formação profissional e a organização do sistema de saúde; e,
- 4) divergências para tratar dos eixos de integralidade na formação e na atenção à saúde com o perfil desejado do bacharel em Educação Física, que, na forma atual, muito abrange, mas pouco resolve (FONSECA et al., 2011, p. 3).

Os autores acima propõem um repensar da formação em educação física, tendo como norte o abandono de uma formação focada na reserva de mercado e adoção de uma “formação orientada no perfil profissional dotado de visão sistêmica e hábito de auto-aprendizagem para ações coletivas em prol do empoderamento (*empowerment*) da população” (FONSECA et al., 2011), no entanto, os profissionais que estão atuando hoje na ABS não poderão usufruir dos resultados deste movimento e, desse modo, a proposta de educação permanente se torna uma ferramenta com potência para preencher esta lacuna entre a formação e a atuação profissional.

Para atuar em uma determinada unidade básica de saúde, o profissional de educação física precisa conhecer as características próprias do local e da população que lhe é referenciada. Na ABS se utiliza o termo **território** para definir este espaço, entendendo que “é nele que se processa a vida social e nele tudo possui interdependência, acarretando no seu âmbito a fusão entre o local e o global”

(BRASIL, 2009a, p. 18). De acordo com esse conceito, a equipe de saúde precisa conhecer as várias dimensões (sociais, culturais, históricas, políticas, econômicas, dentre outras) do território, tendo condições de identificar suas fragilidades, possibilidades e potencialidades, concebendo-o como algo vivo e dinâmico. Com essas indicações torna-se também necessário a (re)visão dos conceitos inerentes à prática de saúde e, entre eles, destacamos o de promoção de saúde e prevenção de doenças.

É de suma importância o entendimento sobre as diferenças entre as ações de **promoção da saúde** e as ações de prevenção de doenças. A primeira se dirige para as causas determinantes dos problemas e a segunda somente às manifestações concretas dos agravos e doenças. Segundo Czeresnia (2009), a base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno, seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. As ações em saúde nesta linha da prevenção e de educação em saúde devem ser estruturadas mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos.

Já a ideia de promoção da saúde evidencia que não basta somente conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle, é necessário que haja a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando para isso, uma abordagem intersetorial (CZERESNIA, 2009). Para se pensar a implantação de programas de práticas corporais/atividade física, esta diferenciação é importante, pois possibilita a ampliação do olhar do profissional, não ficando limitado a ações focadas na doença, mas, aos aspectos positivos da saúde, como por exemplo, um pessoa idosa que participa de um grupo de ginástica não o fará somente pela busca de se exercitar com a intenção de diminuir seu peso, seus níveis pressóricos ou sua glicemia, caso ela tenha algum destes agravos, mas, algo muito significativo neste programa serão as amizades e a convivência que os momentos em grupo proporcionarão, portanto, este último aspecto, com um enfoque mais promocional, também deve ser valorizado pelo profissional de educação física ao planejar suas ações. Outro espaço para exercício da valorização e implementação da saúde, também, é a participação nos espaços de formulação e de decisão de diretrizes das

políticas públicas e o incentivo para a população participar ativamente desses espaços.

O conceito de promoção da saúde descrito na Carta de Ottawa destaca a importância de uma maior **participação da comunidade** na implementação das ações em saúde. Para que as pessoas se envolvam nos programas de práticas corporais/atividade física de forma mais duradoura e que estas ações atinjam um maior nível de resolutividade, é importante a participação da comunidade nas decisões sobre quais práticas poderão ser realizadas, bem como, nas instâncias de **controle social**, procurando discutir e exigir o atendimento aos seus direitos, bem como, tendo uma maior compreensão dos seus deveres. Nesse sentido, faz-se necessário um repensar da concepção de democracia que é praticada nestes espaços.

Hoje, a concepção de democracia que prevalece nas políticas de saúde não é participativa, mas sim uma democracia burocrática, que limita participação cidadão comum, que não permite a transformação das relações de poder. Há um potencial desagregador muito grande. Basta assistirmos às reuniões de alguns conselhos – parece que tudo virou um jogo de xadrez, de astúcia, de disputa. No xadrez, para ganhar o jogo é preciso sacrificar os peões, no nosso caso os usuários do SUS (SCHEFFER, 2006, p. 316).

Na perspectiva assinalada acima acerca de democracia, esta convida para um (re)pensar sobre as relações de poder entre os homens. O conceito de **humanização** na ABS diz respeito à possibilidade de se constituir uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo, ou ainda, conforme está explícito no documento da Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), refere-se à necessidade de se respeitar o outro como um ser singular e digno (DESLANDES, 2004). Campos (2006) apresenta o singular como algo situacional, entendendo que “a síntese do singular é o produto do encontro entre os sujeitos em um dado contexto organizacional, cultural, político e social” (CAMPOS, 2006, p. 65). Esses conceitos nos remetem a refletir a necessidade de (des)construção de práticas adotadas historicamente como se todos os seres humanos fossem iguais em suas manifestações.

É importante retomar que o objetivo do NASF envolve a ampliação da abrangência e do escopo das “ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, com vistas a auxiliar o desenvolvimento e a organização do processo de trabalho no NASF, o Ministério da Saúde enfatiza algumas ferramentas tecnológicas que poderão ser utilizadas por todo profissional de saúde que atua na ABS. A compreensão conceitual destas ferramentas poderá auxiliar o profissional de educação física a realizar intervenções articuladas com os pressupostos do SUS e entendendo a importância do trabalho em equipe, de modo que as competências profissionais derivadas deste movimento possam realmente ir ao encontro das necessidades de saúde do território ao qual o profissional está referenciado.

Entre as ferramentas tecnológicas, o NASF precisa operar com a **clínica ampliada** e esta se pauta por recorrer a uma abordagem que evite o privilégio excessivo a alguma matriz de conhecimento disciplinar. Ampliar a clínica significa que os profissionais de saúde, na sua prática de atenção aos usuários, devem ajustar os conhecimentos técnicos de cada profissão às necessidades dos usuários (BRASIL, 2009a).

Outra ferramenta é o **Projeto Terapêutico Singular** que é definido como “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário” (BRASIL, 2009a, p. 27).

Um conceito que pode ser agregado na ABS, quando se pensa o trabalho em equipe interdisciplinar, é a compreensão do que é conhecimento “nuclear” do especialista que é aquele conhecimento específico da formação de cada profissional enquanto campo, e o que pode ser considerado conhecimento comum e compartilhável entre os integrantes da equipe de saúde e o especialista. É neste contexto que se encontra o conceito de **apoio matricial**, “formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência” (BRASIL, 2009a, p. 12).

Segundo as diretrizes do NASF, o apoio matricial compreende duas dimensões de suporte: a dimensão assistência e a dimensão técnico-pedagógica. A primeira é aquela que representa a ação clínica direta com os usuários, como por exemplo, um profissional de educação física poderá auxiliar diretamente num grupo de hipertensos ao avaliá-los visando à prescrição de práticas corporais/atividades físicas mais adequadas para sua condição de saúde, realizando esta ação em

conjunto com o grupo de profissionais de saúde que são a referência deste grupo específico, ou seja, seu apoio será em utilizar o seu conhecimento específico para compor uma prática de atenção em consonância com as ações que já estão sendo encaminhadas pela equipe de saúde de referência.

Com relação à dimensão técnico-pedagógica do processo de trabalho no NASF, podemos exemplificar da seguinte forma: um profissional de educação física que está referenciado a mais de uma equipe de saúde da família poderá planejar reuniões com os diversos profissionais de saúde, de modo a produzir, prover e trocar informações sobre os cuidados para a prática da caminhada e, desse modo, os profissionais terão maiores condições de assumir responsabilidades junto aos grupos de práticas corporais/atividade física, portanto, nota-se que esta dimensão engloba a capacidade do profissional em produzir apoio educativo com e para a equipe interdisciplinar de saúde.

Por fim, outra ferramenta tecnológica é o **Projeto de Saúde do Território** que, a partir do conceito ampliado de saúde e da compreensão sobre a complexidade que representa o trabalho em saúde, quando se consideram seus determinantes sociais, pretende ser “uma estratégia das equipes de saúde da família [...] para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais” (BRASIL, 2009a, p. 29). Segundo este mesmo documento, o Projeto de Saúde do Território tem a intenção de servir como um catalisador das ações locais, procurando a melhoria da qualidade de vida da comunidade e a diminuição das vulnerabilidades de um determinado território.

Ao discorrermos sobre esses conceitos, princípios ou expressões “próprios” do setor saúde, não tivemos a intenção de esgotar o que já foi estudado sobre os mesmos, mas, somente, trazer uma breve compreensão dos mesmos para o contexto do nosso estudo, entendendo que para cada um destes termos pode ser necessário o desenvolvimento de uma investigação mais abrangente, relacionando-os à temática educação física e ABS, de modo a auxiliar na contextualização da atuação do profissional de educação física pautada por esses arranjos e conhecimentos assinalados.

O Caderno de Atenção Básica, com foco no papel e nas atribuições do NASF, qualificou o processo de organização, gestão e planejamento desta estratégia junto

às equipes de saúde da família, definindo o papel e o modo de inserção do profissional de educação física, porém, alerta para o entendimento de que as orientações não devem ser interpretadas como se fossem exclusivas para o profissional de educação física, mas sim, como resultado da interação com todos os profissionais que atuam nesta área estratégica. De uma forma geral, as diretrizes para as práticas corporais/atividades físicas desenvolvidas no NASF estão pautadas em ações de promoção e desenvolvimento: do lazer, da inclusão social, de ações intersetoriais, do trabalho interdisciplinar e em equipe, das ações de educação em saúde, das intervenções que favoreçam a coletividade, do conhecimento do território, da avaliação dos resultados e do fortalecimento do controle social e da organização comunitária como princípios de participação política (BRASIL, 2009a).

Outro avanço importante que demonstra uma maior proximidade entre a área da educação física com o setor de saúde pública é a sua participação como uma das possíveis profissões<sup>4</sup> em residências multiprofissionais em saúde.

As residências multiprofissionais se constituem como um formato de curso de pós-graduação *lato sensu* caracterizado pelo ensino em serviço, que utiliza como eixo pedagógico, metodologias participativas e a educação permanente. Como este modelo envolve a participação de 13 profissões, apesar da reconhecida importância que possui o conhecimento nuclear de cada profissão, o seu grande diferencial está na interdisciplinaridade, dando grande ênfase também a aspectos relacionados diretamente à ABS, tais como: concepção ampliada de saúde; integração ensino-serviço-comunidade; integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas; descentralização e regionalização contemplando necessidades locais, regionais e nacionais de saúde; considerar a integralidade em todos os níveis de atenção e de gestão, entre outros (BRASIL, 2007; MARTINEZ; BACHELADENSKI, 2009).

Um marco importante para estimular uma participação ainda maior do profissional de educação física no desenvolvimento de ações vinculadas ao contexto do SUS foi a aprovação, no ano de 2006, da Política Nacional de Promoção da

---

<sup>4</sup> De acordo com a Portaria Interministerial nº 45/2007, as profissões que integram os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde são: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2007).

Saúde (PNPS). A temática prática corporal/atividade física foi escolhida como um das áreas prioritárias<sup>5</sup> desta política que tem como objetivo principal:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006a, p. 17).

As diretrizes da PNPS apontam a necessidade de realização de ações em quatro diferentes frentes para a área prioritária de prática corporal/atividade física: a) ações na rede básica de saúde e na comunidade; b) ações de aconselhamento e divulgação; c) ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros; e d) ações de monitoramento e avaliação (BRASIL, 2006a).

Desde 2005, o Ministério da Saúde vem possibilitando o desenvolvimento de projetos em municípios e estados para a atuação em promoção da saúde por meio de incentivos financeiros vinculados a convênios, editais e portarias. Estes projetos financiados constituem uma rede de parceiros denominada de Rede Nacional de Promoção da Saúde (RNPS) e englobam ações de todos os eixos prioritários da PNPS, alcançando, em 2009, o número expressivo de 1.500 parceiros com projetos nos vários eixos, contudo, como há uma ênfase muito maior em projetos focados no eixo de práticas corporais/atividade física, esta rede foi considerada a Rede Nacional de Atividade Física (RNAF) (KNUTH et al., 2010).

### **3.3. Políticas institucionais e produção de conhecimento em Educação Física e Atenção Básica à Saúde**

Mesmo encontrando apontamentos sobre a relação entre educação física e o serviço público de saúde na última década do século XX e no início do século XXI (BATTAGLION NETO, 1998; BAGRICHEVSKY et al., 2006; FRAGA; WACHS, 2007), ainda existe uma necessidade premente em discutir e elaborar ações que

---

<sup>5</sup> A Política Nacional de Promoção da Saúde é constituída pelas seguintes áreas prioritárias: divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde, alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006a).

possibilitem um maior estreitamento entre essas áreas, em especial, no contexto da ABS.

Vale destacar que a Atenção Primária à Saúde, denominada no Brasil de Atenção Básica à Saúde, ganhou destaque particular em 2006, com a implantação da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b), tendo como um dos elementos fundamentais a necessidade da estruturação do trabalho por meio de uma equipe multiprofissional. Tal como foi enfatizado pelos documentos oficiais descritos no capítulo anterior, pesquisas atuais têm reforçado a importância do profissional de educação física estar se inserindo nos espaços de ABS, compondo essa equipe multiprofissional (CARVALHO; FREITAS, 2006; MONTEIRO; GONÇALVES, 2000; QUINT et al., 2005).

Cabe destacar que em 1997, a partir da Resolução 218/97, o profissional de educação física passou a ser considerado “oficialmente” um profissional da área da saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1997), ratificando assim, de forma mais evidente, a possibilidade deste profissional fazer parte de uma equipe multiprofissional de saúde. Esta resolução parte do entendimento de que saúde é um direito de todos, destacando a integralidade da atenção à saúde e a participação social como questões fundamentais neste processo. Reforça também a importância da ação interdisciplinar e, por consequência, reconhece 13 categorias profissionais de ensino superior<sup>6</sup> como sendo profissões da área da saúde. Esses enunciados conferem compromisso ético e político com o SUS.

Observando o texto da Lei nº 9.696/1998 que regulamenta a profissão de educação física, e também, o Estatuto do Conselho Federal de Educação Física, é possível verificar alguns aspectos que comportam características de competências inerentes ao profissional de educação física para atuar junto ao sistema público de saúde (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 1998):

Art. 8º - compete exclusivamente ao Profissional de Educação Física [...] participar de equipes multidisciplinares.

Art. 9º - O Profissional de Educação Física é especialista em atividades físicas, nas suas diversas manifestações – [...] lazer, recreação, reabilitação, ergonomia, relaxamento corporal, ioga, exercícios compensatórios à atividade laboral e do cotidiano e outras práticas corporais, sendo da sua competência prestar serviços que favoreçam o desenvolvimento da educação e da saúde, contribuindo para a capacitação e/ou restabelecimento de níveis adequados de desempenho e

---

<sup>6</sup> As categorias profissionais contempladas pela Resolução 218/1997 são: assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

condicionamento fisiocorporal dos seus beneficiários, visando à consecução do bem-estar e da qualidade de vida, [...] da prevenção de doenças, de acidentes, de problemas posturais, da compensação de distúrbios funcionais, contribuindo ainda, para consecução da autonomia, da auto-estima, da cooperação, da solidariedade, da integração, da cidadania, das relações sociais e a preservação do meio ambiente [...].

Art. 10 - O Profissional de Educação Física intervém segundo propósitos de promoção, proteção e reabilitação da saúde [...] (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 1998).

O Conselho Federal de Educação Física (Confef) ainda precisava se posicionar de forma mais específica sobre esta temática e, neste sentido, em 2010, chancelou a publicação de um documento com o objetivo de orientar condutas e procedimentos do profissional de educação física na atenção à saúde, nos níveis primário, secundário e terciário (SILVA, 2010). Porém consideramos que este material ainda necessita de investimento no sentido de promover uma discussão ampliada sobre o mesmo, pois demonstra uma visão biomédica, curativa e reducionista do processo saúde-doença quando: concentra esforços, relativamente maiores, para as ações voltadas ao enfoque na doença ou nos benefícios biológicos; não contempla, na discussão, estudos que analisam a relação educação física e saúde, a partir da incorporação de referenciais das ciências sociais em saúde, da saúde pública e da saúde coletiva; concentra um direcionamento maior para os processos avaliativos que enfatizam parâmetros fisiológicos, em detrimento de uma maior consideração dos determinantes sociais de saúde; e, não indica a necessidade de ações que favoreçam o desenvolvimento da autonomia e do empoderamento dos usuários em relação a sua saúde.

Em relação à produção científica discutindo a educação física no contexto da ABS, esta tem aumentado visivelmente nos últimos anos, tanto em periódicos da área da educação física quanto naqueles da área da saúde pública, sendo possível encontrar produções descrevendo ações específicas de programas ou projetos vinculados a esta temática. No início, as ações eram descritas de forma mais geral, somente citando a presença do profissional de educação física junto ao Sistema Único de Saúde (COELHO; OLIVEIRA; CANUTO, 2004; LUCENA et al., 2004), porém, na atualidade, as ações têm sido descritas com muito mais detalhamento, demonstrando a consolidação dessas iniciativas junto ao serviço público de saúde.

Avançam as discussões relacionadas à formação do profissional de educação física com vistas a sua atuação na ABS (ANJOS; DUARTE, 2009; PASQUIM, 2010) e ensaios discorrendo sobre as tensões que envolvem a dicotomia, biológico e

social, nas ações de atividade física voltadas para a saúde coletiva (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2005; CARVALHO, 2005; CARVALHO; FREITAS, 2006; MONTEIRO; GONÇALVES, 2000; PALMA, 2001).

Outra constatação importante é que muitas pesquisas na área da educação física têm utilizado as unidades básicas de saúde como locus de estudo para diferentes temas, tais como: assistência a pessoas com *diabetes mellitus* (SILVEIRA et al, 2010), efeito do exercício físico sobre o peso corporal (ALVES et al., 2008), prevalência de sedentarismo (SIQUEIRA et al., 2008), entre outros.

Atualmente também é possível identificar em periódicos correntes a citação de pesquisas sobre programas ou projetos de promoção das práticas corporais/atividade física no sistema de saúde. O primeiro programa de incentivo à prática de atividade física vinculado ao sistema público de saúde de que se tem registro é o “Serviço de Orientação ao Exercício” (SOE) (VENTURIM; MOLINA, 2005), situado na cidade de Vitória/ES e que desde 1990 desenvolve suas ações informando, orientando e oferecendo atividades físicas em espaços públicos.

Nas cidades de Recife, Aracaju e Belo Horizonte estão em atividade programas como o nome de Programa Academia da Cidade (PAC). Esses programas concebidos nos anos de 2002, 2004 e 2006, respectivamente, têm como característica comum o fato de terem sido criados no interior da Secretaria Municipal de Saúde.

Os profissionais de educação física, que ali atuam, são contratados “exclusivamente” para atuarem no setor da saúde. Essa característica, além de ser um “motor” para a ampliação dos espaços de atuação profissional do professor de educação física, concede a esse profissional uma maior chance de ampliar sua visão sobre os aspectos que envolvem sua atuação num ambiente de saúde pública.

A breve descrição dos programas acima não tem a intenção de colocá-los como as únicas intervenções de programas de incentivo à prática de atividade física no Brasil, nem mesmo, destacá-los como os mais efetivos, pois, na última década, muitos são os projetos que têm desenvolvido suas ações vinculadas à ABS em diferentes regiões do país (GOMES; DUARTE, 2008; NAKAMURA et al., 2010). Reforçando esta constatação, Malta, Castro, Gosh et al. (2009) citaram que uma primeira análise, realizada em 2006, sobre a avaliação de 132 projetos de atividade

física financiados pelo Ministério da Saúde, concluiu que cerca de 70% desses projetos focalizam suas ações em unidades básicas de saúde.

Em consonância com a PNPS e em articulação com instituição de ensino e pesquisa, o Ministério da Saúde tem proposto alguns estudos de monitoramento e avaliação no campo das práticas corporais/atividade física, tais como: avaliação das intervenções para a promoção de atividade física ofertada pela Prefeitura Municipal de Curitiba, por meio do programa CuritibAtiva (HALLAL; CARVALHO et al., 2009); avaliação quali-quantitativa do programa Academia da Cidade, de Recife, a partir da visão que os professores que atuam no programa constroem em relação à proposta do mesmo (HALLAL; REIS et al., 2009); avaliação da satisfação dos usuários participantes do programa Academia da Cidade, de Recife (HALLAL; TENÓRIO et al., 2010), entre outras.

Diante desse panorama, pode-se considerar o “casamento” da área da educação física com a ABS como um fato “consumado”. No entanto, essa relação, tal qual a relação conjugal, é algo que nunca está totalmente acabada, deve ser construída todos os dias, principalmente nos primeiros anos de convivência, de forma que as bases desse vínculo sejam bem fundamentadas.

Sendo assim, podemos afirmar que já é fato que a educação física tem seu lugar no contexto da ABS, contudo, discutir, propor e levantar as competências profissionais nessa área, na perspectiva do trabalho multiprofissional, desenvolvendo ações de tratamento, reabilitação, prevenção e, essencialmente, promoção da saúde, ainda demanda grandes esforços articulados.

### **3.4. Atividade física ou práticas corporais na Atenção Básica à Saúde**

Nos últimos anos, quando se fala na relação educação física e saúde, o termo mais citado é “atividade física e saúde”. Essa prática tem sido associada à possibilidade de melhoria da saúde das pessoas desde a Antiguidade em diversos contextos: para os gregos a atividade física fazia parte constituinte de uma vida saudável; segundo Platão, um cidadão educado deveria saber ler e nadar; Galeno, afirmava que a vida sedentária trazia efeitos deletérios e o exercício, efeitos

benéficos; e Comenio sustentava a tese de que os jogos e os exercícios eram úteis e importantes para a educação moderna (NOGUEIRA; PALMA, 2003).

Para Nahas (2003), não se discute mais se a atividade física habitual tem relação com a saúde ou não. Segundo ele, os estudos têm indicado claramente existir uma associação inversa entre os níveis de atividade física e a incidência de diversas doenças. Em síntese, os benefícios são:

Reduz risco de morte prematura por todas as causas; reduz o risco de morte por doenças cardíacas; reduz o risco de desenvolver diabetes; reduz o risco de desenvolver hipertensão; ajuda no controle da pressão arterial em pessoas hipertensas; reduz a sensação de depressão e ansiedade; mantém a autonomia e a independência do idoso; auxilia no controle de peso corporal; auxilia no desenvolvimento e manutenção de ossos, músculos e articulações saudáveis; e, ajuda indivíduos idosos a manter a força muscular e o equilíbrio, dando-lhes mobilidade e reduzindo as quedas (NAHAS, 2003, p. 130).

Nessa visão de prevenção de doença, o entendimento do termo atividade física emana, na maioria das vezes, de uma visão mais biológica centrada na doença e associada ao gasto de energia, ou seja, se você anda 30 minutos você gasta em média determinada quantidade de calorias; ou se você ingere 2.500 calorias é necessário correr tantos minutos para que não haja acúmulo de gordura. Doenças como a hipertensão e o diabetes são exemplos típicos desta preocupação da prática da atividade física atrelada diretamente à prevenção de uma doença específica.

Existe uma grande preocupação de profissionais de educação física em mostrar os benefícios fisiológicos da atividade física para os praticantes, ou mesmo, como forma de convencimento para aumentar a adesão à prática. Por outro lado, as academias têm um significativo apelo para os possíveis benefícios estéticos, sem uma preocupação com o significado desta prática para cada indivíduo.

Ao discutir prática de atividade física frente às desigualdades sociais, Waissmann (2003) conceitua atividade física como “meio de relevância para a promoção do bem-estar e da saúde das coletividades, no que não se incluem práticas que sirvam como fator de amplificação de desigualdades” (p. 72). Este conceito, ao se preocupar com as desigualdades, se distancia do conceito focado somente em aspectos biológicos.

Em um estudo que envolveu a análise de 22 artigos abordando a atividade física como prevenção primária de doença arterial coronariana (DAC) e seus fatores de risco, o autor concluiu que

[...] há necessidade de resgatar a autonomia do sujeito tido como “paciente”, estimulando-o a uma participação ativa no processo de lidar com sua saúde. Sugerimos que considerar a atividade física como uma prática corporal orientada pelas necessidades individuais e implementada de acordo com as realidades locais, alinhada com os princípios da atenção primária à saúde, pode ser uma ferramenta-chave ao lidar com o indivíduo portadores de DAC (BARBOSA, 2006, p. 130).

Apesar de ser uma pesquisa com ênfase na atividade física para prevenção e recuperação de pacientes com uma doença específica, podemos verificar a preocupação do pesquisador em introduzir em suas conclusões aspectos relacionados à visão mais ampliada de promoção de saúde, tais como, a autonomia e a participação do sujeito no processo de saúde-doença-cuidado.

Alguns estudos já evidenciam uma tentativa de pensar a atividade física para além da visão de prevenção. Portanto, quando nos referimos à potência que a atividade física tem para contribuir efetivamente nas ações de promoção da saúde, estamos nos embasando em documentos e autores que defendem a inserção da atividade física ou das práticas corporais alicerçadas numa visão ampliada de promoção da saúde (BAGRICHEVSKY et al., 2006; BAGRICHEVSKY; PALMA; ESTEVÃO, 2003; CARVALHO, 2004, 2006; LUZ, 2007).

Quando Palha (2001) descreve os resultados do seu trabalho, destaca que inicialmente o grupo de pessoas do Programa de Integração Comunitária (PIC) foi arregimentado por meio da atividade física com vista à melhoria de sua saúde, porém, a partir desta iniciativa e em consonância com outras atividades, as pessoas tiveram a possibilidade de agregar outros significados, especialmente com relação ao exercício da cidadania.

Numa outra tese, também ligada ao PIC, Oliveira (2005) enfatiza a perspectiva de inclusão social de pessoas da terceira idade como um desdobramento da participação em programas de condicionamento físico. Ele relata que, além da perspectiva de ganho em condicionamento físico, é significativa a busca dos participantes pela quebra da inércia, pelo convívio social e pelo lazer. Tais resultados demonstram que estes programas representam um elemento importante para o enfrentamento cotidiano das pessoas que vivem na terceira idade, levando-as a uma postura ativa frente aos desafios da vida diária, além de incrementar o processo de socialização e recuperação da autoestima na interação social.

O fortalecimento dos laços de solidariedade na comunidade que resulta das práticas corporais realizadas junto a serviços públicos de saúde tem tanta importância como estratégia de promoção da saúde, quanto os resultados mais imediatos de incremento da atividade física na prevenção e no controle de problemas de saúde (CARVALHO, 2006, grifo nosso).

Com relação ao conceito de práticas corporais e atividade física, vale destacar que estes não são sinônimos. Conforme discute Carvalho (2006), as práticas corporais ampliam o conceito da atividade física sem desconsiderar as ciências biológicas, pois compreende esta dimensão como componente fundamental do humano. O conceito de atividade física está mais limitado numa determinada atividade muscular e no gasto de energia necessário para executá-la. Por outro lado, quando falamos em práticas corporais, estamos nos referindo ao ser humano em movimento, sua gestualidade, os seus modos de se expressar corporalmente, onde são atribuídos valores, sentidos e significados ao conteúdo e à intervenção.

Por fim, emprestamos as palavras de Goulart (2000, p. 232) que escreve

Creio que temos realmente que pensar em uma saúde pública/coletiva capaz de operar conceitos e práticas de promoção e vigilância à saúde capazes de dar conta, por exemplo, de questões como estética corporal, prazer sexual, fruição da vida, desejo de ócio digno – da busca da felicidade, enfim.

Nesta pesquisa, o que se defende é um conceito de prática corporal que não desconsidere, mas também, não se limite aos benefícios fisiológicos da atividade física e, neste sentido teremos como norte o que foi descrito por Warschauer et al. (2007) com base em um texto de Carvalho (2006). O grande avanço deste conceito é a distinção significativa que os autores fazem entre a prática corporal e os conceitos de atividade física e exercício físico:

O conceito das práticas corporais [...] considera o ser humano em movimento, ou seja, estuda e considera sua gestualidade, os seus modos de se expressar corporalmente, atribuindo valores, sentidos e significados ao conteúdo e à intervenção. [...] Agrega as diversas formas do ser humano se manifestar por meio do corpo e contempla as duas racionalidades: a ocidental (modalidades esportivas, ginásticas, caminhadas, como exemplos) e a oriental (Tai-Chi, Lian Gong, Yoga, entre outras) (WARSCHAUER et al., 2007)

O que se espera desse conceito de práticas corporais é que ele se torne operacional no contexto da ABS, porém, não somente como uma nova renomeação do que já existe enquanto cultura corporal do nosso povo, mas que aponte para

um novo entendimento e, conseqüentemente para uma mudança das orientações no campo das políticas públicas dirigidas para a produção de

saúde no país: mais distribuídas e mais sintonizadas com os interesses, necessidades e desejos da população (CARVALHO, 2006, p. 45).

Adotaremos para a presente pesquisa o conceito acima, entendendo que este tem maiores condições de possibilitar uma atuação contextualizada do profissional de educação física na ABS, pois, este conceito é compreendido a partir de “olhares” advindos das ciências humanas, sociais, das artes, da filosofia, dos saberes populares, e também das ciências biológica e naturais, com potência para valorizar as iniciativas com foco na interdisciplinaridade, na intersetorialidade e na integralidade da atenção, componentes estes que são primordiais para se pensar o trabalho em saúde na ABS.

Um último esclarecimento se faz importante neste momento, os termos atividade física e práticas corporais serão utilizados neste estudo, a maioria das vezes, de forma atrelada: “prática corporal/atividade física”. Esta decisão está fundamentada, principalmente, pelo uso corrente que o Ministério da Saúde tem adotado desta forma de citação nos documentos que envolvem as ações de prática corporal e de atividade física no sistema público de saúde, como é o caso da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006a), da portaria de criação do NASF (BRASIL, 2008), das diretrizes do NASF, e outros, que geralmente são decorrentes destas políticas.

### **3.5. Competência: conceituação e diferentes abordagens**

No senso comum, competência é uma palavra utilizada para designar que uma pessoa é qualificada para realizar alguma coisa, no entanto, ainda não existe no meio acadêmico um consenso sobre este termo e vários são os autores que discutem e apresentam este assunto sob diferentes perspectivas.

Ao desenhar um debate sobre o conceito de qualificação e a noção de competência, Ramos (2002) afirma ser este um campo atravessado por indefinições. Segundo este autor, a emergência da noção de competência suscita pelo menos três propósitos: a) a reordenação conceitual da compreensão sobre a relação trabalho-educação; b) a institucionalização de novas formas de educar/formar; c) a

formulação de padrões de identificação da capacidade “real” do trabalhador para determinada ocupação.

A presente pesquisa tem uma proximidade maior com o terceiro propósito, pois, ao construir uma lista de competências profissionais, não se pretende “engessar” as ações do profissional, mas sim, fazê-lo refletir sobre as possibilidades e potencialidades de uma atuação profissional em um contexto relativamente novo para a área da educação física.

Atualmente, identificam-se na literatura quatro diferentes propostas metodológicas de desenvolvimento de competências: a condutivista, a funcionalista, a construtivista e a dialógica, as quais serão apresentadas a seguir, destacando-se as características mais evidentes de cada uma das abordagens.

A abordagem condutivista, teve origem nos Estados Unidos e tem como propósito a identificação de tarefas, determinando o que um indivíduo pode fazer, independente da situação ou da circunstância (LALUNA, 2007). Para uma atuação profissional baseada nesta abordagem, são formulados objetivos intermináveis e fragmentados, traduzidos em termos de padrões de comportamento e práticas observáveis. Neste sentido, são definidos três tipos de competências: mínimas, específicas e genéricas, que, depois de identificadas, devem servir como orientação aos programas de formação e também ao exercício profissional. O cunho pragmático desta abordagem enfoca que todo conhecimento provém da experiência, e a aprendizagem é entendida como processo de modelação do sujeito, mediante estímulos e respostas, de onde surgem as atitudes, os conceitos e os valores, pressupondo, assim, um sujeito passivo na sua relação com o objeto.

Essa abordagem limita a atuação do profissional à noção de ocupação, construída a partir da agregação dos postos com características similares. Não se considera que o trabalhador precisa desenvolver a compreensão sobre o processo de trabalho por inteiro e, neste sentido, não se compromete com um tipo de formação ampla, preocupada com tarefas imprevistas. O processo de desenvolvimento das competências está baseado na repetição e no reforço de normas e tradições, não sendo consideradas as mediações políticas, sociais e pessoais que determinam alterações importantes no conteúdo e no modo de se realizar o trabalho (ARAUJO, 2001).

Outra abordagem é a funcionalista, que, além da tarefa, inclui o detalhamento de funções, desconsiderando os atributos (conhecimentos, habilidades e atitudes) e valorizando os resultados, sem se preocupar com os processos. Se na concepção anterior havia uma lista de tarefas, nesta, uma lista de conhecimentos e de especificações de avaliação são agregadas às tarefas (LIMA, 2005).

Segundo essa abordagem, a identificação de competências deverá ser feita a partir da relação entre objetivos produtivos colocados como problemas e as possíveis soluções para os mesmos. O trabalhador competente é aquele que consegue cumprir exitosamente os objetivos definidos pela empresa e produzir resultados esperados. A abordagem funcionalista avança em relação à condutivista, pois está delimitada pela noção de função, que é mais ampla que a noção de posto de trabalho, porém, ainda se mostra restrita ao considerar somente atividades similares e voltadas para uma mesma função produtiva principal (ARAUJO, 2001).

A próxima abordagem é a construtivista que inclui a relação das funções e tarefas com o seu entorno. É uma forma de adaptação das capacidades pessoais às tarefas, priorizando o desempenho. Para esta abordagem, o profissional competente é aquele que sabe dar respostas eficientes tendo em vista o contexto onde as ações são desenvolvidas, corrigindo problemas existentes nas situações de trabalho (LALUNA, 2007).

A abordagem construtivista, de origem francesa, está voltada para a construção social da competência e para a relação entre as capacidades individuais e coletivas. Por ser fortemente orientada pelo trabalho, a construção dos conteúdos para um determinado emprego envolve uma maior participação de trabalhadores e organizações, com menor envolvimento de formadores. Apesar de esta abordagem ser definida de uma maneira mais ampliada e a partir do trabalho, a competência é expressa por uma lista de atividades e, portanto, também está focalizada em resultados (LIMA, 2005).

Na abordagem construtivista, a identificação das competências se dá a partir das deficiências apresentadas pelos próprios trabalhadores que demonstram uma menor capacidade e, apesar da afirmação de que esta abordagem possibilita o aumento da participação e a autonomia dos trabalhadores, estas características estão condicionadas ao que se espera que um trabalhador faça, tendo em vista corrigir possíveis “disfunções” identificadas no contexto do serviço. Esta abordagem

somente considera as variáveis tecnológicas, e não, os fatores pessoais, sociais, culturais e econômicos que também são determinantes para o surgimento de imprevistos, durante o processo de trabalho. (ARAUJO, 2001).

A última abordagem, a dialógica, é de procedência australiana e propõe a integração entre os atributos e as diferentes construções sociais que a tornam legítima. O entendimento de competência desta abordagem está na combinação de uma complexa rede de atributos na ação, considerando o contexto e incorporando a ética e os valores como elementos do desempenho competente. Esta abordagem necessita ser construída no diálogo entre a formação e o mundo do trabalho, onde as práticas profissionais são desenvolvidas. Portanto, considera-se “a história das pessoas e das sociedades nos seus processos de reprodução ou de transformação dos saberes e valores que legitimam os atributos e os resultados esperados numa determinada área profissional” (LIMA, 2005, p. 371).

Com base nessa última abordagem, podemos afirmar que são nas situações cotidianas da prática profissional que uma competência tem maiores chances de ser construída, pois é neste ambiente que o profissional tem condições de utilizar todos os seus conhecimentos e habilidades, ressignificados por meio do conjunto de seus valores pessoais, para mobilizar diferentes recursos com vistas a solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações.

Diante do caráter polissêmico que envolve o termo competência, Ramos (2002) procura ter outra perspectiva para tecer uma definição, enfatizando, então, que competência deve ser entendida como uma noção apropriada ao pensamento pós-moderno, considerando-a como um mecanismo de adaptação dos indivíduos à instabilidade da vida, por construir os instrumentos simbólicos que permitem interpretar a realidade a seu modo e construir modelos significativos e viáveis para seus projetos pessoais.

É imprescindível o entendimento de que a prática profissional e, conseqüentemente, as competências profissionais, se desenvolvem dentro de um determinado contexto carregado por uma construção histórica ao mesmo tempo em que é construída socialmente. Neste sentido, Desaulniers (1997) enfatiza que algumas questões precisam ser destacadas, ao se utilizar o termo competência:

- ela é uma categoria de análise construída socialmente e, portanto, condensa elementos significativos do desenvolvimento capitalista ocorrido nas últimas décadas;
- a sua construção baseia-se nos saberes que constituem a qualificação profissional, porém, isto não significa que as duas, qualificação e competência, não possam ocorrer de modo simultâneo, desde que o “saber-fazer” seja substituído pelo “saber-ser”, entendendo este último como a capacidade de articular inúmeros saberes em face dos desafios encontrados no mundo do trabalho;
- a produção de cunho científico que tem ocorrido sobre este fenômeno minimiza o risco de se incorrer em meras transposições dos modelos construídos em outras bases culturais;

- o processo de construção da competência, ao se basear em habilidades que envolvem todas as dimensões do indivíduo, com ênfase na capacidade de crítica e de autonomia, no espírito de iniciativa com audácia, na responsabilidade e na flexibilidade em face da mudança e do inusitado, [...] implica rupturas tanto na dinâmica interna dos espaços institucionais voltados a esse tipo de formação, como também na própria dinâmica dos demais espaços sociais em que esse indivíduo atua como cidadão. Tais rupturas tendem a produzir novas possibilidades à construção da cidadania (DESAULNIERS, 1997, p. 52-53).

De acordo com a legislação da Organização Internacional do Trabalho (OIT), Witt (2005) classifica as competências em básicas, genéricas e específicas. As básicas são resultantes do processo de escolarização. As competências genéricas referem-se a comportamentos profissionais próprios de desempenho em diferentes setores ou atividades e usualmente estão relacionadas à interação com tecnologias mais abrangentes.

Na ABS, seriam aquelas competências que os profissionais de todos os níveis de formação deveriam ter para desenvolver seu trabalho. As competências específicas são aquelas diretamente relacionadas com o exercício de ocupações concretas na área específica do profissional, não sendo facilmente transferíveis de um a outro âmbito profissional.

As diferentes abordagens sobre competência possibilitam a ampliação do nosso olhar em relação a este tema, ao mesmo tempo, que nos incita para uma definição acerca da perspectiva que este termo será tratado na pesquisa.

Um documento do Ministério da Saúde que propõe a elaboração do perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde serviu como um dos

parâmetros para alicerçar essa decisão (BRASIL, 2004). A justificativa de nossa opção se dá pelo fato de ser este um documento alinhado com as políticas públicas de saúde no Brasil, o que coaduna com as pretensões da presente pesquisa. Assim sendo, o conceito de competência profissional adotado pelo Ministério da Saúde define competência profissional como a

“capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades” (BRASIL, 2004, p. 5).

Diferentemente de outros estudos clássicos sobre a organização e gestão do trabalho, o documento do Ministério da Saúde destaca que este conceito de competência está baseado numa

“visão do trabalho como um conjunto de acontecimentos, com forte dose de imprevisibilidade e baixa margem de prescrição [...]. Tal acepção, por sua vez, implica reconceitualização da qualificação profissional, deixando de ser a disponibilidade de um “estoque de saberes”, para se transformar em “capacidade de ação diante de acontecimentos” (BRASIL, 2004, p. 5).

O termo competência também tem sido relacionado à capacidade de se articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade numa dada situação concreta de trabalho e num determinado contexto cultural, porém, como destaca Deluiz (2001), antes de ser um conjunto de conhecimentos profissionais, a competência é uma atitude social.

Pela proposta de construção coletiva da presente pesquisa, notamos que as competências descritas englobam aspectos objetivos (cognição e a ação) e subjetivos (valores, atitudes e convicções) relacionados às diferentes dimensões das competências. Sobre este aspecto, Durand (2000) propôs um conceito de competência baseado em três dimensões: conhecimentos, habilidades e atitudes, de acordo com as chaves do aprendizado individual idealizadas por Pestalozzi<sup>7</sup> (Figura 1). Este conceito diz respeito à união destas dimensões para a consecução de um determinado propósito.

---

<sup>7</sup> Henri Pestalozzi (1746-1827), pedagogo suíço, idealizou a educação como o desenvolvimento natural, espontâneo e harmônico das capacidades humanas que se revelam na tríplice atividade da cabeça, das mãos e do coração (*head, hand e heart*), isto é, na vida intelectual, técnica e moral do indivíduo.

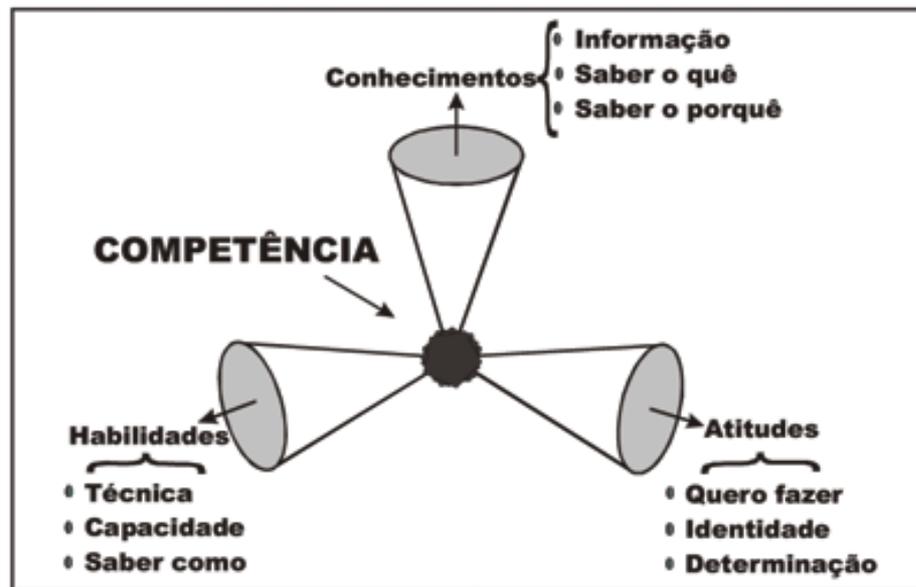


Figura 1 – Três dimensões da competência (Fonte: Durand, 2000)

Com base nas pesquisas desenvolvidas por Feitosa (2002) e Nascimento (1998), essas três dimensões definidas por Durand (2000) podem ser organizadas em diferentes categorias de indicadores.

Dimensão dos conhecimentos:

1. Conceitual: esta categoria do conhecimento é composta de conteúdos e ideias genéricas que constituem a matéria que vai ser ensinada. Diz respeito ao domínio de teorias envolvidas na construção do conhecimento específico para a área de atuação;
2. Procedimental: esta categoria é composta por conhecimentos de estratégias diferentes que são utilizadas para tornar acessível e compreensível o conteúdo que se ensina ou se desenvolve;
3. Contextual: está relacionada aos conhecimentos de características particulares do ambiente onde o profissional desempenha suas funções, bem como da clientela, no nosso caso, os usuários da ABS com a qual se atua. As competências deste componente compreendem o conhecimento de características específicas da estrutura e funcionamento do sistema público de saúde, incluindo as complexidades, potencialidades e expectativas existentes neste contexto.

#### Dimensão das habilidades:

1. Planejamento: esta categoria apresenta características relacionadas às ações de planejamento e construção de situações futuras, bem como de situações de ensino-aprendizagem;
2. Comunicação: é a capacidade de transmitir os conteúdos de forma clara e concisa;
3. Avaliação: é a habilidade de análise das atividades desenvolvidas, de percepção dos resultados obtidos, de averiguação de causas de sucesso e insucesso, bem como da caracterização do indivíduo e do contexto;
4. “Incentivação”<sup>8</sup>: habilidade de influenciar os interesses e os motivos dos sujeitos, de maneira a motivá-los à participação efetiva nas atividades propostas, ultrapassando dificuldades e insuficiências;
5. Gestão: ser capaz de racionalizar e gerir os recursos (pessoas, espaços, tempo e materiais).

#### Dimensão das atitudes:

1. Competências não técnicas: englobam características relacionadas a atitudes e valores, tendo como exemplo, características pessoais que não estão, necessariamente, ligadas ao exercício específico de uma função.

Nos estudos de Feitosa (2002) e Nascimento (1998), cada competência profissional foi apresentada e discutida demonstrando uma relação mais próxima com uma das categorias descritas. Ao se identificar uma competência numa determinada categoria, é imprescindível que se tenha em mente o caráter interdependente que as competências possuem, uma vez que, para que um indivíduo demonstre certa habilidade, presume-se que ele tenha conhecimento sobre os princípios e as técnicas específicas. Da mesma forma, a adoção de certa atitude, diante de uma situação inesperada no ambiente de trabalho, exige do trabalhador não apenas conhecimentos prévios, mas também habilidades apropriadas.

Ao considerarmos a competência profissional sob todas essas vertentes, temos a possibilidade de vislumbrar um trabalhador da área da saúde, em especial o profissional da educação física, como aquele que é capaz de conhecer a utilidade e

---

<sup>8</sup> “Incentivação”: esta palavra não existe no dicionário da língua portuguesa para o Brasil, porém, como esta divisão derivou de outras pesquisas, iremos manter este termo sempre entre aspas e com a mesma escrita que foi utilizada nestes estudos.

os impactos das ações que realiza, considerando aspectos teóricos e práticos de cada experiência, bem como a valorização do processo de interação no interior da equipe de trabalho e desta com os indivíduos e coletividades com as quais trabalha.

### **3.5.1. Competências profissionais na área da saúde**

Toda a proposta da presente pesquisa gira em torno de se pensar e discutir o estreitamento da relação entre as áreas da educação física e da saúde, com foco na ABS, tendo como imprescindível discutir a inserção deste profissional por meio de ações que desenvolvam práticas interdisciplinares.

Apesar de nem sempre o profissional de educação física estar inserido no contexto da ABS com uma compreensão de que o seu trabalho deve se desenvolver de forma interdisciplinar junto a uma equipe multiprofissional, acreditamos que os próprios desafios que este profissional encontrará neste contexto irão suscitar a preocupação de se juntar a uma equipe, ou mesmo, haverá situações em que outros profissionais de saúde sentirão a necessidade de se aproximar do profissional de educação física para articular os distintos conhecimentos, na perspectiva de lidar com problemas de naturezas distintas, que certamente não serão resolvidos somente com a utilização dos conhecimentos e habilidades do núcleo de competência específica.

Para se planejar a formação ou a prática profissional em saúde, Campos (1997) sugere a aplicação dos conceitos de Campo e de Núcleo. Por Campo de competência entender os saberes e responsabilidades comuns ou convergentes a várias profissões ou especialidades, ou, por exemplo, todo o saber básico sobre o processo saúde-doença, tais como: as questões mais gerais sobre as ações de promoção da saúde e prevenção de doença, conhecimentos sobre o funcionamento do corpo humano, conhecimentos e habilidades sobre a relação profissional/usuário, conhecimentos sobre situações de riscos epidemiológicos, entre outros.

Por Núcleo de competência entender o conjunto de responsabilidades e saberes específicos de cada profissão ou especialidade. São os elementos singulares que definem a identidade de cada profissional ou especialista, servindo

para diferenciar e demarcar o espaço de atuação entre os membros de uma mesma equipe de saúde (CAMPOS, 1997). Segundo este mesmo autor, o entendimento sobre os dois conceitos descritos anteriormente se torna imprescindível no desafio de se combinar numa mesma ação, graus de polivalência com um necessário e inevitável nível de especialização.

Ao apresentar o conceito de apoio matricial no Caderno de Atenção Básica sobre as diretrizes do NASF, o Ministério da Saúde também destaca que é fundamental na proposta do NASF que o profissional de saúde compreenda o que é conhecimento nuclear do especialista e o que é conhecimento comum e, portanto, compartilhável entre a equipe de saúde e o referido especialista.

Uma situação que exemplifica bem a preocupação com esta divisão pode ser a seguinte: uma determinada unidade de saúde possui um grande número de crianças com obesidade ou sobrepeso. Ao se propor um programa para lidar com este grupo de risco, a equipe de saúde terá de incorporar uma grande quantidade de conhecimentos e habilidades sobre o manejo de condições ligadas a este problema de saúde específico. O médico teria de investir uma grande energia da dimensão técnico-pedagógica, compartilhando conhecimentos com a equipe para que ela pudesse se aproximar da resolutividade desejada para estes casos. Isso vale também para o psicólogo, a nutricionista, o profissional de educação física ou para qualquer outro especialista que esteja participando desta equipe ou preste apoio matricial à mesma.

Com a preocupação de vislumbrar as competências que são próprias dos núcleos e dos campos de saberes e responsabilidades de cada profissão, ou pelo prisma do Ministério da Saúde, os conhecimentos que são nucleares ou comuns para cada profissional na sua atuação em equipe, alguns estudos têm sido propostos, utilizando, em suas discussões, aportes teóricos oriundos de referências sobre competências profissionais.

Silva e Tanaka (1999) desenvolveram uma pesquisa com o objetivo de identificar as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam na Atenção Básica à Saúde num município do interior do estado de São Paulo. Os resultados identificaram oito competências: trabalho em equipe, comunicação, gerência, orientada à comunidade, valores profissionais, tomada de decisão, resolver problemas e habilidades educacionais. Por se tratarem de competências gerais,

estas devem ser consideradas no trabalho em saúde como aquelas que deverão ser desenvolvidas por todos os profissionais de uma equipe de saúde.

Witt (2005) realizou uma investigação sobre o trabalho da enfermeira na ABS, tendo como objeto de estudo as competências gerais e específicas da enfermeira e sua contribuição para a construção do Sistema Único de Saúde e para a constituição das Funções Essenciais em Saúde Pública (Fesp). Ao final da coleta de dados, foram elencadas 25 competências (17 gerais e 8 específicas) pelo grupo de enfermeiras atuantes na rede básica e 28 competências (19 gerais e 9 específicas) pelo grupo de especialistas, constituído por enfermeiras que ocupam cargos na Secretaria Municipal de Saúde e por docentes de enfermagem em escolas de ensino superior. Para a discussão, estas competências foram classificadas em dez áreas de domínio: valores profissionais, comunicação, trabalho em equipe, gerência, orientada à comunidade, promoção da saúde, resolução de problemas, atenção à saúde, educacional e por fim, em ciências básicas da saúde pública.

Gontijo (2007) realizou um estudo onde procurou levantar as competências que são requeridas de um cirurgião-dentista em sua atuação na atenção primária em saúde. Após a aplicação da técnica Delphi, foram elencadas e analisadas 20 competências, sendo oito gerais e doze específicas. Para discussão dos dados, estas competências foram divididas em oito níveis, de acordo com a Resolução nº 4/1999, da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação: competências técnicas, organizacionais ou metódicas, comunicativas, sociais, pessoais, do cuidado, do serviço e sociopolíticas.

Procurando uma adequação aos princípios e diretrizes para a política de recursos humanos do SUS, o Ministério da Saúde elaborou uma proposta do perfil de competências profissionais para o Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2004). Devido a sua relevância e complexidade, a proposta foi submetida a um processo de consulta pública por meio eletrônico. Como pressuposto, partiu-se do entendimento de que a competência profissional incorpora três dimensões do saber: o saber-conhecer (conhecimentos), o saber-fazer (habilidades) e o saber-ser (atitudes). Com relação à dimensão do saber-ser, entende-se que ela é transversal a todas as competências, manifestando-se por meio da capacidade crítica, da reflexão e da mudança ativa de comportamento do próprio profissional em meio ao exercício de sua prática profissional.

Ao final da elaboração da proposta citada, o Ministério da Saúde sugeriu cinco competências: integração da equipe com a população; planejamento e avaliação; promoção da saúde; prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário; e, prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades. Para cada uma das competências, houve a descrição de uma série de habilidades e conhecimentos, no intuito de que estes possam gerar crítica, reflexão, compromisso e sensibilidade, segundo as competências esperadas deste trabalhador para atuar numa equipe de saúde. A intenção deste perfil é que as competências elencadas possam servir de subsídios para instituições formadoras na elaboração de programas político-pedagógicos de formação e de desenvolvimento baseados em conhecimentos, habilidade e atitudes.

Assim como esse trabalho desenvolvido pelo SUS, algumas pesquisas têm sido desenvolvidas com o objetivo de identificar as competências que são requeridas de um profissional de educação física nos diferentes contextos de atuação conforme veremos a seguir.

### **3.5.2. Competências do profissional de Educação Física: pesquisas realizadas e apontamentos para a saúde pública**

Nascimento (1998) realizou uma pesquisa bastante densa, envolvendo, como sujeitos, professores e estudantes brasileiros e portugueses, onde identificou as competências profissionais requeridas de um profissional para atuar em educação física e desportos. A terminologia aditiva “desportos” foi utilizada na ocasião para ampliar o alcance do estudo, pois a proposta não era se restringir somente ao profissional de educação física que atuava no sistema escolar, mas englobar as competências que eram requeridas deste profissional na enorme variedade de campos já existentes naquela época. Os resultados demonstraram 20 competências divididas em duas dimensões – conhecimentos e habilidades. Para a discussão dos dados, as competências ainda foram divididas em subgrupos dentro das dimensões citadas: a) conhecimentos: conceitual, procedimental e contextual; b) habilidades: planejamento, comunicação, avaliação, “incentivação”, gestão e autorreflexão. Como

conclusões mais importantes desta investigação, o autor destacou que o grupo de competências consideradas são imprescindíveis para a solução de problemas, bem como se constituem em fatores limitantes do desempenho profissional do indivíduo.

Feitosa (2002) realizou um estudo com o objetivo de estabelecer as competências específicas que são requeridas do profissional de educação física em três áreas distintas – treinamento esportivo, orientação de atividades físicas e docência no ensino fundamental e médio. A amostra do estudo foi composta a partir de uma relação de profissionais de educação física participantes de listas de discussão do Centro Esportivo Virtual. Como no estudo anterior, para a discussão, os dados das competências foram divididos em dimensões, no entanto, Feitosa acrescentou a dimensão das “atitudes” em substituição ao termo “autorreflexão”, que se referia à dimensão das habilidades.

Como conclusão desse estudo, o autor acredita que as competências elencadas podem auxiliar outros pesquisadores preocupados com o desenvolvimento da profissão de educação física, para a tomada de decisões mais informadas, explorando possibilidades e alternativas na delimitação e especificação das competências que são necessárias para o profissional desempenhar sua profissão em diferentes áreas.

Com o objetivo de contribuir para a identificação do campo nocional que rodeia o conceito de competência em quatro áreas de intervenção do profissional do desporto, Batista, Graça e Matos (2008) propuseram uma pesquisa envolvendo 120 profissionais. Foram 30 profissionais para cada uma das áreas, a saber: educação física, treino desportivo, *fitness* e atividade física adaptada. Como conclusão, os resultados indicaram que existe uma grande diversidade de termos e características associados à competência, sendo que o conhecimento foi assumido como elemento nuclear e a dimensão ética ocupou um lugar proeminente em todas as áreas ocupacionais.

Egerland (2009) realizou um estudo dedicado somente à competência profissional de treinadores esportivos, objetivando o nível de competência percebida e a importância atribuída às competências profissionais destes sujeitos. Os 213 treinadores de modalidades coletivas e individuais participantes do estudo responderam a uma escala de autopercepção de competência. Como principais conclusões, os treinadores investigados revelaram elevada percepção de

competência profissional e um maior domínio dos conhecimentos sobre gestão e legislação. As evidências encontradas auxiliaram na identificação de algumas potencialidades e necessidades profissionais, com destaque para os conhecimentos profissionais de teoria e metodologia do treinamento esportivo.

Um estudo com o objetivo de analisar as competências necessárias aos professores de educação física da Educação Básica foi realizado por Correia e Ferraz (2010). Por meio da aplicação de questionários e de entrevistas semiestruturadas, verificaram que os docentes julgam importante mobilizar conhecimentos didático-pedagógicos, conhecimentos técnicos e a bagagem cultural, inseridos no contexto atual e considerando as transformações culturais, sociais, políticas, econômicas e educacionais ocorridas ao longo da história.

Os estudos citados acima indicam as competências que poderão ser requeridas do profissional de educação física em diferentes contextos, no entanto, não se referem à ABS.

Ao se realizar uma revisão bibliográfica em periódicos nacionais, não identificamos nenhum estudo sistematizado que tenha se dedicado a analisar e discutir as competências do profissional da área da educação física na ABS. Por outro lado, com a ampliação recente do número de programas e ações de prática corporal/atividade física que estão sendo implantados nas unidades básicas de saúde e, conseqüentemente, com o aumento do número de produções científicas que tem se dedicado a discutir diferentes aspectos relacionados à educação física no contexto da ABS, podemos identificar na literatura, apontamentos sobre importantes aspectos que estão sendo ou deverão ser requeridos do profissional de educação física no contexto da ABS. Estes apontamentos que, geralmente, são apresentados sob a forma de princípios, diretrizes ou orientações auxiliam no movimento de vislumbrar as competências do profissional de educação física no contexto pretendido pela presente pesquisa.

Quint et al. (2005) reuniram pressupostos de pesquisas e questionamentos, de modo a contribuir na construção de procedimentos teórico-metodológicos para a prática de atividade física em saúde coletiva, com o objetivo de se pensar a inserção do profissional de educação física no Programa Saúde da Família. Dessa forma, esses autores elencaram alguns princípios didático-pedagógicos que poderão ser úteis ao profissional de educação física no contexto da ABS: princípio do

esclarecimento, da desconstrução, da dialogicidade, da cogestão, da cooperação, da organização participativa e da emancipação.

Rocha e Centurião (2007) discutem a necessidade de reformulação na formação dos profissionais de educação física para atuarem em espaços de atenção à saúde da população e, tomando por base discussões relacionadas às diretrizes curriculares nacionais para os profissionais da área da saúde, esses autores encaminham algumas orientações se referindo às competências gerais que deverão ser exigidas para se pensar um novo perfil deste profissional: a capacidade para desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação, em níveis individual e coletivo, por meio de uma prática integrada e contínua; capacidade de tomar decisões; a comunicação; a liderança e a educação permanente.

Ao descreverem um projeto de educação física realizado junto a um centro de saúde escola, Freitas, Brasil e Silva (2006) apresentam os princípios que nortearam o desenvolvimento das ações do profissional de educação física no contexto do sistema público de saúde:

“privilegiar o sujeito (doente ou não) em vez da doença; lidar com os diferentes conteúdos da cultura corporal de movimento e não apenas aqueles tradicionalmente reconhecidos com “eficazes” para promover saúde; tratá-los de maneira pedagógica e dar espaço para discussão de temas de interesse do grupo; envolver e co-responsabilizar os sujeitos nas atividades, por meio de um trabalho coletivo, que considerasse o conhecimento das pessoas e a troca de experiências; favorecer a autonomia e trabalhar com a promoção da saúde e a clínica, de forma complementar e não excludente (FREITAS; BRASIL; SILVA, 2006, p. 177).

As discussões dessas autoras tomaram por base um referencial sociocultural, permitindo enxergar as práticas corporais na direção dos princípios da Atenção Básica à Saúde.

O profissional de educação física inserido no contexto do SUS pode e deve estar inserido em programas, projetos e/ou ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, porém, como tem enfatizado o Ministério da Saúde, principalmente por intermédio da Política Nacional de Promoção da Saúde, as práticas corporais/atividades físicas (elementos da cultura corporal do movimento) são ferramentas indispensáveis para se pensar na promoção da saúde das pessoas.

Ao se discutir a atuação do profissional de educação física na ABS, temos o pleno entendimento de que este deverá pautar suas ações nos princípios doutrinários do SUS, para uma prática que garanta a universalidade, a equidade, a integralidade da atenção e a emancipação dos sujeitos. Para além desta orientação

pelo sistema, Rocha e Centurião (2007) afirmam que outros componentes deverão ao longo do tempo também repercutir sobre as práticas em saúde, e, dentre eles se destaca a formação por competência. Diante das possibilidades de atuação do profissional de educação física na área da saúde e, particularmente no SUS, consideramos necessário discutir as competências requeridas deste profissional no cenário da ABS. Esses autores ainda destacam que não se pode deixar de considerar a relevante contribuição que o usuário é capaz de trazer para o interior dos serviços e escolas formadoras, quando se discutem uma organização curricular com o compromisso de considerar os diversos saberes operados no cotidiano dos serviços de saúde, incluindo também os usuários.

Nesse sentido, apesar de termos retratado autores que discutem o termo competência relacionado à formação profissional, nesta pesquisa, não pretendemos nos ater somente à formação; nosso objeto de discussão está exatamente na lacuna existente entre formação e a atuação profissional, no momento em que o profissional se depara com situações-problema, onde ele tem de tomar decisões, sendo que muitas das questões que lá se apresentam, não foram, nem de longe, apresentadas e/ou discutidas durante sua formação na graduação.

A formação curricular é importante, porém, “a condição que permite nos diferenciar na qualidade do serviço e do atendimento em saúde se constrói no dia-a-dia do convívio e do trabalho no serviço” (CARVALHO, 2006, p. 34).

Nesse contexto, nossa pretensão é dar “voz” aos próprios atores (profissionais de educação física) que têm atuado neste lócus (Atenção Básica à Saúde), dando a oportunidade para que eles expressem quais são os conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para uma atuação profissional de forma contextualizada.

## MATERIAIS E MÉTODOS

## 4. MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1. Delineamento do estudo

Entendemos que a descrição do método inclui as concepções teóricas da abordagem e o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade com relação ao problema de pesquisa, porém, não podemos deixar de considerar o potencial criativo do pesquisador (MINAYO, 1998).

Esta pesquisa constitui-se de uma abordagem do tipo descritiva, utilizando a técnica Delphi na busca pelo consenso entre profissionais de uma determinada área de estudo (LINSTONE; TUROFF, 2002). Pesquisas descritivas caracterizam-se por determinar *status*, opiniões ou projeções futuras nas respostas obtidas. Os autores afirmam que o valor desse tipo de pesquisa está na premissa de que os problemas podem ser resolvidos e as práticas melhoradas por meio de uma descrição objetiva e completa da realidade (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2007).

Segundo Cervo e Bervian (1996, p. 49), a pesquisa do tipo descritiva é aquela que “observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los”. Gil (2010) enfatiza que fazem parte, deste tipo de pesquisa, aquelas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população.

A opção por este tipo de pesquisa se deu por meio da percepção de que havia uma lacuna de conhecimento a ser discutida, partindo-se do entendimento de que o tema “competências do profissional de educação física na Atenção Básica” deveria ser apresentado por meio da contribuição de profissionais envolvidos diretamente com a temática, valorizando as opiniões e percepções resultantes da prática cotidiana.

Nesse sentido, a partir de estudos que discutem as competências de outros profissionais da saúde (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas) na Atenção Básica (GONTIJO, 2007; SILVA; TANAKA, 1999; WITT, 2005) e estudos que apresentam as competências do profissional de educação física em outros contextos (educação física escolar, treinamento esportivo e orientação de atividades físicas para grupos especiais) (FEITOSA, 2002; NASCIMENTO, 1998), optamos por utilizar

a técnica Delphi para realizar um levantamento sobre as competências requeridas dos profissionais de educação física na Atenção Básica.

#### 4.2. A técnica Delphi

O termo Delfos teve origem na mitologia grega, estando relacionado ao poder de transferir desejos dos deuses e visões do futuro aos mortais inquietos. As primeiras publicações que mencionam esta técnica datam de 1948. A versão moderna da técnica foi desenvolvida por Helmer e Dalkey, baseando-se na intuição de grupos para ampliar projeções individuais. Foi utilizada por peritos da *American Rand Corporation* logo após a Segunda Guerra Mundial para prever acontecimentos em vários setores (SPÍNOLA, 1984). Posteriormente, passou a ser aplicada, com êxito, como procedimento de predição no campo empresarial, no campo de novas tecnologias, na sociologia e na saúde.

Em outros estudos, é possível encontrar tanto o termo técnica, como método Delphi. Neste estudo, será utilizada a denominação técnica Delphi (latim), por esta ser, atualmente, mais conhecida nas pesquisas internacionais.

Essa estratégia metodológica é estruturada como um processo de comunicação que permite a um grupo de indivíduos tratar de problemas complexos. Sua base situa-se na interação de três elementos: o grupo coordenador, os participantes (painelistas) e o(s) questionário(s).

Essa técnica permite consultar um amplo grupo de especialistas através da aplicação de questionários que é repassado continuadas vezes, de tal forma que seja obtida uma convergência das respostas dos sujeitos participantes da pesquisa, na intenção de se chegar a um consenso que possa representar a consolidação do julgamento do grupo (GONTIJO, 2007).

Na presente pesquisa, o grupo coordenador foi composto pela orientadora e orientado. Os participantes foram agrupados segundo características que lhes eram comuns: além de serem profissionais de educação física, destaca-se, também, o fato de terem a Atenção Básica como seu local de atuação profissional ou seu objeto de pesquisa.

Essa técnica não é utilizada somente como um instrumento de previsão, mas, sobretudo, para organizar visões de modo a facilitar outras pesquisas; com isso, pretendemos que os resultados possam auxiliar nas melhorias no setor saúde, sendo ferramenta eficaz inclusive para balizar a tomada de decisão e a definição de políticas públicas em saúde.

A técnica Delphi é utilizada essencialmente quando há falta de conhecimento ou desacordo sobre uma dada natureza ou situação (SPÍNOLA, 1984). Essa técnica permite consultar um amplo grupo de especialistas através da aplicação de questionário, que é repassado, continuadas vezes, de tal forma que seja obtida uma convergência das respostas dos sujeitos participantes da pesquisa, na intenção de se chegar a um consenso que possa representar a consolidação do julgamento do grupo (GONTIJO, 2007).

Algumas características básicas diferem esta técnica de outras técnicas de grupo:

1) A manutenção do anonimato dos participantes durante todo o processo – um participante não sabe quem são os outros respondentes que estão participando. Kayo e Securato (1997) destacam que esta característica pode auxiliar na superação de alguns fatores sociológicos que afetam a interação grupal numa reunião presencial: a) diminui a possibilidade de persuasão por parte de pessoas com maior capacidade de eloquência; b) cada respondente tem uma maior chance de mudar de ponto de vista; e por fim, c) há uma maior chance de que pensamentos heterodoxos e/ou audaciosos sejam expressos. Dessa forma, segundo Wright e Giovinazzo (2000), essa característica elimina a influência de fatores como *status* acadêmico ou profissional, possibilitando uma participação mais ativa e menos “enviesada”.

2) O *feedback* controlado – cada integrante do painel Delphi tem a oportunidade de reavaliar sua opinião, com base nas respostas e justificativas dadas pelos demais respondentes, na rodada anterior. De acordo com Linstone e Turoff (2002), o *feedback* possibilita que os sujeitos possam reavaliar suas respostas nas rodadas subsequentes, o que, segundo os autores, corresponde a uma das principais características dessa técnica, permitindo aos sujeitos redefinir seus julgamentos baseados na visão coletiva do grupo.

3) A representação estatística da distribuição dos resultados do grupo – a opinião do grupo é definida, ao final de cada rodada, através da agregação das opiniões individuais.

4) O envolvimento de um grande número de sujeitos com um custo mais acessível, pelo fato de a técnica poder ser realizada por correio ou meio eletrônico, possibilita maior adesão dos especialistas que participam, de acordo com suas disponibilidades de tempo, reduzindo consideravelmente o custo comparado à realização de participação presencial (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000). A aplicação dessa técnica já foi utilizada no setor público e privado, destacando-se em vários campos, como indústria, planejamento social, educação, saúde, na constituição de cenários futuros, fundamentando estudos científicos em diversas áreas (DESLANDES et al., 2010; WITT, 2005).

Na área da saúde, de uma forma geral, a técnica Delphi tem sido utilizada para definir e discutir competências, objetivos, conteúdos de cursos e disciplinas dos currículos (GONTIJO, 2007; SILVA; TANAKA, 1999; WITT, 2005). Ainda foi utilizada, na primeira década do século XXI, para demonstrar as principais tendências do sistema de saúde brasileiro (PIOLA; VIANNA; CONSUELO, 2002); na avaliação do estado atual do conhecimento sobre doença terminal (MORITZ et al., 2008); na percepção do contexto de estudos relacionados à ocorrência de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (Dort) (SILVA et al., 2009); na definição de um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde (SOUSA; FRADE, MENDONÇA, 2005) e, especificamente, na área da enfermagem, em estudos ligados à administração, ao cuidado com o adulto, à educação em saúde e à metodologia da pesquisa (CASTRO; REZENDE, 2009), entre outros.

Da mesma forma, na área da educação física, a técnica Delphi está presente em pesquisas com diferentes enfoques: na discussão sobre a formação inicial (MENDES et al., 2006, PIZANI; SERON; RINALDI, 2009); na identificação das competências específicas para atuação na orientação de atividades físicas (FEITOSA; NASCIMENTO, 2003); na identificação das características de um bom educador (SILVA; OLIVEIRA; LARA, 2007); na verificação do conhecimento de docentes de educação física e de outras áreas, acerca dos saberes que consideram necessários para as aulas de educação física escolar a nível de ensino médio

(MIRANDA; LARA; RINALDI, 2009); na identificação dos aspectos que interferem na qualidade do processo de formação acadêmico-profissional, na visão dos discentes (ANTUNES; POLITO; RESENDE, 2010), entre outros.

A utilização da técnica Delphi para a realização desta pesquisa se justificou, principalmente, pelos seguintes fatores:

- a) carência de pesquisas que apresentavam e discutiam as competências do profissional de educação física no contexto da Atenção Básica;
- b) necessidade de se abordar esta temática com a participação de profissionais de diferentes regiões do Brasil, valorizando as diversidades regionais. A participação presencial destes profissionais seria uma prática muito onerosa que poderia inviabilizar a realização do estudo;
- c) aumento notório, nos últimos anos, de profissionais de educação física exercendo suas atividades em programas ou ações de promoção das práticas corporais/atividades físicas vinculados a unidades básicas de saúde.

Sendo assim, na presente pesquisa, foi utilizada a técnica Delphi para identificar uma lista de competências, nas quais o profissional de educação física poderá se pautar para desenvolver suas atividades, de forma eficaz e contextualizada, na Atenção Básica à Saúde. Para tanto, é imprescindível a realização constante de uma reflexão na ação, repensando suas práticas e buscando-se uma interface com os princípios do SUS.

A partir da realização desta investigação, esperamos que competências profissionais significativas sejam reveladas, de modo a auxiliar na tomada de decisões referentes às políticas públicas de formação e de gestão em saúde para o profissional de educação física na Atenção Básica, permitindo inclusive, mesmo diante da relativa carência de dados na área, a realização de previsões para este trabalhador neste contexto específico. Segundo Kaio e Securato (1997), um fator importante para alcançar esse tipo de resultado está relacionado à técnica utilizada que deve envolver profissionais tomadores de decisão ou formadores de opinião e que atuem diretamente na área do estudo.

Outras características da técnica Delphi serão evidenciadas durante a descrição sobre o caminho que foi percorrido até se chegar à definição dos locais e sujeitos da pesquisa.

### 4.3. Locais da pesquisa

Para atender ao objetivo de pesquisa, um primeiro desafio foi identificar programas em municípios brasileiros que desenvolviam ações de incentivo à prática de atividade física na Atenção Básica, tendo o profissional de educação física como protagonista.

Devido à diversidade cultural e à dimensão continental de nosso país, falar em “municípios brasileiros” acaba sendo algo muito abrangente e, desse modo, foi definido o primeiro critério de inclusão: iniciativas de incentivo às práticas de atividades físicas que já se encontravam estruturadas junto ao SUS.

Com o objetivo de encontrar programas ou ações com essa característica, no primeiro momento, foi realizada uma consulta por intermédio do contato pessoal com a Coordenadoria Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde<sup>9</sup>. Em seguida, foram analisadas as produções científicas resultantes das ações de avaliação que o Ministério da Saúde tem realizado em programas de promoção da atividade física (HALLAL; CARVALHO et al., 2009; HALLAL; REIS et al., 2009; MALTA; CASTRO; CRUZ et al., 2008; MALTA; CASTRO; GOSCH et al., 2009; SIMÕES et al., 2009).

Decorrido esse processo, foram selecionados cinco programas incentivados e acompanhados pelo Ministério da Saúde, os quais têm demonstrado evidências para a promoção da saúde por meio de ações de prática corporal/atividade física:

- Programa Academia de Cidade – PAC, da cidade do Recife/PE;
- Programa Academia de Cidade – PAC, da cidade de Aracaju/SE;
- Programa Academia de Cidade – PAC da cidade de Belo Horizonte/MG;
- Programa CuritibAtiva, da cidade de Curitiba/PR;
- Serviço de Orientação ao Exercício – SOE da cidade de Vitória/ES.

Após essa trajetória, os referidos programas foram incluídos como *locus* de nossa pesquisa, sendo acrescentado, também, o Programa de Integração Comunitária (PIC), da cidade de Ribeirão Preto/SP que, apesar de não fazer parte

---

<sup>9</sup> Em 2009, foi realizada uma reunião envolvendo os pesquisadores (orientadora e orientado) desta investigação e a Professora Deborah Carvalho Malta, durante um evento na Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto. Vale lembrar que a Secretaria de Vigilância em Saúde foi a principal mentora na elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde, na qual estão destacadas as ações de práticas corporais/atividades física como uma das áreas prioritárias (BRASIL, 2006a).

dos programas que são acompanhados pelo Ministério da Saúde, já teve sua efetividade comprovada enquanto promotor da saúde por meio do incentivo à prática da atividade física (PALHA; LIMA; MENDES, 2000).

No Quadros 1 e 2 são apresentadas algumas das principais características dos programas selecionados para a realização da pesquisa. Estes dados foram coletados por meio de correio eletrônico, no mês de novembro de 2009. Vale ressaltar algumas características comuns que se destacam no conjunto das informações:

- Nenhum programa foi constituído por meio da portaria do NASF. Temos somente um dos programas que realizam algumas intervenções, porém, seus profissionais não foram contratados por meio desta política;
- Os polos são implantados com base na demanda populacional. Em dois programas, foi citado que a solicitação partiu da comunidade por intermédio do orçamento participativo, demonstrando uma participação mais ativa dos usuários em instâncias de controle social;
- Os polos são referenciados à uma ou mais unidades básicas de saúde;
- O número de profissionais contratados exclusivamente pelas secretarias de saúde demonstra a expansão desse mercado de trabalho para o profissional de educação física.

<b>Nome do Programa / Início das ações / Nº de polos</b>	<b>Critérios para implantação de um polo</b>	<b>Os polos são referenciados a uma UBS?</b>	<b>Nº de profissionais de educação física contratados</b>	<b>Os profissionais são contratados pelo setor da saúde exclusivamente para o projeto</b>	<b>Os profissionais são contratados por meio do NASF</b>	<b>Características dos beneficiados participantes do programa</b>
<b>Curitiba</b> Ativa mai/98 29	Demanda populacional dos bairros que não possuem nenhum programa de prática corporal/atividade física.	ALGUNS	190	NÃO Estes professores são emprestados à Secretaria de Saúde.	NÃO	São pessoas de regiões periféricas da cidade, com nível econômico principalmente nas classes C- D (conforme IBGE); são pessoas de todas as faixas etárias, a partir de sete anos e de ambos os sexos; e, possui, no momento, aproximadamente 30 mil pessoas inscritas.
<b>PIC - Ribeirão Preto</b> nov/93 57	Demanda populacional dos bairros que não possuem nenhum programa de prática corporal/atividade física.	SIM	Três profissionais de educação física e 25 estagiários (estudantes de educação física)	Os profissionais estão cedidos à Secretaria Saúde. Os estagiários são contratados diretamente pela Secretaria de Saúde	NÃO	A faixa etária inicia com pessoas de 30 anos, porém, 55% tem 60 anos ou mais. 90% são do sexo feminino. Geralmente, são das regiões referenciadas à UBS próxima do polo.
<b>PAC – Aracaju</b> abr/04 15	A existência de uma Unidade Básica de Saúde que tenha um espaço público nas proximidades, contendo as condições necessárias para a realização das atividades propostas pelo Programa.	SIM	Quinze profissionais de educação física e três estagiários (estudantes de educação física)	Estes profissionais e estagiários trabalham exclusivamente na Secretaria Municipal de Saúde.	NÃO	A faixa etária é de 18 anos em diante, sendo que 95% são do sexo feminino e a maioria pertence às classes econômicas C, D e E. Cada polo tem sua singularidade, porém, de maneira geral, há uma frequência média de 55 usuários por polo, podendo variar de 25 até 120.

Quadro 1 – Características gerais dos Programas CuritibaAtiva, PIC – Ribeirão Preto e PAC – Aracaju

Nome do Programa / Início das ações / Nº de polos	Critérios para implantação de um polo	Os polos são referenciados a uma UBS?	Nº de profissionais de educação física contratados	Os profissionais são contratados pelo setor da saúde exclusivamente para o projeto	Os profissionais são contratados por meio do NASF	Características dos beneficiados participantes do programa
<b>PAC - Belo Horizonte</b> dez/06 21	Estrutura física mínima desejável: possuir uma área coberta com aproximadamente 200 m <sup>2</sup> com acessibilidade; estar localizado numa região de vulnerabilidade social; estar próximo de uma academia e de duas Unidades Básicas de Saúde; ter sido solicitado pela comunidade por meio do orçamento participativo digital.	SIM	46	SIM	NÃO Porém, fazem intervenções de 4 horas semanais vinculadas ao NASF.	Média de 45 anos, 95% feminino, baixa renda e os usuários apresentam algum tipo de distúrbio de síndrome metabólica.
<b>PAC – Recife</b> fev/02 21	Ter sido solicitado pela comunidade por meio de votação pelo Orçamento Participativo ou na Conferência Municipal de Saúde; Estar localizado em uma localização de ZEIS (Zonas Especiais de Interesse Social); estar localizado em uma área com alguma cobertura da rede de saúde para servir de referência e contrarreferência; ter viabilidade técnica (Engenharia) para execução das obras; outros, a serem definidos de acordo com a realidade local.	SIM E não apenas a uma unidade de saúde, mas, por vezes, a várias unidades da rede.	80	SIM São funcionários públicos em regime estatutário, concursados da Secretaria Municipal de Saúde.	NÃO	O Programa atende a população por demanda espontânea ou referenciada pela rede, portanto, atende pessoas de todas as faixas etárias e ambos os sexos, com níveis socioeconômicos variados.
<b>SOE – Vitória</b> jan/90 12 fixos e um móvel	Demanda da comunidade e incidência de pessoas praticantes de atividade física.	Geograficamente SIM Pela proposta inicial do projeto NÃO	47	SIM São 35 efetivos como técnicos esportivos da Saúde e 12 como professores da Educação à disposição da Saúde.	NÃO	Média de idade: acima de 40 anos, 95% feminino, nível socioeconômico variado, de acordo com localização do módulo. Média de 120 pessoas atendidas por dia/módulo.

Quadro 2 – Características gerais dos Programas PAC – Belo Horizonte, PAC – Recife e SOE – Vitória

#### 4.4. Sujeitos da pesquisa

Com relação à definição dos especialistas que foram os sujeitos desta pesquisa, enquanto outros estudos na área da saúde optaram pela inclusão de um grupo mais homogêneo no que diz respeito às funções que estes desempenhavam (GONTIJO, 2007; SILVA; TANAKA, 1999; WITT, 2005), nossa opção foi por incluir sujeitos (todos profissionais de educação física<sup>10</sup>), que desenvolvessem diferentes funções dentro dos programas que estavam inseridos. Também foram incluídos pesquisadores de Instituições de Ensino Superior que se dedicam a estudar a temática educação física e SUS.

Essas opções possibilitaram a verificação de diferentes visões durante o processo de construção das competências profissionais e, desse modo, foram incluídos para participação, como participantes da técnica Delphi, os coordenadores gerais e setoriais dos programas já citados (visão do gestor), os profissionais que eram responsáveis por ministrar as atividades nos respectivos polos dos programas (visão do trabalhador) e os professores que se dedicam a estudar a temática educação física e SUS (visão do pesquisador), buscando um processo participativo com diferentes sujeitos que trabalham com a temática do estudo, ressaltando uma das premissas da técnica Delphi que consiste na participação de especialistas que demonstrem comprovado conhecimento específico em relação à temática de estudo (KAYO; SECURATO, 1997).

Com a definição dos programas e sujeitos que seriam incluídos na pesquisa, foi realizado um primeiro contato por telefone com cada um dos coordenadores gerais no intuito de verificar a aceitação dos mesmos frente à possibilidade de participação na pesquisa. Nessa oportunidade, também, foi informado quais seriam os objetivos da pesquisa e descritos, de forma breve, os detalhes descritos sobre o desenvolvimento da técnica Delphi.

Na sequência, foi solicitado que o coordenador nos enviasse uma Declaração de Ciência e Autorização (APÊNDICE A) assinada pelo responsável legal do referido programa. Este documento retornou ao pesquisador assinado pelo secretário

---

<sup>10</sup> Houve uma única exceção a esta regra: a coordenadora do PIC/Ribeirão Preto era enfermeira, porém, durante o período de coleta de dados, estava cursando graduação em Educação Física.

municipal de saúde, ou pelo gerente do setor onde o programa se encontra referenciado, conforme exigências do Comitê de Ética.

A partir da obtenção da autorização dos referidos programas para a realização da pesquisa e também da aprovação no Comitê de Ética, foram selecionados os sujeitos que participariam da pesquisa.

Primeiramente, foram incluídos os seis coordenadores gerais dos programas selecionados, e depois, os coordenadores indicaram os nomes de todos os profissionais que os auxiliavam na coordenação do programa, sendo esses, geralmente, responsáveis por certo número de polos ou por uma determinada região do município. Foram indicados, também, pela equipe de coordenação, três professores de cada programa que atuavam diretamente nos polos, desenvolvendo as ações de práticas corporais/atividades físicas junto à comunidade. Somente no caso do PIC, não houve representante na categoria de professores, porque todos os profissionais que são formados em educação física estão incluídos entre os coordenadores, e, nos polos, quem ministra as atividades são os estudantes de educação física supervisionados pelos coordenadores (Tabela 1).

Como critério de inclusão para aos coordenadores e profissionais de educação física dos programas de atividade física, estes deveriam estar atuando no respectivo programa há pelo menos um ano. A partir dos critérios de inclusão descritos, está apresentada, na Tabela 1, a distribuição dos sujeitos que foram convidados a participar da pesquisa.

Tabela 1 – Distribuição dos coordenadores e profissionais convidados para participar do painel Delphi

<b>Programas</b>							
<b>Funções</b>	<b>Curitiba</b>	<b>PAC Aracaju</b>	<b>PAC Belo Horizonte</b>	<b>PAC Recife</b>	<b>PIC Ribeirão Preto</b>	<b>SOE Vitória</b>	<b>TOTAL</b>
Coordenador geral	1	1	1	1	1	1	6
Coordenador auxiliar ou setorial	4	1	7	4	2	2	20
Profissional responsável pelo polo	3	3	3	3	0	3	15
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>41</b>

Para complementar o grupo de participantes, procurando considerar a visão de pesquisadores que se dedicam a estudar a temática educação física e saúde

coletiva, foram incluídos outros seis participantes. Estes participantes, todos pesquisadores, foram indicados mediante o uso do método *snow-ball* (FREITAS et al., 2000), onde, a partir da identificação de um participante inicial, este teve a oportunidade da indicação de outro, até que fosse constituída uma rede que representasse, pelo menos, três diferentes regiões do Brasil (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos pesquisadores participantes do painel Delphi

<b>Região de residência</b>	<b>Sudeste</b>	<b>Sul</b>	<b>Nordeste</b>	<b>TOTAL</b>
Pesquisador em Educação Física e SUS	3	3	1	7

Um dos pilares que sustenta a técnica Delphi consiste na consulta a um grupo de “especialistas” e, neste sentido, na presente pesquisa, a opção para selecionar os sujeitos participantes foi pautada, notadamente, na experiência que estes demonstram como profissionais de educação física de programas de promoção das práticas corporais/atividades físicas no contexto da Atenção Básica.

No Quadro 3, estão apresentados, resumidamente, os critérios para escolha dos locais selecionados para esta investigação, informando os respectivos programas e os critérios para a seleção dos sujeitos.

<b>LOCAIS DE ESTUDO</b>
<p><b>Critérios para definição dos locais onde foram coletados os dados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser indicado* pela Coordenadoria-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, como um programa que tem demonstrado evidências efetivas na promoção da saúde por meio da atividade física/práticas corporais;</li> <li>- Ser identificado em produções científicas como um programa que tem sido avaliado pelo Ministério da Saúde e que sua efetividade tem sido comprovada por este órgão de governo;</li> <li>- Aceite do programa em participar da pesquisa por meio de devolução da carta de ciência e autorização devidamente assinada;</li> </ul> <p>*O Programa de Integração Comunitária – PIC não foi indicado, porém, foi incluído na pesquisa pelo reconhecimento expresso em produções científicas.</p>
<b>PROGRAMAS INCLUÍDOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa CuritibaAtiva - Curitiba/PR;</li> <li>• Programa Academia de Cidade – PAC - Recife/PE;</li> <li>• Programa Academia de Cidade – PAC - Aracaju/SE;</li> <li>• Programa Academia de Cidade – PAC - Belo Horizonte/MG;</li> <li>• Programa de Integração Comunitária – PIC - Ribeirão Preto/SP;</li> <li>• Serviço de Orientação ao Exercício – SOE - Vitória/ES.</li> </ul>
<b>SUJEITOS DA PESQUISA</b>
<p><b>Critérios para seleção dos sujeitos da pesquisa:</b></p> <p><b>Visão do gestor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser coordenador geral de algum dos programas elencados; ou,</li> <li>- Ser coordenador auxiliar ou setorial de algum dos programas elencados;</li> <li>- Estar atuando no referido programa há pelo menos um ano.</li> </ul> <p><b>Visão do trabalhador:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser profissional de educação física responsável em ministrar as atividades nos referidos polos dos programas elencados;</li> <li>- Estar atuando no referido programa há pelo menos um ano.</li> </ul> <p><b>Visão do pesquisador:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser pesquisador e ter como foco de pesquisa a temática educação física e o SUS.</li> <li>- Ser indicado por meio do método <i>snow-ball</i></li> </ul>

Quadro 3 – Critérios de inclusão dos locais e sujeitos da pesquisa

#### 4.4.1. Caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa

Inicialmente, foram indicados e convidados 48 sujeitos para responder ao questionário da pesquisa, sendo que, ao final das três etapas da técnica Delphi, um total de 31 sujeitos (65%) participou efetivamente de todas as etapas (Tabelas 3 e

4). Outros estudos desenvolvidos com o objetivo de identificar competências profissionais, que utilizaram a técnica Delphi como método, também tiveram um retorno dos questionários similar à presente pesquisa (NASCIMENTO, 1998; SILVA; TANAKA, 1999).

Tabela 3 – Distribuição dos sujeitos convidados e participantes efetivos da pesquisa, segundo função exercida

Descrição por função	Nº de sujeitos convidados	Nº de participantes efetivos
Coordenadores gerais	6	4 (67%)
Coordenadores auxiliares ou setoriais	20	12 (60%)
Profissionais	15	9 (60%)
Pesquisadores	7	6 (86%)
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>31 (65%)</b>

Tabela 4 – Distribuição dos sujeitos convidados e participantes efetivos da pesquisa, segundo vinculação a um programa de promoção das práticas corporais/atividades físicas e pesquisadores

Descrição por programas	Nº de indicados e convidados	Nº de participantes efetivos
CuritibaAtiva	8	6 (75%)
PAC/Aracaju	5	2 (40%)
PAC/Belo Horizonte	11	6 (55%)
PAC/Recife	8	7 (88%)
PIC/Ribeirão Preto	3	1 (33%)
SOE/Vitória	6	3 (50%)
Pesquisadores	7	6 (86%)
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>31 (65%)</b>

Em relação aos seis pesquisadores que participaram da pesquisa, quatro eram do sexo masculino e dois do sexo feminino, com uma média de idade de 35 anos. Todos estavam vinculados a alguma instituição de ensino superior e atuavam em linha de estudo relacionada a esta pesquisa. Os seis pesquisadores já tinham

concluído o mestrado, e quatro estavam fazendo o doutorado ou já haviam concluído.

Considerando os coordenadores e profissionais de educação física dos programas selecionados, dos 41 convidados, houve a participação de 25 sujeitos nesta investigação, correspondendo a 61%. Desses sujeitos, 60% eram do sexo masculino e 40% do sexo feminino, com uma média de idade de 36 anos, porém com uma grande variação de idade, tendo professores de 25 a 61 anos, demonstrando certa heterogeneidade na faixa etária do grupo participante.

Todos os sujeitos possuíam formação no nível de ensino superior em educação física, com exceção de uma participante, com formação de enfermagem, que, no entanto, já se encontrava cursando a graduação em educação física durante a realização deste estudo. O tempo médio de conclusão do curso de graduação foi de 12 anos e 6 meses, havendo desde recém-formados, até professores com 37 anos de profissão. Entre os coordenadores e profissionais de educação física, 96% possuíam, pelo menos, uma especialização e 32% já tinham concluído ou estavam cursando o mestrado.

Segundo as respostas dos participantes, com relação ao regime de trabalho, 64% eram concursados. No que se referia ao tipo de dedicação, 36% trabalhavam, exclusivamente, nos referidos programas, enquanto 64% desenvolviam outras atividades como educação física escolar, treinamento esportivo, esporte educacional, academia, recreação, dentre outras. As informações contidas nesta caracterização foram organizadas a partir das fichas de identificação preenchidas pelos sujeitos na terceira rodada da técnica Delphi (APÊNDICE B e C).

Esse breve relato da caracterização dos sujeitos demonstra uma grande variedade do grupo, sendo essa característica enriquecedora para a realização do estudo, visto que essas diferenças podem contribuir significativamente na elaboração das competências por meio da técnica Delphi.

#### 4.5. Instrumentos, coleta e organização dos dados

De acordo com as considerações necessárias para a aplicação da técnica Delphi, a coleta de dados foi dividida em três etapas, denominadas de rodadas, segundo a linguagem específica utilizada nesse tipo de técnica.

Pesquisas que empregaram a técnica Delphi foram utilizadas, neste estudo, como parâmetro na tomada de decisão sobre como seria estruturada cada etapa. Estas pesquisas estão focadas tanto na área da saúde (GONTIJO, 2007; SILVA; TANAKA, 1999; WITT, 2005) quanto na educação física (FEITOSA; NASCIMENTO, 2003; MENDES et al., 2006; PIZANI; SERON; RINALDI, 2009; SILVA; OLIVEIRA; LARA, 2007).

A seguir, estaremos descrevendo como foram realizadas as três rodadas da técnica Delphi, detalhando os instrumentos utilizados e a forma de tratamento e organização dos dados.

##### 4.5.1. Primeira rodada – levantamento preliminar de competências

O objetivo desta rodada foi construir coletivamente uma lista inicial de competências que, na opinião dos especialistas, podem ser requeridas do profissional de educação física quando de sua atuação na Atenção Básica.

Inicialmente foi enviado aos 48 sujeitos selecionados um e-mail contendo três arquivos:

- CARTA-CONVITE (APÊNDICE D) – documento que apresenta a pesquisa e convida o especialista a participar da mesma, demonstrando a importância de seu envolvimento.
- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (APÊNDICE E) – este termo foi enviado pelo *e-mail* somente para conhecimento dos envolvidos na pesquisa, no entanto, para facilitar o retorno deste devidamente preenchido e assinado, evitando causar qualquer tipo de gasto financeiro aos participantes, foi enviado pelo correio um envelope a cada um deles, contendo: a)

duas cópias do TCLE assinadas pelo orientador e pelo orientado; b) um envelope selado para ser utilizado no retorno da cópia assinada do participante.

- INSTRUMENTO 01 – Questionário de Levantamento Preliminar de Competências (APÊNDICE F). Neste questionário, os especialistas tinham a tarefa de indicar (no mínimo) três competências gerais e três competências específicas. Cada indicação era seguida de um comentário, descrevendo os motivos que levaram o especialista a indicar a referida competência como necessária para o trabalho do profissional de educação física na Atenção Básica. Este questionário também continha orientações explicativas sobre o conceito de competências adotado para o estudo, bem como, a descrição dos objetivos da pesquisa.

O prazo solicitado e informado no e-mail para retorno do Instrumento 01 devidamente preenchido era de 15 dias, porém, como já foi citado em outros estudos (SILVA et al., 2009), geralmente os respondentes atrasam na devolução. Dessa forma, no prazo estipulado (15 dias), tivemos o retorno de 19 questionários; com 30 dias, mais 9 e, com 45 dias, outros 3, totalizando 31 respondentes (64,6%). Procurando diminuir o número de desistentes, quando estava chegando próximo ao prazo final para retorno, o pesquisador enviava um novo e-mail lembrando o participante do compromisso. Esta postura foi adotada pelo pesquisador nas três rodadas da técnica Delphi.

Tivemos cinco participantes (10,4%) que justificaram, por e-mail, que não participariam do estudo, sendo considerados recusas. Outros 12 sujeitos (25%) não devolveram o questionário no prazo estipulado, sendo considerados desistentes desta rodada.

No Quadro 4, está descrita a forma de operacionalização da primeira rodada da técnica Delphi.

<b>1º rodada</b>
<p>Primeira rodada de aplicação dos questionários:            - indicação de três competências gerais e três específicas e respectivas justificativas</p>
<p><b>PESQUISADOR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Envio (por <i>e-mail</i>) da Carta-convite + Instrumento 01</li> <li>• Envio (pelo correio) do TCLE</li> </ul> <p><b>RESPONDENTES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preenchimento e devolução do TCLE assinado (pelo correio)</li> <li>• Preenchimento e devolução do Instrumento 01 (por <i>e-mail</i>)</li> </ul> <p><b>DURAÇÃO:</b> 45 dias</p> <p><b>PARTICIPAÇÃO:</b> 31 sujeitos = 48 envios – 17 não respondentes (destes, 5 indicaram sua recusa em participar da pesquisa)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 65% de participação efetiva</li> </ul> <p><b>RESULTADO:</b> indicação de 223 competências = 116 gerais + 107 específicas</p>
<p><b>ANÁLISE DE CONTEÚDO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitura flutuante: reorganização em 135 competências gerais + 88 específicas = 223 competências</li> <li>• Resultado final da análise de conteúdo: 21 competências gerais + 19 específicas = 40 competências</li> </ul>

Quadro 4 – Resumo das ações referentes à primeira rodada da técnica Delphi

As informações contidas nos 31 instrumentos devolvidos resultaram na descrição de 223 competências, sendo 116 gerais e 107 específicas. A instrução no Instrumento 01 era para que todos os participantes indicassem, no mínimo, três competências gerais e três competências específicas. No entanto, como havia, ao final do instrumento, uma orientação para a inserção de competências adicionais, caso o participante entendesse que esta ação seria necessária, sete participantes

indicaram competências adicionais: cinco indicaram mais uma competência, um indicou mais três, e um último indicou mais 13.

Para estruturação dos dados resultantes da primeira rodada, as competências indicadas foram organizadas por meio de análise de conteúdo, segundo procedimentos indicados por Bardin (1977), os quais serão descritos a seguir.

#### **4.5.1.1. Organização e tratamento dos dados da primeira rodada**

Os dados coletados, na primeira rodada, foram tratados por meio de proposta desenvolvida por Bardin (1977, p. 38) denominada de Análise de Conteúdo, a qual consiste em um “conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

O pesquisador que trabalha seus dados a partir dessa perspectiva estará interessado em descobrir o “texto que está por detrás de outro texto”, que não está aparente e que precisa de uma metodologia para ser desvendado.

Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo está dividida em três diferentes momentos: a) pré-análise; b) exploração do material e c) tratamento dos resultados.

Conforme descreve Rinaldi (2005, p. 119), a pré-análise “é a fase de organização, cujo objetivo consiste em operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais a fim de estruturar um esquema preciso de desenvolvimento das operações seguintes num plano de análise”. Nesta fase ocorre o primeiro contato com os documentos, que se constitui na “leitura flutuante”. É nesta leitura que podem surgir hipóteses ou questões norteadoras, em função de teorias já conhecidas. Após a leitura flutuante, são escolhidos os índices para serem organizados em indicadores. Os temas que se repetem com muita frequência poderão representar os índices.

O próximo momento é a exploração do material, representando uma etapa longa e exaustiva. É o momento da codificação em que os dados brutos são transformados de forma organizada, sendo agregados e possibilitando a descrição das características pertinentes ao conteúdo (BARDIN, 1977). A codificação compreende a escolha de unidades de registro (recorte), a seleção de regras de contagem (enumeração) e a escolha de categorias (classificação e agregação).

O tratamento dos resultados é dividido em duas fases: a inferência e a interpretação. A inferência é essencial, mas deve estar diretamente relacionada à teoria já existente, de forma a ser validada pela comunidade científica da área. Finalmente, deve ser realizada a sistematização dos resultados de acordo com os objetivos iniciais da pesquisa, buscando a interpretação e construção de conhecimento científico.

Tomando como base as orientações descritas acima, foram adotados os seguintes passos para realizar a análise de conteúdo:

1. Realização de pré-análise;
2. O levantamento das unidades de registro ou de contexto das competências indicadas;
3. Categorização;
4. Síntese das unidades de registro e de contexto em cada categoria;
5. Organização de nova redação às competências.

Para realização da fase de pré-análise, foram desenvolvidas as seguintes ações:

- Agrupamento das competências: todas as 223 competências foram reunidas em duas planilhas de Excel, uma para competências gerais, com 116 indicações, e outra para competências específicas, com 107 indicações. O nome que os sujeitos adotaram para cada uma das competências e o texto descrevendo a pertinência das mesmas em relação ao contexto da Atenção Básica à Saúde foram mantidos exatamente como haviam sido escritos no Instrumento 01;

- Leitura flutuante: foi realizada leitura de todas as competências indicadas pelos sujeitos, procurando identificar se o título e o texto de cada competência refletiam a divisão em grupos, gerais ou específicos, aos quais elas tinham sido indicadas, conforme definições<sup>11</sup> contidas nas orientações do Instrumento 01 (APÊNDICE F). Observamos que algumas competências indicadas como

---

<sup>11</sup> Competências gerais: referem-se a comportamentos profissionais próprios de desempenho em diferentes setores ou atividades e usualmente estão relacionadas à interação com saberes/fazeres mais abrangentes. Na Atenção Básica, seriam aquelas competências que todos os profissionais deveriam ter para desenvolver seu trabalho, como por exemplo: liderança, afetividade, dentre outras.

Competências específicas: são aquelas diretamente relacionadas com o exercício de ocupações concretas do profissional de Educação Física. Para esta pesquisa, são aquelas competências necessárias para o trabalho do profissional de Educação Física na Atenção Básica. Como exemplo, podemos citar: avaliação e prescrição adequada de exercícios físicos, domínio de processos pedagógicos para o ensino de práticas corporais, dentre outras.

específicas mantinham uma proximidade maior com a definição de competência geral e, portanto, tomamos a decisão de organizá-las no grupo de competências gerais. Esta ação alterou o número total de cada um dos grupos e, dessa forma, as competências gerais passaram a ter 135 indicações e as competências específicas ficaram com 88 (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição das competências de acordo com os dados resultantes do Instrumento 01 e da organização realizada por meio de Análise de Conteúdo segundo Bardin (1977)

<b>Competências</b>	<b>Unidades de registro</b>	<b>Unidades de contexto</b>	<b>Quantidade de competências após Análise de Conteúdo</b>
<b>Gerais</b>	1 - Afetividade	13	1
	2 – Comunicação	11	1
	3 – Conhecimento	20	4
	4 – Flexibilidade	19	1
	5 – Humanização	11	3
	6 – Liderança	8	1
	7 – Matriciamento	2	1
	8 – Planejamento e Avaliação	20	3
	9 – Promoção da Saúde	11	3
	10 – Trabalho em equipe	20	3
	<b>Total parcial</b>	<b>135</b>	<b>21</b>
<b>Específicas</b>	1 – Avaliação	11	3
	2 – Conhecimento	30	6
	3 – Práticas corporais	8	2
	4 – Prescrição	24	3
	5 – Primeiros socorros	3	1
	6 – Promoção da prática de atividade física	12	4
	<b>Total parcial</b>	<b>88</b>	<b>19</b>
	<b>TOTAL GERAL</b>	<b>223</b>	<b>40</b>

O próximo passo foi o levantamento das unidades de registro ou de contexto<sup>12</sup> dos depoimentos coletados, identificando-se 16 unidades de registro (dez para competências gerais e seis para competências específicas), a partir dos nomes indicados para cada uma das competências e, posteriormente, revelando também as unidades de contexto, a partir das frases utilizadas pelos sujeitos como forma de justificar a competência indicada.

Na sequência, realizou-se a categorização que consiste no agrupamento em razão de caracteres comuns dos elementos (unidades de registro e contexto) sob um título geral. O critério para categorização pode estar baseado em temas, verbos, adjetivos ou por classificação de palavras segundo o seu sentido, podendo ser emparelhadas por serem sinônimas ou possuírem sentidos próximos. Para exemplificar esta fase, utilizaremos a unidade de registro com o tema “primeiros socorros”, conforme Quadro 5.

Com os dados agrupados por categorias, foi realizada uma leitura minuciosa, compilando os dados e elaborando uma nova redação às competências, de modo a sintetizar as unidades de registro e de contexto, no entanto, sem distorcer a essência das competências que foram originalmente indicadas pelos participantes da técnica Delphi. Dessa forma, sempre que for possível, será realizada a transcrição de trechos das respostas dos participantes, evitando assim, desvios de interpretação. No exemplo do Quadro 5, as palavras ou frases que estão sublinhadas demonstram a compilação literal de unidades de registro ou de contexto, conforme elas estavam apresentadas no texto original.

Com a utilização da análise de conteúdo, foi possível construir um material sem perder a essência das sugestões dos participantes, ao mesmo tempo em que se reduziu a quantidade de informações que iriam voltar a estes, sendo este último aspecto um fator relevante para se manter os sujeitos motivados a continuarem participando da pesquisa.

---

<sup>12</sup> Unidade de registro: é o menor recorte de ordem semântica que se liberta do texto, podendo se uma palavra-chave, um tema, objetos, personagens, etc.

Unidade de contexto: deve fazer compreender a unidade de registro, tal qual a frase para a palavra.

Exemplo: as unidades de registro são algumas palavras, e as unidades de contexto são um ou alguns parágrafos.

Unidades de registro	Unidades de contexto
<u>Noções de primeiros socorros</u>	Ações rápidas quando é necessário o socorro em situações adversas.
Primeiros socorros	Em diversos momentos, na ponta, nos deparamos com situações adversas, e conhecer (saber aplicar) esta competência pode salvar vidas. Promover a saúde, <u>estando apto a socorrer em caso de emergências no decorrer do serviço. Saber procedimentos, utilização de materiais específicos, até onde/quando agir</u> , etc.
Capacidade de <u>tomar atitudes e controlar uma situação de acidente durante as atividades</u>	Acidentes podem ocorrer durante as atividades. É necessário que o profissional saiba o que fazer nesses momentos. <u>Ter noções de primeiros socorros, aplicá-los e encaminhar a pessoa para os cuidados mais complexos</u> . O importante é <u>evitar o agravamento do quadro</u> .
Síntese das unidades de registro e de contexto em uma categoria	
<u>Ter noções de primeiros socorros</u>	<u>Tomar atitude e controlar uma situação de acidente durante as atividades, estando apto a socorrer em caso de emergências no decorrer do serviço. Ter noções de primeiros socorros, saber procedimentos, utilizar materiais específicos, saber até onde e quando agir. Saber encaminhar a pessoa para os cuidados mais complexos, evitando o agravamento do quadro.</u>

#### Quadro 5 – Exemplo de categorização dos dados

Após a análise de conteúdo, tivemos como resultado uma lista de 40 competências (Tabela 5), com as quais foi criado o Instrumento 02 (APÊNDICE G) que serviu para operacionalizar a segunda rodada do painel Delphi.

#### 4.5.2. Segundo rodada – lista preliminar de competências

Neste segundo momento, retomamos o contato com 43 especialistas, excluindo somente os cinco sujeitos que indicaram sua recusa durante a primeira rodada. Dessa forma, optamos por manter os 12 sujeitos não respondentes, por entender que estes ainda poderiam contribuir para o desenvolvimento do estudo, sendo que não houve de nenhum deles a indicação de recusa em participar do estudo. Para estes últimos, foi enviado um texto no corpo do *e-mail* explicando como tinha ocorrido a primeira rodada e incentivando-os sobre a importância de participarem da pesquisa.

Nesta rodada foram enviados três arquivos:

- CARTA DE APRESENTAÇÃO (APÊNDICE H) – documento contendo novamente uma breve descrição do conceito de competência, um resumo descrevendo como foi construído o Instrumento 02 e uma breve explicação sobre a realização da segunda rodada.

- INSTRUMENTO 01 PREENCHIDO – este arquivo continha as competências gerais e específicas listadas pelo referido participante durante a primeira rodada. O objetivo deste retorno foi possibilitar o *feedback* das informações ao participante, dando a oportunidade ao mesmo de relembrar o que havia indicado e de verificar, em comparação com o Instrumento 02, se suas percepções e opiniões estavam sendo contempladas.

- INSTRUMENTO 02 – questionário contendo a lista de competências gerais e específicas do profissional de educação física para atuar na Atenção Básica (APÊNDICE G) - neste formulário os respondentes tinham de determinar, numa escala de 0 a 5, o grau de importância de cada competência, refletindo para tanto, sobre a pertinência destas competências quando da atuação do profissional de educação física na Atenção Básica. Esta lista continha um total de 40 competências, sendo 21 gerais e 19 específicas. Na ordem de apresentação das competências, o questionário não mantinha nenhuma relação com qualquer hierarquia ou frequência de respostas. Ao final do instrumento, o respondente ainda poderia realizar duas novas ações: dar um novo texto para qualquer uma das competências listadas, caso entendesse que isto era necessário e/ou incluir uma nova competência, se

verificasse que suas opiniões ou percepções não estavam contempladas nas competências listadas.

A atribuição de valor pelos sujeitos a uma respectiva competência deveria levar em consideração o título (nome da competência) e a descrição que a acompanhava.

Com vista a se identificar o grau de importância de cada competência para a do profissional de educação física no contexto da Atenção Básica, foi utilizada a escala de Likert, exigindo do participante um posicionamento ao escolher uma das respostas escalonadas, supondo-se que os intervalos entre os itens sejam equivalentes (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2007). Assim, o grau de importância para este estudo em cada uma das escalas foi representado por:

- 0 = Nenhuma importância;
- 1 = Importância muito pequena;
- 2 = Importância pequena;
- 3 = Importância razoável;
- 4 = Importância grande; e
- 5 = Importância muito grande.

Dos 43 questionários enviados, 34 retornaram, correspondendo a 71% de participação, se considerarmos a amostra inicial de 48 sujeitos e, dos nove sujeitos que não retornaram o questionário, não houve comunicado de desistência ou recusa em participar do estudo. No prazo estipulado (15 dias), tivemos o retorno de 15 questionários; com 30 dias, mais 14 e, com 45 dias, outros 5.

Em estudos similares também tem sido observado um número similar de participantes que não retornam o questionário (MIRANDA; LARA; RINALDI, 2009; PIZANI; SERON; RINALDI, 2009), porém, por outro lado, na presente pesquisa, houve uma estabilização do número de participantes quando se compara o quantitativo da primeira e da terceira rodadas, o que acreditamos seja fruto das iniciativas de reforço à participação, realizadas por meio de contato via *e-mail* e de telefone.

Após o retorno dos instrumentos devidamente preenchidos, os dados foram tratados por análise estatística descritiva que, de acordo com Bussad e Morettin (1987), tem como objetivo coletar, reduzir, analisar e modelar os dados a partir da inferência para a população da qual eles foram obtidos.

A técnica Delphi preconiza uma definição prévia de consenso e, portanto, para esta segunda rodada, foi definido como critério de consenso, que uma competência teria de alcançar o percentual mínimo de 75% de anotação na soma dos escores 4 e 5, para que a mesma continuasse a compor o questionário. Este critério de consenso teve como base pesquisas relacionadas à Atenção Primária à Saúde com utilização da técnica Delphi (CAMINAL et al., 2001; CAMINAL et al., 2004; CAMPBELL et al., 2004).

Com base no critério de consenso, foi calculado o quartil 1 reunindo as 34 indicações em cada uma das competências, sendo que, somente 2 competências tiveram como resultado um valor menor que 4, demonstrando que estas não atingiram um consenso de pelo menos 75% dos sujeitos nos escores 4 e 5 (APÊNDICE I e J).

Dessa forma, foram excluídas duas competências, por não atingirem o nível de consenso esperado e, portanto, o Instrumento 03 ficou constituído de 38 competências, sendo 20 gerais e 18 específicas, excluindo-se somente as competências de número 12<sup>13</sup> e 39<sup>14</sup> que faziam parte do Instrumento 02 (APÊNDICE G). Vale ressaltar que, ao final do Instrumento 02 havia um espaço no qual cada participante poderia indicar uma nova competência, no entanto, esta opção não foi utilizada.

No Quadro 6, estão apresentados, resumidamente, as ações realizadas na segunda rodada da técnica Delphi.

---

<sup>13</sup> Nome da competência: Matriciamento.

<sup>14</sup> Nome da competência: Possibilitar melhorias a nível funcional das capacidades condicionais e coordenativas dos usuários.

<b>2º rodada</b>
<p>Segunda rodada de aplicação dos questionários:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- indicação do grau de importância para cada competência</li> <li>- escala de Likert (0 – 5)</li> </ul>
<p><b>PESQUISADOR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Envio (por <i>e-mail</i>) da Carta de apresentação + Instrumento 01 preenchido + Instrumento 02</li> </ul> <p><b>RESPONDENTES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preenchimento e devolução do Instrumento 02 (por <i>e-mail</i>)</li> </ul> <p><b>DURAÇÃO:</b> 45 dias</p> <p><b>PARTICIPAÇÃO:</b> 34 sujeitos = 43 envios - 9 não respondentes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 71% de participação efetiva, se considerarmos a amostra inicial de 48 sujeitos</li> </ul> <p><b>RESULTADOS:</b> Análise descritiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• manutenção de 38 competências</li> <li>• exclusão de duas competências que não obtiveram o consenso esperado: 75% de indicações com valor 4 ou 5;</li> <li>• utilização do espaço destinado a críticas ou comentários ao final do instrumento: cinco sujeitos escreveram sobre oito diferentes competências.</li> </ul>

Quadro 6 – Resumo das ações referentes à segunda rodada da técnica Delphi

#### **4.5.3. Terceira rodada – lista final de competências**

Nesta etapa foram excluídos 14 sujeitos do total de 48 constantes na amostra inicial: cinco destes já haviam indicado sua recusa na primeira rodada, e outros nove, foram considerados desistentes, pois não retornaram os questionários na primeira e na segunda rodada. No prazo estipulado (15 dias), tivemos o retorno de 20 questionários; com 30 dias, mais quatro e, com 45 dias, outros sete.

Os instrumentos enviados foram os seguintes:

- INSTRUMENTO 03 – este questionário é similar ao enviado na segunda rodada, porém, com a exclusão das duas competências (nº 12 e 39) que não alcançaram o nível de consenso desejado. O diferencial deste questionário é que, ao final, existe um espaço para o participante se manifestar, caso esteja em desacordo com o consenso do grupo. Se o sujeito indicasse um valor inferior a 4 para qualquer uma das competências, ele deveria justificar, relatando brevemente fatos ou fatores que sustentam seu posicionamento, demonstrando que ele considera aspectos que os outros participantes poderiam estar negligenciando.

- FICHA DE IDENTIFICAÇÃO – este instrumento contém espaço para preenchimento com os dados gerais de identificação dos participantes (APÊNDICE B e C).

Com base no critério de consenso, foi calculado o quartil 1 reunindo as 31 indicações de cada uma das competências, sendo que, somente 1 competência teve como resultado um valor menor que 4, demonstrando que esta não atingiu um consenso de pelo menos 75% dos sujeitos nos escores 4 e 5 (APÊNDICE K e L). A competência excluída foi a de número 10<sup>15</sup> e, desse modo, a lista final de competências ficou constituída por 37 competências - 19 gerais e 18 específicas.

No Quadro 7, estão apresentadas as ações realizadas na terceira rodada da técnica Delphi.

---

<sup>15</sup> Nome da competência: Ter uma visão holística e apaixonada

<b>3º rodada</b>
<p>Terceira rodada de aplicação dos questionários:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- indicação grau de importância para cada competência</li> <li>- escala de Likert (0 – 5)</li> </ul>
<p><b>PESQUISADOR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Envio (por <i>e-mail</i>) do Instrumento 03 + Ficha de identificação</li> </ul> <p><b>RESPONDENTES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preenchimento e devolução do Instrumento 02 + Ficha de identificação (via <i>e-mail</i>)</li> </ul> <p><b>DURAÇÃO:</b> 45 dias</p> <p><b>PARTICIPAÇÃO:</b> 31 sujeitos = 34 envios – 3 não respondentes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 65% de participação efetiva, se considerarmos a amostra inicial de 48 sujeitos</li> </ul> <p><b>RESULTADOS:</b> Análise descritiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• manutenção de 37 competências;</li> <li>• exclusão de uma competência que não obteve o consenso esperado: 75% de indicações com valor 4 ou 5;</li> <li>• justificativas para a indicação de grau 3 ou inferior de alguma competência: 10 sujeitos se posicionaram, elaborando 39 justificativas; 27 competências foram citadas pelo menos uma vez.</li> </ul>

Quadro 7 – Resumo das ações referentes à terceira rodada da técnica Delphi

Foi orientado aos sujeitos participantes que sempre que eles optassem por indicar o nível de importância de uma competência com o escore 3 ou inferior, eles deveriam justificar sua opção ao final do instrumento. Esta iniciativa demonstra que é possível um olhar diferenciado, mesmo numa situação de consenso quase absoluto. No trabalho em equipe no contexto da Atenção Básica à Saúde, uma postura como esta poderá representar uma possibilidade de ampliação do olhar de toda uma equipe numa vertente que ainda não tinha sido vislumbrada.

Como exemplo, podemos citar a seguinte justificativa:

“A descrição menospreza a população com a qual se trabalha. Erra ao atribuir atividades do SUS somente à população pobre e parece confundir atividade na atenção básica como um aulão de aeróbica.” (Sujeito nº justificando sua opção de escore 3 ou inferior a respeito da competência nº 2.”

Podemos observar, na justificativa anterior, uma tendência a vislumbrar a ação desenvolvida na Atenção Básica como algo direcionado à população carente, o que não coaduna com as diretrizes desta política, pois, de outra forma, as ações devem ser planejadas e desenvolvidas para possibilitar a participação de toda a população, independente de sua situação socioeconômica.

É importante destacar que houve 10 participantes que elaboraram 39 justificativas para 27 diferentes competências e, quando pertinentes, estas justificativas foram utilizadas na discussão dos resultados.

#### **4.6. Análise de dados**

As competências elencadas serão analisadas, tendo como base o acúmulo de conhecimentos científicos atuais que discutem a temática educação física e Atenção Básica à Saúde, apoiando-se em referências bibliográficas recentes e pertinentes e em documentos oficiais referentes às políticas públicas de saúde: Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Promoção da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, em especial o número dedicado a apresentar as diretrizes do NASF e a portaria de criação do NASF e outros documentos análogos a estes anteriores. Também serão considerados os documentos ou materiais produzidos pelo Confef que se referem à atuação do profissional de educação física na ABS.

Uma pesquisa envolvendo 225 projetos de entes federados que desenvolvem ações de prática corporal/atividade física vinculados à Rede Nacional de Atividade Física constatou que somente 35% dos projetos estão articulados ao NASF (KNUTH et al., 2010), contudo, entendemos que as orientações apresentadas pelo Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica sobre as diretrizes do NASF poderão servir de fundamentos para a atuação do profissional de educação física, independente do tipo de vínculo que é mantido pelo profissional junto a este espaço de atuação.

Parte-se do princípio de que o profissional de educação física que estiver atuando na ABS deve manter-se em consonância com as políticas públicas de

saúde relacionadas a este contexto, bem como, com os apontamentos de autores e organizações que têm se dedicado a discutir esta temática na atualidade.

#### **4.7. Aspectos éticos**

Para o cumprimento das exigências éticas em estudos na área da saúde envolvendo seres humanos, foram adotados os seguintes procedimentos:

A participação de todos os coordenadores e profissionais dos programas de atividade física foi consentida pela Secretaria Municipal a qual o profissional estava vinculado por meio de uma declaração de ciência e autorização (APÊNDICE A).

Foi elaborado um TCLE (APÊNDICE E) de acordo com a Resolução 196/96. Estes termos (duas cópias assinadas) foram enviados aos sujeitos. Aqueles que concordaram em participar do estudo devolveram uma cópia assinada ao pesquisador (BRASIL, 1996).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), por meio do ofício CEP-EERP/USP – 022/2010 em 1º de março de 2010 (ANEXO A).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1. Competências do profissional de Educação Física para atuar na Atenção Básica à Saúde**

Durante o período da coleta de dados foi possível elaborar uma lista de competências gerais e específicas do profissional de educação física pensando em sua atuação no contexto da ABS. Antes de iniciarmos a discussão dos resultados, esta lista foi organizada pelos pesquisadores, tomando-se como base as três dimensões da competência, segundo divisão proposta de Durand (2000). Esta divisão já foi utilizada de forma adaptada em estudos que discutiram a competência profissional na área da educação física em outros contextos, que não o da ABS (FEITOSA, 2002; NASCIMENTO, 1998).

Dessa forma, as competências, resultantes da coleta e organização dos dados, foram divididas entre as três dimensões e seus indicadores, a saber: dimensão dos conhecimentos (conceitual, procedimental e contextual), dimensão das habilidades (planejamento, comunicação, avaliação, “incentivação” e gestão) e dimensão das atitudes (Figura 2).

Esta nova organização tomou como base os estudos citados acima, bem como, as justificativas dos sujeitos da pesquisa nos comentários descritos ao final do instrumento 03, tornando-se assim, mais elucidativa para a compreensão e discussão dos dados, pois, por meio de uma releitura de todo conteúdo das competências elaboradas, os pesquisadores tiveram a oportunidade de efetuar algumas ações importantes, tais como: a) excluir textos repetitivos que eram encontrados numa mesma competência ou em competências similares; b) desmembrar o texto de algumas competências em mais de uma indicação, entendendo que estas poderiam conter mais de uma dimensão e, portanto, teriam condições de compor competências distintas; c) incluir uma palavra para iniciar a descrição das competências em cada uma das três dimensões, ficando da seguinte forma: o verbo “dominar” ficou definido para designar conhecimentos, “ser capaz” para designar habilidades e “demonstrar” para designar atitudes (APÊNDICE M).

Este movimento de organização resultou em 58 competências que são oriundas de uma construção coletiva, realizada por meio de métodos apropriados, numa inter-relação entre os sujeitos da pesquisa e os pesquisadores responsáveis pela mesma. Diante deste histórico, nosso esforço, neste momento, será no sentido de valorizar o conteúdo de cada uma das competências, apontando os limites e as potencialidades destas, com ênfase em princípios e diretrizes da Atenção Básica à Saúde.

Um entendimento importante que queremos deixar evidente, ao realizarmos a análise e discussão dos resultados, se refere à indissociabilidade das três dimensões (conhecimentos, habilidades e atitudes) da competência, defendendo que esta divisão, de cunho didático, não deverá em momento algum cercear a visão do todo, pois, no dia a dia do trabalho na ABS, estas sempre serão reveladas de forma interligada.

Por exemplo, ao ministrar uma atividade a um grupo de diabéticos, o profissional deve dominar o conhecimento conceitual sobre os fatores de risco relacionados à doença, o conhecimento contextual sobre as condições de prática daquela população, ser capaz de comunicar-se de forma clara e concisa e ter uma atitude humanizada que aproxime as pessoas, motivando-as a aderirem e permanecerem por um longo período em um programa de prática corporal/atividade física. Portanto, não é possível se restringir a somente uma dimensão, mas é necessário um olhar ampliado e integrado.

A discussão dos dados será realizada de acordo com a seguinte sistematização:

- As competências serão organizadas em três capítulos, segundo as dimensões conhecimentos, habilidades e atitudes (Figura 2);
- Em cada dimensão haverá subdivisões, de acordo com seus indicadores (Figura 2);
- Em primeiro plano será apresentado o texto de cada competência e, logo a seguir, estará a discussão referente à mesma;
- Os pesquisadores também poderão optar por agrupar mais de uma competência, de acordo com o sentido e significado que elas trazem para a discussão. Desta forma, em primeiro plano serão apresentadas as competências e, em seguida, a discussão referente a todo o grupo;

- Quando os pesquisadores estiverem discutindo uma competência ou grupo de competências e for necessário fazer alusão a uma competência que está citada em outro capítulo, ele utilizará, como referência da mesma, o título que está disposto acima do texto da respectiva competência.

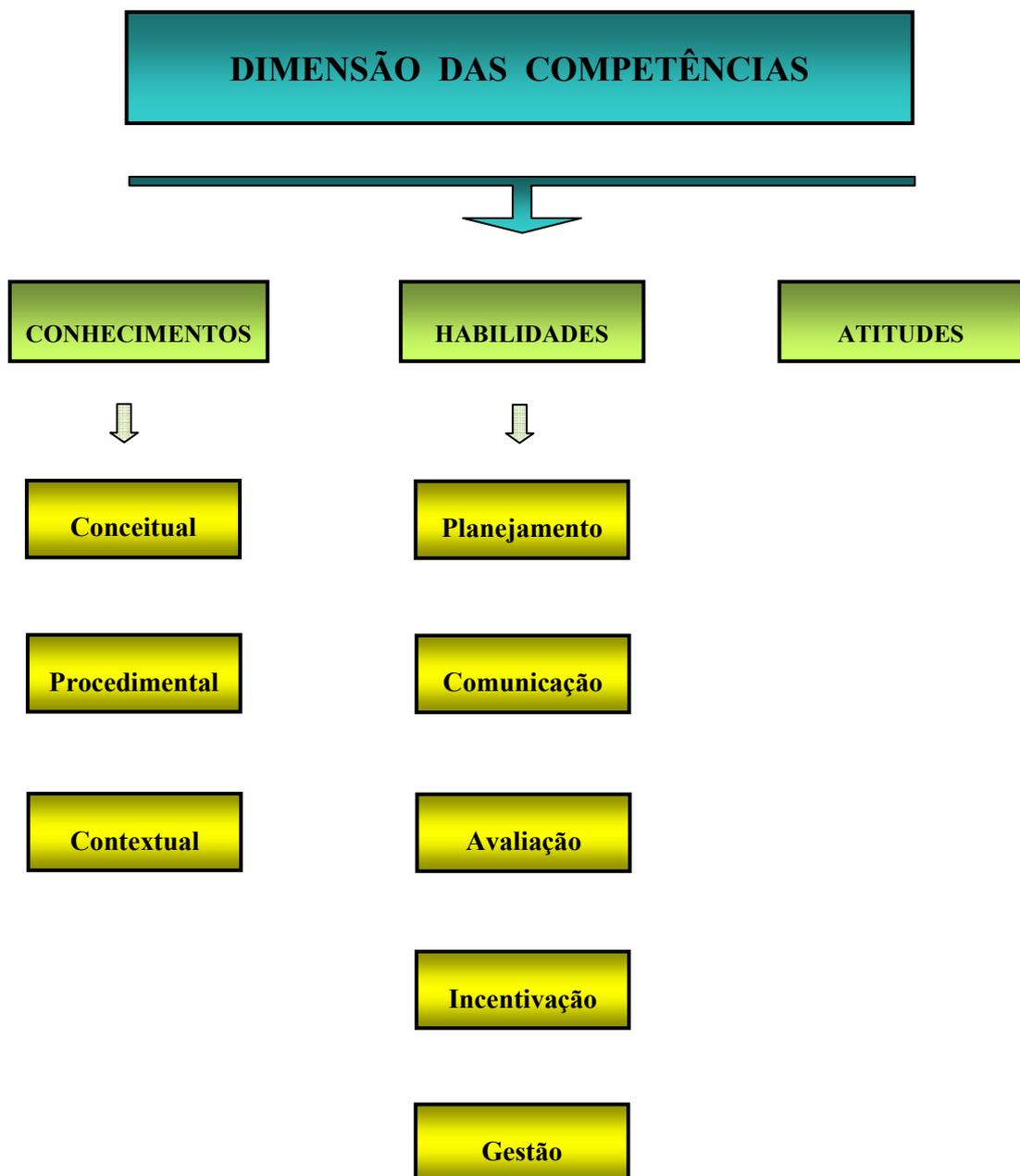


Figura 2 – Organograma das dimensões da competência e seus indicadores

## 5.2. Competências relacionadas à dimensão dos conhecimentos

### 5.2.1. Dimensão do conhecimento conceitual (CC)

As competências deste subtítulo fazem parte da dimensão conhecimento, subdividida em seu indicador de conhecimento conceitual que é formado pelos conteúdos e ideias genéricas que constituem a matéria que vai ser ensinada. Diz respeito ao domínio de teorias envolvidas na construção do conhecimento específico para a área de atuação.

#### **COMPETÊNCIA CC 01**

*Dominar conhecimentos sobre conteúdos biológicos, biomecânicos, psicomotores e dos princípios do treinamento desportivo.*

A primeira competência listada diz respeito aos conteúdos que tradicionalmente estão contemplados nos currículos dos cursos de graduação em educação física, existindo, então, uma grande possibilidade de os profissionais desta área terem apreendido este conhecimento no período de formação superior inicial.

O domínio dos conteúdos citados pressupõe, principalmente, a compreensão sobre o que acontece no corpo humano em situações de prática da atividade física, envolvendo os princípios que orientam o desenvolvimento de uma prática sistematizada. Guedes e Guedes (1998) relacionam três princípios indispensáveis ao profissional de educação física que trabalha na prescrição de exercícios físicos para a saúde: princípio da sobrecarga, progressão e individualidade, princípio da especificidade e princípio da reversibilidade. Segundo os autores, o objetivo fundamental destes princípios é organizar as sessões de prática corporal/atividade física de maneira a conferir uma maior eficácia às adaptações que estas podem causar no organismo e ainda destacam que, na estruturação de um programa de exercícios físicos, estes princípios não devem ser encarados de forma isolada ou compartimentada, mas como um conjunto uniforme coordenado entre as partes.

Entendemos que esses princípios biológicos citados podem balizar a prática do profissional no contexto da ABS, no entanto, se não estiverem em consonância com as diretrizes e princípios da ABS, servirão somente para reforçar um caráter

curativo e biomédico da atenção prestada, o que não coaduna com os pressupostos que têm fundamentado a inserção do profissional de educação física nos espaços de saúde pública atualmente.

### **COMPETÊNCIA CC 02**

*Dominar conhecimentos sobre a compreensão do movimento humano para além da perspectiva biomecânica, do foco restrito ao desenvolvimento das capacidades físicas e no gasto calórico.*

Como na primeira competência, esta segunda também cita o conhecimento conceitual sobre a mecânica do movimento, no entanto, faz um alerta para que as ações não sejam realizadas com o objetivo de se buscar somente o desenvolvimento de capacidades físicas e o gasto calórico. Entendemos que esta competência não desconsidera os benefícios destes aspectos para a saúde das pessoas, porém um profissional de saúde que se esforça para orientar suas práticas pelo princípio da integralidade busca sistematicamente escapar aos reducionismos. Exemplificando, um usuário que é atendido na ABS não pode ser reduzido à quantidade de calorias que ele precisa gastar, a uma doença que esteja lhe trazendo sofrimento, nem tampouco a um conjunto de situações de risco que poderão levá-lo a ter uma doença. Mattos (2006) afirma que esta postura só se faz presente quando um profissional, impossibilitado de tratar o outro como sujeito, trata somente as queixas e as doenças, e não o indivíduo, portador de desejos, aspirações, sonhos, contextos sociais, culturais, religiosos, familiares, dentre outros aspectos.

### **COMPETÊNCIA CC 03**

*Dominar conhecimentos ampliados a respeito da discussão sobre o corpo para outros contextos nas comunidades e nas suas relações com os processos de saúde-adoecimento, não ficando limitado a uma visão biológica de seu funcionamento, ou ainda pelo viés patológico e prescritivo, que enxerga a saúde como ausência de doença. É importante perguntar: de que corpo cada comunidade, cada unidade de saúde ou cada região está falando?*

Para discutir essa terceira competência, podemos ampliar nosso olhar a partir de uma frase do filósofo João Paulo Subirá Medina: “o que o corpo fala é o que o social está falando através do corpo”. Esta frase foi utilizada por Monteiro e Gonçalves (2000, p. 183) para discutir a visão de saúde de nossa sociedade como algo “patológico”. Como exemplo estes últimos autores citaram a situação de uma

pessoa obesa que passa a vida inteira tentando perder peso, sem perceber que suas angústias e até suas neuroses são resultado de um modelo de comunidade doente que determina padrões incompatíveis com a maior parte das pessoas. Neste caso específico, o profissional de educação física poderá desempenhar um papel importante, ao proporcionar momentos de reflexão, de modo a capacitar as pessoas a enxergarem os benefícios da prática corporal para além das imposições estéticas. Esta postura demonstrará que o profissional desenvolve suas atribuições com base em princípios da promoção da saúde, superando o conceito de saúde restrito à ausência de doenças.

#### **COMPETÊNCIA CC 04**

*Dominar conhecimentos sobre as nuances de cada grupo específico que devem ser consideradas para a prescrição de exercícios para a prevenção e a promoção da saúde. Estes grupos constituem uma demanda representativa da Atenção Básica: idosos, hipertensos, diabéticos, cardiopatas, portadores de doenças osteoarticulares, portadores de necessidades especiais, pacientes pós-reabilitação física, portadores de síndromes, etc.*

A quarta competência tem seu enfoque no conhecimento dos aspectos que envolvem a prescrição de exercícios para diferentes grupos de risco. Quando se fala em “nuances” de cada grupo específico, se destacam as diferenças sutis que existem no cuidado a cada um dos grupos ou pessoas, como, por exemplo, um paciente com diabetes que já possui uma perda significativa de sensibilidade nos pés deve evitar atividade de caminhada em esteira ou ao ar livre, correr, etc. Neste caso, é recomendado que se realizem atividades na posição sentada, tais como, ciclismo, remo, ou mesmo natação (BRASIL, 2006c).

O Ministério da Saúde tem editado os Cadernos de Atenção Básica que representam uma série de publicações que atualizam conhecimentos e estratégias da ABS com a intenção de ampliar sua capacidade para uma abordagem integral nos diferentes agravos. Nesses materiais constam orientações sobre os cuidados que devem ser tomados ao ministrar práticas corporais/atividades físicas para pessoas com hipertensão, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus, obesidade, doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica, entre outras (BRASIL, 2011a). Na maioria das vezes, com o objetivo de produzir um documento adequado à realidade, essas publicações são oriundas de experiências exitosas

desenvolvidas por profissionais da ABS, tendo, como pressuposto para a sua elaboração, a participação de uma equipe multiprofissional.

A variedade de conhecimentos conceituais, que devem ser de domínio do profissional de educação física para sua atuação na ABS, nos remete a um alerta feito por Starfield (2004) quando trata da complexidade que envolve o atendimento médico de primeiro contato do usuário com a rede de atenção à saúde. A autora afirma que “nem todo médico pode estar igualmente habilitado em todas as facetas de atenção médica, e o nível de entrada da atenção oferece desafios especiais” (p. 208, grifo nosso). Transferindo esta argumentação para o profissional de educação física, podemos afirmar que sua atuação na ABS exige uma qualificação também “específica”, porém, com base em questões que envolvem o espaço específico de atuação.

Por exemplo, um profissional que trabalha na reabilitação de pessoas que foram submetidas a uma cirurgia cardíaca vai lidar com problemas específicos que se encontram mais afastados do contexto social. Em contraste, um profissional que atua na ABS, especialmente em ações de prevenção de doenças, trabalha com a comunidade, onde as manifestações de doenças são fortemente influenciadas pelo contexto social. Neste sentido, o domínio de conhecimentos sobre os determinantes sociais de saúde, principalmente aqueles que afetam diretamente a comunidade de referência, deve fazer parte da especificidade do conhecimento (apesar de não serem conhecimentos tão específicos) necessário para a atuação do profissional de educação física na ABS.

### **5.2.2. Dimensão do conhecimento procedimental (CP)**

Este indicador é composto por conhecimentos das diferentes estratégias que são utilizadas para tornar acessível e compreensível o conteúdo que se ensina ou se desenvolve.

#### **COMPETÊNCIA CP 01**

*Dominar conhecimentos teóricos e técnicos sobre as necessidades específicas e sobre o conteúdo a ser ministrado aos grupos de*

*atividade física, tendo condições de explicar o que se faz, como se faz e por que se faz.*

A competência citada descreve a necessidade de o profissional dominar uma gama de conhecimentos sobre diferentes conteúdos para ser ofertados aos usuários e também o domínio de procedimentos metodológicos que serão utilizados como estratégias para se atingir um determinado objetivo. Discutir tais questões metodológicas implica na “atitude política” do profissional em reconhecer o que o move a agir em sua prática, noutras palavras, quais são as suas concepções de humanidade, sociedade e de usuário (DARIDO; OLIVEIRA, 2009).

#### **COMPETÊNCIA CP 02**

*Dominar conhecimentos sobre os objetivos da avaliação, quais medidas avaliar, a identificação das evidências concretas e os parâmetros para qualidade de vida.*

#### **COMPETÊNCIA CP 03**

*Dominar conhecimentos sobre os protocolos de avaliação existentes, de modo a utilizar o que for mais adequado e coerente para ser aplicado com o público-alvo, levando em consideração as diferentes realidades encontradas em saúde pública.*

As duas competências citadas acima estão relacionadas ao domínio de conhecimentos sobre avaliação e, por consequência, estão associadas à dimensão de habilidade de avaliação que será apresentada um pouco mais adiante.

Conforme já foi descrito na metodologia, as competências aqui relacionadas são resultantes de uma construção coletiva realizada com profissionais de educação física de seis diferentes cidades brasileiras, no entanto, carregam uma grande similaridade com o que está indicado pelo Confef, no tocante ao tema avaliação física, em um documento de recomendações elaborado por este conselho para balizar a atuação do profissional de educação física na ABS (SILVA, 2010). É fato que os sujeitos da pesquisa não tiveram nenhuma influência direta deste documento, pois o mesmo foi publicado após o período da coleta de dados da presente pesquisa.

Para realizar procedimentos relativos à avaliação física, o Confef recomenda que o profissional de educação física deverá ter domínio de conhecimentos em protocolos de testes e suas adequações de acordo com:

aptidão cardiorrespiratória do avaliado; indicações e contra-indicações para realização de testes; indicações de interrupção de testes; preparo de pacientes para a realização de testes; funcionamento de equipamentos; fisiologia do exercício e das respostas hemodinâmicas e respiratórias ao exercício físico; princípios e detalhes da avaliação, bem como os objetivos a serem atingidos (SILVA, 2010, p. 24-25).

O Conselho Federal de Educação Física demonstra uma preocupação “técnica” em utilizar os conhecimentos em avaliação para conhecer melhor as condições de saúde das pessoas que estão participando dos programas e ações, principalmente em relação aos aspectos biológicos.

Por outro prisma, a PNPS indica a necessidade do desenvolvimento de estudos de avaliação capazes de produzir evidências que demonstrem a efetividade das ações de práticas corporais/atividade física, principalmente nos aspectos relacionados ao controle e à prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2006a).

Acreditamos que métodos de avaliação que possibilitem demonstrar resultados sobre a incorporação das práticas corporais/atividades físicas na ABS, tanto para aspectos quantitativos, como qualitativos, podem contribuir para a mudança de conceito acerca do processo saúde-doença, ou seja, outros recursos poderão ser valorizados, além daqueles vinculados à prática medicamentosa e aos procedimentos médicos. Bielemann, Knuth e Hallal (2010) realizaram um estudo avaliando a possibilidade de redução de custos no SUS com internações hospitalares e com medicamentos por meio da associação com a prática da atividade física. Ao reunirem dados da literatura sobre internações por doenças do aparelho circulatório e por diabetes, os autores demonstraram que esses gastos poderão ser reduzidos consideravelmente, caso as pessoas adotem um estilo de vida mais saudável que inclua a prática regular da atividade física. Esta mesma relação foi constatada pelos autores ao revisarem a literatura sobre os gastos com medicamentos para hipertensão e diabetes. Estudos como esse demonstram que as práticas corporais/atividades físicas são eficazes para auxiliar no tratamento e na prevenção de doenças crônicas, podendo ser utilizadas de forma conjunta com as práticas medicamentosas.

#### **COMPETÊNCIA CP 04**

*Dominar conhecimentos sobre práticas corporais diversas que compõem a cultura corporal do movimento: jogos, dança, esportes, lutas, os vários tipos de ginástica, jogos de salão, práticas orientais,*

*além de outras práticas mais comuns, como caminhada, alongamento e musculação.*

As práticas corporais tradicionalmente ensinadas pelo profissional de educação física nas escolas, clubes, academias, entre outros espaços de atuação, podem fazer parte do rol de possibilidades de práticas no contexto da ABS, no entanto, este espaço requer uma ampliação dos conhecimentos sobre diferentes abordagens que deem conta das questões e demandas colocadas no próprio território.

Além das práticas corporais que vêm sendo realizadas e incentivadas no contexto da ABS, como a caminhada, a corrida, alongamentos, movimentos ginásticos, outras possibilidades têm estado presentes em diferentes localidades: em São Paulo, por meio de programa da Secretaria Municipal de Saúde são desenvolvidas atividades de danças circulares, yoga, shantala e outras práticas corporais terapêuticas da medicina tradicional chinesa (MORETTI et al., 2009); em Olinda, por meio do Programa Se Bole Olinda, são promovidas aulas de ginástica, passeios ciclísticos, tai chi chuan, roda de capoeira, ginástica laboral, atividades aquáticas, entre outras (GUARDA et al., 2009); em Rio Claro, por meio do Programa Saúde Ativa Rio Claro, são desenvolvidos exercícios predominantemente cardiorrespiratórios - caminhadas e atividades lúdicas e exercícios neuromotores - força, agilidade, equilíbrio, flexibilidade e coordenação (KOKUBUN et al., 2007). Essa constatação de uma gama diversificada de práticas corporais presente nos programas de promoção de práticas corporais/atividade física na ABS sugere, conseqüentemente, um conhecimento mais abrangente do profissional que estará responsável pelas mesmas.

O conhecimento procedimental do profissional de educação física que atua no contexto da ABS deve ser bastante amplo, conforme indicado pelas competências elencadas pelos sujeitos da pesquisa e pelo referencial apresentado, demonstrando, assim, a necessidade de este profissional estar constantemente avaliando até que ponto ele está conseguindo cumprir as funções que são próprias da especificidade da sua área, ao mesmo tempo em que estará atuando de forma interdisciplinar junto a uma equipe de saúde e com outros profissionais que estejam vinculados à Unidade Básica de Saúde a qual ele está referenciado.

Novamente, destaca-se a importância do conceito de integralidade como uma das diretrizes do SUS e um dos atributos essenciais da ABS, pois a prática da integralidade exige uma visão ampla que reconheça a grande variedade das necessidades relacionadas à saúde, de modo que o profissional se conscientize da importância em se buscar os recursos para abordá-las, incorporando ações de promoção, prevenção, assim como ações curativas e reabilitadoras.

### **5.2.3. Dimensão do conhecimento contextual (CX)**

O conhecimento contextual está relacionado aos conhecimentos das características particulares do ambiente onde o profissional desempenha as suas funções bem como da clientela, no nosso caso, os usuários da ABS, com a qual se atua. As competências deste indicador também irá compreender o conhecimento de características específicas da estrutura e funcionamento do sistema público de saúde, incluindo as complexidades, limites, potencialidades e expectativas existentes neste contexto.

#### **COMPETÊNCIA CX 01**

*Dominar conhecimentos sobre o Sistema Único de Saúde, seu processo de construção e consolidação histórica, seus princípios e diretrizes, leis e portarias, bem como, sua organização em níveis de atenção e de gestão.*

Essa competência destaca a necessidade de o profissional de educação física conhecer o que é o Sistema Único de Saúde, caso contrário, este profissional pode ter dificuldade em operar sua prática dentro do contexto da ABS e, portanto, as intervenções propostas podem não estar em consonância com as necessidades da população do seu território de referência. Saber em qual contexto emergiu a necessidade da criação do SUS e como foram estabelecidos seus princípios e diretrizes é de suma importância para auxiliar o profissional a entender a estrutura de funcionamento do sistema de saúde no Brasil, pois estamos falando de uma política pública que visa assegurar o direito a serviços de saúde para todos os cidadãos brasileiros, sendo a única possibilidade de atenção para mais de 140 milhões de pessoas (PAIM, 2009).

A respeito do conhecimento sobre o que é o SUS, Paim (2009) destaca que em uma pesquisa de opinião encomendada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) nos anos de 1998 e 2002, somente 25% e 35% das pessoas, respectivamente, sabiam o significado da sigla SUS, apesar de ser constatado, nesta mesma pesquisa, que 90% destas pessoas eram usuários do SUS.

Outra questão importante que essa competência aborda para o profissional de educação física é a necessidade de se entender como está organizado o sistema de saúde brasileiro, pensando como pode ser estruturado seu trabalho tendo em mente os diferentes níveis de atenção - primária, secundária e terciária - e os diferentes níveis de gestão - federal, estadual e municipal.

### **COMPETÊNCIA CX 02**

*Dominar conhecimentos específicos sobre a rede do SUS: seus serviços, direitos, deveres, área de atuação, limites, responsabilidades e possibilidades de atuação neste sistema. Conhecer a realidade urbana e rural.*

Além do destaque dado anteriormente para o domínio do conhecimento a respeito do processo de construção e conformação do SUS, esta competência aponta para a necessidade em se conhecer como efetivamente funciona o sistema de saúde no Brasil.

O profissional de educação física deve conhecer quais os serviços são ofertados no município e fora deste, na sua unidade de saúde de referência e também qual é a população que lhe está adscrita, procurando ter domínio sobre as informações referentes às suas responsabilidades enquanto profissional de saúde daquela unidade, pois, dessa forma, será possível atuar alinhado ao princípio da acessibilidade e da coordenação do cuidado.

### **COMPETÊNCIA CX 03**

*Dominar conhecimentos sobre as políticas públicas nacionais, estaduais e municipais que regulamentem a atuação do profissional de educação física junto ao SUS na Atenção Básica. Conhecer a Política Nacional de Promoção da Saúde. Dialogar com as políticas públicas que abarcam proposições que favorecem a implantação de programas de práticas corporais/atividades físicas junto ao SUS.*

Ainda com uma preocupação de que o profissional de educação física conheça o contexto onde ele irá desempenhar suas funções, foi elencada outra

competência que diz respeito às políticas de saúde em geral e, em especial à Política Nacional de Promoção da Saúde.

A PNPS apresenta em seu texto a priorização de sete eixos temáticos de atuação, entre os quais, encontra-se o eixo denominado prática corporal e atividade física (BRASIL, 2006a). Esta constatação representa afirmar que as ações de promoção da prática corporal/atividade física devem ser prioritárias na agenda de saúde de qualquer nível de governo e, portanto, isto significa, que haverá nos próximos anos uma demanda importante envolvendo a inclusão do profissional de educação física nos espaços de ABS.

#### **COMPETÊNCIA CX 04**

*Dominar conhecimentos sobre a forma de captação de recursos, o formato de apresentação de projetos, as instâncias responsáveis e o fluxo hierárquico a ser seguido.*

Também se torna importante, conforme a competência descrita acima, conhecer as possibilidades de conseguir recursos para implantação e implementação das ações.

Várias ações de financiamento de propostas ligadas à temática prática corporal/atividade física têm sido implementadas pelo próprio Ministério da Saúde desde 2005. Especificamente no ano de 2007, numa estratégia para descentralização da PNPS, foi repassado, por meio de três editais de concorrência pública vinculados a PNPS, um total de 39 milhões de reais, contemplando 549 propostas de ação. No ano de 2008, foram repassados, novamente, quase 25 milhões a 545 propostas, sendo 241 novas propostas e 284 que deram continuidade às ações contempladas nos anos anteriores (BRASIL, 2011b). Considerando a necessidade de integração e continuidade das ações, em 2009 foi lançado outro edital disponibilizando 34 milhões de reais para 850 entes federados (BRASIL, 2009b). Em 2010, foram disponibilizados 56 milhões (BRASIL, 2010).

As ações financiadas contemplam as iniciativas realizadas nos municípios constituintes da Rede Nacional de Promoção da Saúde envolvendo os sete eixos temáticos da PNPS, com grande ênfase em projetos do eixo prática corporal/atividade física, de tal modo que esta rede também pode ser considerada a Rede Nacional de Atividade Física (KNUTH et al., 2010). Uma característica

marcante dos projetos vinculados à RNAF é que 70% das ações estão sendo realizadas em unidades básicas de saúde (MALTA; CASTRO; GOSCH et al., 2009).

O financiamento do SUS ainda sofre de muitas fragilidades e carências, sendo criticado pelo seu subfinanciamento e pelo fato de o mesmo ainda estar muito voltado para ações curativas, contemplando em menor proporção, as ações de promoção de saúde. Dessa forma, o profissional de educação física que se apropria do conhecimento sobre as fontes de captação de recursos descritas acima terá maiores condições de alavancar a implantação de projetos destinados à promoção da saúde e à prevenção de doenças.

#### **COMPETÊNCIA CX 05**

*Dominar conhecimentos sobre singularidades, desejos e prazeres do ser humano que podem ser vivenciados por uma prática corporal pedagogicamente bem estruturada, que priorize o autoconhecimento, o autocuidado, o sensível, o expressivo e o criativo, aspectos tão necessários quanto o curativo e o preventivo.*

#### **COMPETÊNCIA CX 06**

*Dominar conhecimentos sobre quais práticas corporais são realizadas em uma determinada comunidade mapeando os locais em que estas acontecem ou podem acontecer.*

#### **COMPETÊNCIA CX 07**

*Dominar conhecimentos sobre epidemiologia, em especial, sobre as necessidades e os determinantes sociais de saúde das pessoas referenciadas ao território onde as atividades são desenvolvidas.*

As competências anteriores coadunam com os princípios gerais da ABS reafirmados na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b), destacando a importância em se conhecer o sujeito e o entorno onde as relações são estabelecidas, de forma a desenvolver intervenções contextualizadas, apontando para um olhar mais abrangente sobre as práticas que ali são desenvolvidas.

Sobre os conhecimentos que devem ser de domínio do profissional da área, ao propor e desenvolver um projeto de educação física numa unidade de saúde, Freitas, Brasil e Silva (2006) recomendam, com base na experiência do Grupo de estudos em educação física e saúde coletiva (Gees), que, no percurso inicial de aproximação do campo de trabalho, deve-se ter a compreensão de como é e como funciona o sistema de saúde brasileiro, tendo clareza sobre quais políticas e propostas têm sido discutidas e implementadas na atualidade, e também, de forma

particular, conhecer as características da unidade de saúde à qual o projeto estará vinculado.

Carvalho (2006) destaca que o termo prática corporal, citado na competência CX 06, tem a força de apontar para um novo entendimento e uma mudança das orientações no campo das políticas públicas na área da saúde, porque este conceito difere, significativamente, dos conceitos de atividade física e exercício físico, ao considerar o ser humano em movimento, valorizando sua gestualidade, seus modos de se expressar corporalmente, atribuindo valores, sentidos e significados ao conteúdo e à intervenção.

Apesar da comprovação de que a prática regular de atividade física promove a saúde e previne doenças, estudos epidemiológicos têm demonstrado prevalências de sedentarismo com índices altíssimos em diferentes capitais brasileiras – de 28% em Fortaleza e Belém a 55% em João Pessoa. Conforme ressalta a competência CX 07, o profissional de educação física deve dominar os conhecimentos sobre dados epidemiológicos que demonstram quais doenças e agravos são mais incidentes na população que lhe é adscrita, mas também conhecer os determinantes sociais e culturais que afetam as condições de saúde dos indivíduos e coletividades.

Atualmente podemos identificar três gerações de estudos sobre determinantes sociais em saúde (DSS): a primeira que se dedicou a descrever as relações entre pobreza e saúde; a segunda que descreve os gradientes de saúde de acordo com vários critérios de estratificação econômica, refletindo a qualidade de vida de uma população; e a terceira e atual geração que se dedica principalmente aos mecanismos de produção das iniquidades, ou seja, a estudos que tentam responder à seguinte pergunta: “como a estratificação econômico-social consegue ‘entrar’ no corpo humano?” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 81). Segundo esses autores, o maior desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde reside no fato de se estabelecer uma hierarquia de determinações mais gerais (de natureza social, econômica e política) e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas e, portanto, a atuação sobre os DSSs se constitui, atualmente, como um importante apoio na implantação de políticas e intervenções de promoção da saúde mundial.

Trazendo as discussões sobre DSSs para o espaço de atuação do profissional de educação física na ABS, podemos supor que não adianta o

profissional se esforçar em convencer os usuários a participarem das ações somente por meio de orientações sobre os benefícios que as práticas corporais/atividades físicas podem trazer para sua saúde. É imprescindível que o profissional se questione e ao mesmo tempo fomente discussões em conjunto com a equipe de saúde e também com os usuários da ABS, sobre quais fatores influenciam a adesão dos indivíduos aos programas de promoção da saúde.

Um exemplo de uma iniciativa exitosa que confirma a preocupação destacada acima acontece na cidade de Curitiba, em alguns polos do Programa CuritibAtiva: as atividades são realizadas em espaços anexos aos terminais de ônibus urbano, facilitando o acesso dos participantes, e ainda, por meio de uma iniciativa intersetorial, as pessoas que participam das atividades do programa não precisam pagar pelo transporte coletivo no dia e horário de realização das atividades<sup>16</sup>.

Ao facilitar o acesso, um programa de promoção das práticas corporais/atividade física estará em consonância com uma das principais referências das discussões sobre DSS, o preceito constitucional que reconhece a saúde como “um direito de todos e dever do Estado”.

### **COMPETÊNCIA CX 08**

*Dominar conhecimentos para discutir a corporeidade e o lazer no âmbito da Atenção Básica.*

A competência citada também destaca a necessidade de conhecer as singularidades das pessoas e as diversidades possíveis de práticas. O conceito de corporeidade, segundo Santin (2008), nos remete a considerar que cada corpo é uno, individual e inalienável e, portanto, o profissional de educação física, apesar de desenvolver, na maioria das vezes, nos espaços de ABS, atividades em grupo, deve considerar cada um dos usuários em suas singularidades.

A competência CX 08 também indica a discussão do lazer na ABS e, sobre este aspecto, é importante que o profissional se atente para o fato de que as atividades de lazer são caracterizadas por três aspectos: a) são atividades culturais que englobam diversos interesses humanos e as diferentes linguagens; b) são atividades vivenciadas no tempo livre das obrigações e; c) são atividades buscadas tendo em vista o prazer que elas podem gerar (COUTINHO; MAIA, 2009). A falta de

---

<sup>16</sup> Esta informação foi fornecida pelo coordenador do Programa CuritibAtiva, por meio de contato pessoal que o pesquisador teve com o mesmo, durante uma visita ao programa, realizada no mês de julho de 2010.

domínio desses conceitos pode fazer com que a oferta de práticas recaia em “atividades chatas, impositivas, autoritárias, medidas, cronometradas, inseridas no tempo da obrigação”, conforme já constatado por Carvalho (2006, p. 34) em sua experiência com projetos de práticas corporais na ABS, ou ainda, ser uma proposta de lazer calcada em um referencial sem identidade com a população onde o trabalho está sendo desenvolvido, afastando-se dos pressupostos da ABS.

As competências da dimensão conhecimento contextual demonstram algumas exigências que são requeridas do profissional de educação física com relação a conhecer as características do espaço e das pessoas com as quais irá atuar, entendendo que o contexto da ABS possui particularidades que nenhum espaço habitual (academia, escola, clube, entre outros) da prática profissional em educação física possui.

Por fim, vale destacar um fato ocorrido recentemente em Belo Horizonte: uma parceria firmada entre uma fundação de pesquisa (Fundep), um conselho regional de educação física (CREF/MG) e uma universidade pública (Escola de Educação Física da UFMG) retrata claramente que deve haver um esforço para se proporcionar formação complementar ao profissional de educação física na intenção de que o mesmo possa atuar de forma mais contextualizada na ABS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2011). Por meio da parceria citada, está sendo possível a participação de 52 profissionais de educação física vinculados aos NASFs em um curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Uma das pesquisadoras da UFMG, envolvidas neste processo destacou que

“historicamente, a inserção do profissional de educação física no SUS se deu em equipes de reabilitação cardíaca, mas dentro de uma perspectiva mais curativa. O curso de Especialização em Saúde da Família possibilita direcioná-lo para um trabalho mais amplo, preventivo e com maior envolvimento com a comunidade – o que vai ao encontro à atual diretriz do Ministério da Saúde hoje, que é a promoção da saúde.”

Iniciativas como essa tem a capacidade de suprir uma deficiência na formação inicial do profissional de educação física, pois, em geral, os cursos de graduação não têm preparado este profissional para atuar na realidade da ABS (ANJOS; DUARTE, 2009; PASQUIM, 2010).

### 5.3. Competências relacionadas à dimensão das habilidades

#### 5.3.1. Dimensão da habilidade de planejamento (HP)

Esta categoria apresenta a habilidade de um profissional nas ações de planejamento e construção de situações futuras, bem como, de situações de ensino-aprendizagem. Planejar se constitui numa ação deliberada, por meio de recursos possíveis. O profissional de educação física que planeja suas ações age em função de objetivos e metas, prevendo os resultados que deseja atingir no futuro (OLIVEIRA et al., 2009), portanto, é de fundamental importância que ele se aproprie dos objetivos do SUS e, particularmente, dos objetivos dos serviços ofertados na ABS.

##### **COMPETÊNCIA HP 01**

*Ser capaz de planejar ações, tendo conhecimento da missão da Secretaria da Saúde e habilidade de fazer as intervenções frente às demandas oriundas do próprio local de atuação. Estabelecer métodos, cumprir a programação, saber como organizar e estruturar sua atuação profissional, estimulando e favorecendo a atuação multidisciplinar. Buscar a utilização lógica e racional dos recursos disponíveis para a implantação e implementação da sua prática laboral.*

Ao desempenhar suas atribuições de acordo com alguns aspectos da competência citada acima, o profissional de educação física deve levar em consideração o que afirma Schön (2000), quando destaca que uma ação de planejamento deve ser estruturada a partir da reflexão na ação, da reflexão sobre a ação e da reflexão sobre a reflexão da ação. Neste sentido, o contexto de trabalho se torna um espaço vivo para reflexões que levem o profissional e a equipe a avançarem em propostas que atendam às reais necessidades da população adscrita.

##### **COMPETÊNCIA HP 02**

*Ser capaz de desenvolver estratégias e metodologias de formação de acordo com os pressupostos da educação permanente.*

Uma das ferramentas que podemos considerar eficiente na consolidação de um planejamento reflexivo é o processo de educação permanente em saúde. Esta ação estratégica de educação possibilita, principalmente, a análise coletiva do processo de trabalho a partir dos problemas enfrentados no cotidiano, considerando as experiências e as vivências de cada um, envolvendo a transformação das práticas e a organização do trabalho de forma simultânea, o que poderá reverter em diferentes reflexões para serem agregadas à ação de planejamento (BRASIL, 2009a).

**COMPETÊNCIA HP 03**

*Ser capaz de capacitar profissionais e/ou membros da comunidade para atuarem como facilitadores nas ações de atividade física/práticas corporais.*

**COMPETÊNCIA HP 04**

*Ser capaz de apoiar e instrumentalizar de forma matricial, outros profissionais de saúde com informações específicas acerca de atividade física e práticas corporais.*

Em situações de educação em saúde em que haja um envolvimento efetivo de membros da comunidade, os profissionais de educação física poderão compartilhar saberes e práticas específicas de sua área que possibilitem aos usuários atuar como facilitadores nas ações de promoção, conforme destacado na competência HP 03.

A competência HP 04 foi a única competência que citava diretamente o termo “matricial”, no entanto, foi excluída da lista de competências pelos sujeitos da pesquisa, durante a segunda rodada da técnica Delphi, por não ter atingido o nível de consenso esperado. Neste momento, trazemos esta competência para a discussão por entender que ela apresenta uma grande proximidade com a competência HP 03 e por demonstrar um componente essencial para a atuação em equipe. Provavelmente, esta competência foi excluída pela falta de familiaridade do profissional de educação física com este termo não muito comum à sua área, no entanto, bastante corrente na área da saúde, ou por uma postura de tentar garantir uma “reserva de mercado” específica para profissionais da área da educação física junto aos espaços de ABS.

A ampliação das possibilidades de inserção do profissional de educação física nos serviços de ABS tem sido garantida por políticas públicas na área da saúde, no

entanto, a ABS que o Brasil defende inclui atributos nos quais o saber específico do profissional precisa ser refinado, pois, para a reversão do modelo de atenção à saúde vigente, é preciso que todos os atores sejam considerados (médicos, enfermeiras, profissionais incluídos no NASF, entre outros), no entanto, esta postura não garante que todos os interesses das diferentes profissões poderão ser conciliados, mas é preciso que haja um rompimento dos limites históricos de cada profissão, criando áreas de interação e possibilidades de diálogo entre cada uma das categorias (FEUERWERKER, 1998).

#### **COMPETÊNCIA HP 05**

*Ser capaz de buscar atualização e capacitação profissional constante nas diferentes áreas do conhecimento que forem necessárias.*

Da mesma forma como foi discutido na dimensão conhecimento, o profissional de educação física precisa desenvolver a habilidade de buscar atualização de conhecimentos, de acordo com as necessidades de saúde da população adscrita, e, portanto, não se exige que o profissional “saiba tudo”, mas é preciso que saiba atuar com aquilo que é mais prevalente em seu território, ou até mesmo com problemas menos prevalentes, mas que estão estreitamente ligados com as especificidades da sua área de atuação. É importante também salientar que, as situações que emergem, no cotidiano dos serviços, que colocam o profissional em contato com seu “não saber”, podem se contituir em um dispositivo para buscar a aproximação e a ampliação de novos conhecimentos.

#### **COMPETÊNCIA HP 06**

*Ser capaz de realizar ações de prevenção pautando-se pela agenda da saúde pública, tendo como meio a prática da atividade física e a alimentação mais saudável.*

A competência acima descreve aspectos relacionados diretamente à PNPS, ao eixo prioritário da alimentação saudável, pois, um profissional que pauta suas ações em sinergia com as agendas governamentais estará demonstrando um importante pressuposto desta política que diz respeito ao estreitamento das ações de promoção da saúde com a vigilância em saúde (BRASIL, 2006a).

**COMPETÊNCIA HP 07**

*Ser capaz de construir coletivamente as intervenções em saúde, demonstrando que não se considera o único detentor do saber e da realidade vivida na Atenção Básica.*

“Não se considerar o único detentor do saber” deve ser uma premissa básica para qualquer profissional de saúde. Dessa forma, problemas novos e complexos que apareçam no cotidiano das ações do profissional de educação física não devem ser resolvidos somente por meio da busca individual de conhecimento, é imprescindível que estes casos sejam partilhados nas reuniões da equipe de saúde, de modo que as intervenções possam ser resultantes de decisões tomadas em conjunto com outros membros da equipe que possuem visões distintas e complementares, derivadas de outras perspectivas, a partir do ponto de vista de sua área específica de formação e de suas experiências acumuladas. Assim sendo, numa intervenção calcada também no conceito de apoio matricial, a ideia é rever e problematizar cada caso, contando com as contribuições e possíveis modificações de abordagens “que o apoio pode trazer e, daí em diante, rever um planejamento de ações que pode ou não incluir a participação direta do apoio ou de outros serviços de saúde da rede, de acordo com as necessidades levantadas” (BRASIL, 2009a, p. 15).

**COMPETÊNCIA HP 08**

*Ser capaz de orientar e executar práticas corporais por meio de processos de ensino-aprendizagem que promovam a cooperação, o respeito pelos outros e a autonomia do usuário com relação ao seu corpo e à sua prática corporal. As práticas corporais podem ser propostas e construídas com os usuários, de acordo com o contexto produzido por toda equipe de saúde, não caracterizando apenas uma atividade isolada de um profissional.*

Se entendermos que o profissional de educação física que atua na ABS deve garantir, por intermédio das práticas corporais ofertadas, a formação de um cidadão crítico e emancipado, os procedimentos metodológicos utilizados no desenvolvimento das atividades deverão dar suporte a esta concepção. Na competência HP 08, os participantes do painel Delphi apontam alguns caminhos para superar esse desafio.

Ao longo da história, o profissional de educação física tem atuado em diversos espaços e, conseqüentemente, possui um acúmulo de conhecimentos

oriundos de diferentes áreas e, neste sentido, para as discussões que envolvam procedimentos metodológicos da prática profissional, iremos nos servir da produção científica de autores que discutem este tema num programa de incentivo ao esporte educacional, no caso, o Programa Segundo Tempo (OLIVEIRA; PERIM, 2009). O Programa Segundo Tempo está fundamentado em alguns princípios básicos: democratizar e universalizar o acesso ao esporte e ao lazer, fomentar a prática do esporte de caráter educativo e participativo e fortalecer a identidade cultural esportiva, a partir de políticas e ações integradas com outros seguimentos.

No Programa Segundo Tempo é um programa de governo oferecido principalmente em regiões de comprovada vulnerabilidade social, os princípios que orientam a atuação do profissional de educação física neste programa podem apresentar uma estreita proximidade com os procedimentos metodológicos necessários para a atuação na ABS, e nesse sentido, o profissional de educação física deverá desenvolver estratégias que permitam à população se apropriar do direito ao acesso às práticas esportivas, devendo estas estar presentes, de forma a facilitar a inclusão dos diversos seguimentos da população.

A ABS mostra-se, também, como uma forma de proporcionar qualidade de vida em regiões de comprovada vulnerabilidade social, no entanto, é importante não entendê-la somente como uma estratégia destinada a resolver problemas prevalentes em populações pobres, como é enfatizado na abordagem de APS seletiva, pois a concepção de ABS é mais ampla do que isso, configurando-se como uma estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde de toda a população.

Portanto, não se trata de atuar na perspectiva da ABS focalizada exclusivamente na população e em regiões pobres, mas, sim, de priorizar as ações fundamentando-se no princípio da equidade, pois se uma iniciativa for direcionada a uma população pobre é porque esta estará precisando naquele momento específico, e não pelo fato de ela ser carente de recursos.

O “conjunto específico de atividades de serviços de saúde voltados à população pobre” foi referido pela Organização Pan-Americana de Saúde como APS Seletiva (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2007, p. 4). Esta abordagem foi implementada em alguns poucos países em desenvolvimento com uma perspectiva de organização dos serviços de saúde bem mais limitada do que a

que encontramos expressa nos princípios da Política Nacional de Atenção Básica brasileira, pois a APS Seletiva se restringe a concentrar suas ações em algumas poucas intervenções de alto impacto para combater somente as causas mais prevalentes de mortalidade infantil e algumas doenças infecciosas.

Diante do contexto da ABS no Brasil, o profissional de educação física também poderá servir-se de procedimentos metodológicos que garantam a formação de um cidadão crítico e emancipado, mantendo uma proximidade com as diretrizes apresentadas para a atuação profissional no Programa Segundo Tempo, tais como:

- a) promover ações de inclusão e acolhimento;
- b) contextualização das práticas, associando-as a experiências da vida cotidiana ou a conhecimentos adquiridos;
- c) envolvimento ativo dos usuários indicando caminhos e possibilidades para tornar as práticas mais atraentes e participativas;
- d) integração das ações de práticas corporais com o projeto de saúde da unidade de saúde referenciada;
- e) diversificação das aulas, dos espaços, dos materiais e das atividades;
- f) atividades que possibilitem a interação entre homens e mulheres;
- g) evitar atividades que coloquem os participantes em longos momentos de espera em filas;
- h) os padrões ginásticos presentes em diversas formas de práticas corporais são importantes elementos da cultura corporal constituídos historicamente, no entanto, não devem ser utilizados como forma de limitar ou excluir uma parcela dos usuários em participarem das atividades; e por fim,
- i) utilizar diferentes formas de comunicação para estimular a participação e o engajamento dos usuários nas atividades, tais como: vídeos, resultados de pesquisas, notícias de jornais, sites e revistas (DARIDO; OLIVEIRA, 2009).

Por se tratar de conhecimentos consolidados sobre questões metodológicas na área da educação física, as diretrizes citadas no parágrafo anterior poderão também ser consideradas em discussões de outras competências elencadas neste estudo, em especial, aquelas que demonstram alguma “pista” sobre como o

profissional de educação física deve agir para ministrar e desenvolver ações de prática corporal/atividade física, tendo em vista os princípios e fundamentos da ABS.

#### **COMPETÊNCIA HP 09**

*Ser capaz de diversificar as práticas corporais, evitando cair na mesmice dos programas prontos de exercícios localizados e séries de exercícios resistidos, uma vez que as necessidades de saúde são diferentes em cada população. Propor o lazer, o lúdico e quebrar padrões.*

A competência HP 09 destaca a habilidade do profissional em ofertar práticas, valorizando a quebra de padrões preestabelecidos e a dinâmica do lazer, assim sendo, o profissional deve diversificar ao máximo as possibilidades de práticas corporais/atividades físicas, de acordo com as necessidades da população adscrita e das características próprias do território e da unidade de saúde de referência.

#### **COMPETÊNCIA HP 10**

*Ser capaz de planejar e aplicar programas de exercícios, controlando as variáveis que podem interferir no desenvolvimento dos mesmos, tais como: intensidade, duração, volume, frequência, ritmo, modalidade, público-alvo, características do local, respostas fisiológicas, contraindicações e informações sobre a utilização de equipamentos e materiais específicos.*

Não basta somente dominar conhecimentos, mas é preciso ser capaz de colocá-los em prática no dia a dia da prática profissional. Portanto, ao pensarmos nos benefícios biológicos que as práticas corporais/atividades físicas podem proporcionar aos indivíduos e comunidades, é de fundamental importância que o profissional de educação física seja capaz de lidar com os vários aspectos indicados na competência anterior, principalmente do que diz respeito a se estabelecer a combinação entre três componentes básicos na prescrição de exercícios: frequência, duração e intensidade (GUEDES; GUEDES, 1998).

#### **COMPETÊNCIA HP 11**

*Ser capaz de prescrever exercícios para grupos especiais de forma a não piorar uma condição específica, ajudando no processo de controle da doença e melhorando a condição de saúde geral ao controlar os fatores de risco envolvidos.*

Sobre a preocupação expressa nesta última competência, o Ministério da Saúde tem publicado os Cadernos de Atenção Básica com orientações gerais sobre

os cuidados que devem ser tomados para se ministrar atividade física para pessoas com alguns problemas específicos de saúde, tais como: hipertensão, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus, obesidade e doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica (BRASIL, 2011a).

O documento do Confef (SILVA, 2010) também descreve as principais condutas profissionais para que se tenha um melhor acompanhamento da prática regular do exercício físico em pessoas com os seguintes fatores de risco ou doenças crônicas: obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, doença arterial coronariana e insuficiência cardíaca.

Se a demanda de pessoas portadoras de diferentes agravos ou doenças for muito diversificada, as informações descritas nas duas referências citadas acima poderão não ser suficientes para balizar as ações do profissional de educação física, exigindo deste a adoção de outras condutas, tais como: buscar uma ampliação e atualização de conhecimentos sobre as doenças ou agravos mais prevalentes no território da sua população de referência; discutir o caso, de forma individual, com o profissional de referência daquele indivíduo ou grupo específico; ou, de forma coletiva, discutir o caso numa reunião de equipe. Ao adotar esta última conduta, o profissional de educação física poderá ampliar seus conhecimentos e informações, de modo a potencializar a adesão dos usuários às práticas ofertadas, logo é essencial articular e mobilizar diversos recursos – conhecimentos, habilidades e atitudes que permitam tornar a prática corporal/atividade física prazerosa e resolutiva naquilo que ela se propõe.

Sobre esse aspecto, as diretrizes do NASF apresentam o conceito de clínica ampliada e destacam a importância da construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas. O reconhecimento da complexidade de uma situação deve representar também o reconhecimento da necessidade de se compartilhar, ou seja,

“é necessário, em um grande número de vezes, alguma mudança na autoimagem e/ou na expectativa pessoal do profissional de saúde em relação ao seu trabalho, de forma que ele não pretenda estabelecer uma relação unilateral com o paciente” (BRASIL 2009a, p. 25).

Conforme já afirmado em outros momentos, a ABS é um novo campo de atuação para o profissional de educação física, com particularidades diferentes daquelas encontradas em outros espaços de atuação já tradicionais da área e,

portanto, a inserção neste contexto deverá ensejar uma “reinvenção” deste profissional, calcada em novas bases<sup>17</sup>, os princípios e fundamentos da ABS.

### **COMPETÊNCIA HP 12**

*Ser capaz de organizar eventos que promovam as práticas corporais, a saúde e a vida, atingindo grandes públicos, agregando valores e reforçando sentidos.*

A competência anterior reflete a importância de o profissional de educação física ser capaz de desenvolver projetos pontuais. O Dia Mundial da Atividade Física e o Dia do Desafio, que são realizados respectivamente, nos meses de abril e maio em várias cidades brasileiras, são exemplos de iniciativas pontuais de incentivo à prática regular de atividades físicas, com o destaque de acontecerem uma vez ao ano de forma simultânea em várias cidades ao redor do mundo. Estes eventos poderão ser desenvolvidos com a escolha de diversas possibilidades de prática corporal, representando, então, uma oportunidade de valorizar aquelas que têm sentido para a comunidade onde o profissional de educação física ou a equipe de saúde é referenciada.

Como reforçado pela competência HP 12, os eventos podem servir para despertar as pessoas para a adesão à programas de prática corporal/atividade física, principalmente aquelas que ainda não mantêm um estilo de vida ativa, no entanto, não devem se tornar uma iniciativa prioritária dos serviços de saúde para este eixo e, nem mesmo, consumir um grande montante de recursos em detrimento de ações mais duradouras, pois estas últimas demonstram um maior potencial para proporcionar mudanças efetivas nas condições de saúde de uma comunidade.

### **COMPETÊNCIA HP 13**

*Ser capaz de elaborar e criar programas e projetos de atividades físicas, pensando a longo prazo e em larga escala populacional.*

Na Política Nacional de Promoção da Saúde, quando se promovem iniciativas de prática corporal/atividade física na rede básica de saúde e na comunidade, uma das preocupações está na constituição de mecanismos de sustentabilidade e

---

<sup>17</sup> No contexto deste estudo, o termo “novas bases” significa que os princípios e fundamentos da Atenção Básica, apesar de não serem recentes para a área da saúde, o são para a área da educação física, pois, em nenhum outro espaço de atuação, o profissional de educação física baliza suas ações utilizando pressupostos como equidade, universalidade, território, apoio matricial, coordenação da atenção, entre outros.

continuidade das ações (BRASIL, 2006a), conforme também destaca a competência HP 13.

O Ministério da Saúde iniciou recentemente um processo sistemático de formação para gestores e profissionais do SUS, com o objetivo de dar apoio a estes atores na tarefa de planejar e avaliar iniciativas promotoras da saúde nas diversas regiões do país (CASTRO et al., 2010). Neste processo foi enfatizada a importância de analisar alguns fundamentos para a prática da promoção da saúde, dentre eles o conceito de sustentabilidade, de modo que se obtenha a precisão necessária das consequências do uso deste termo no contexto da promoção da saúde. Segundo esses autores, o conceito de sustentabilidade representa para um profissional de saúde o ato de saber se as ações em saúde “sobreviverão”, em outro sentido, saber se elas continuarão a existir mesmo após a transição de governos que se sucedem periodicamente; saber se haverá consolidação das ações, de modo que produzam mudanças significativas nas condições de vida da população; e, por fim, saber se essas iniciativas conseguirão manter seus efeitos por um longo período de tempo.

Os programas e ações poderão ter uma maior sustentabilidade se, nos momentos de decisão para implantação e implementação destas ações, a população se constituir como ator social desse processo e, dessa forma, o princípio do controle e da participação social estará sendo exercido, ou, em outras palavras, para que se garantam com maior potência a sobrevivência e a sustentabilidade de um projeto, este deve ser apropriado pela população.

### **5.3.2. Dimensão da habilidade de comunicação (HC)**

A dimensão de comunicação enfoca a capacidade de transmitir os conteúdos de forma clara e concisa. Ao discutir as mudanças do conceito de competência, Fleury e Fleury (2001) destacam a importância da comunicação na elaboração de um modelo de gestão para organizações. Segundo esses autores, comunicar é compreender o outro e a si mesmo, e para isto, o profissional deve estar preparado para entrar em acordo sobre objetivos organizacionais e para partilhar normas comuns para sua gestão. Na ABS, estes acordos acontecerão tanto na relação entre

os profissionais de saúde de uma mesma equipe, quanto na relação profissional x usuário.

Nas competências elencadas para essa dimensão, os dados revelam algumas possibilidades e pressupostos indicando caminhos para que a habilidade de comunicação entre todos os atores da ABS possa ocorrer de maneira crítica e responsável.

### **COMPETÊNCIA HC 01**

*Ser capaz de estabelecer vínculo com o usuário e com a comunidade por meio de escuta sensível, a fim de identificar os reais motivos que levam uma pessoa ao atendimento.*

Ao se discutir a dimensão da habilidade de comunicação, é imprescindível destacar a importância da escuta, tendo em mente que muitos dos problemas em saúde podem ser detectados com maior completude a partir das informações que os usuários trazem. Numa pesquisa realizada com a intenção de identificar e analisar as percepções dos secretários municipais de saúde acerca da realização de atividades físicas no PSF, Coutinho (2005) destacou uma fala dos sujeitos ao responderem sobre quais ações poderiam ser utilizadas na prevenção de doenças crônicas:

[...] deixar a comunidade falar, com alguma orientação de direcionalidade, traz um benefício fantástico, quer dizer, que não para mais, que não acaba mais, quando ela ouve a experiência de uma outra senhora [...] aquilo tem uma dimensão muito interessante (p. 68)

Com essa postura, o profissional tem condições de aprender a partir das experiências de vida dos próprios usuários, ao mesmo tempo em que outros usuários também poderão aprender com a experiência do outro, confirmando o que bem afirmou Paulo Freire, “ninguém ensina nada a ninguém, mas todos aprendem com todos” (FREIRE, 2000) e, nesse sentido, o exercício de ouvir o outro é fundamental no processo.

Barbara Starfield (2004) utilizou o relato de um médico para escrever sobre um dos atributos essenciais da ABS chamado de acessibilidade e primeiro contato:

“O melhor que podemos fazer pelos pacientes é entender o que dizem, e um pré-requisito é ouvir. É óbvio que cuido de suas enfermidades – estou disponível para fazê-lo da forma que eles necessitarem – mas essa é uma pequena parte do que faço.” (p. 207)

Se um profissional de educação física que atua na ABS tem a intenção de produzir atenção qualificada às pessoas atendidas por ele, precisa, então, se

comprometer a tratá-las como sujeitos e não somente como se fossem representantes de uma queixa ou enfermidade e, dessa forma, o exercício da escuta passa a ser uma competência essencial de ser desenvolvida, entendendo que as pessoas são mais complexas que suas enfermidades.

Ainda sobre a competência HC 01, podemos afirmar que recorrer à escuta ampliada para ouvir o usuário é fundamental para identificar diferentes necessidades de ordem biológica, psicológica ou sociocultural considerando-as de forma indissociável e lembrando que a ABS tem na integralidade da atenção como um dos seus princípios essenciais e, para tanto, a escuta ampliada é uma ferramenta que não pode deixar de ser contemplada.

### **COMPETÊNCIA HC 02**

*Ser capaz de fazer o usuário compreender as adaptações fisiológicas que acontecem no seu organismo quando ele participa de práticas corporais, sejam elas agudas ou crônicas, bem como, as contraindicações para o exercício. Traçar sempre um paralelo entre os benefícios fisiológicos adquiridos através da prática regular de atividades físicas e os benefícios gerados por essa prática em termos de saúde.*

Apesar de a prática regular de atividade física estar comprovadamente associada a benefícios sociais, psicológicos e fisiológicos, muitas pessoas ainda permanecem sedentárias. A depender do grupo investigado, vários são os motivos para não se exercitar, dentre eles: a falta de tempo, a falta de informação sobre os benefícios e sobre como se exercitar, a falta de instalações adequadas ou a fadiga associada a uma longa jornada de trabalho (NAHAS, 2003), e quem sabe, alguns outros motivos que poderão ser revelados ou identificados, quanto mais o profissional aprimora sua escuta.

Nahas (2003) ainda descreve os cinco estágios de mudança de comportamento que caracterizam a adoção de um estilo de vida mais ativo: 1) Estágio da pré-contemplação, 2) Contemplação, 3) Preparação, 4) Ação; 5) Manutenção. O segundo estágio (contemplação) é o momento em que as pessoas geralmente permanecem, por um período mais longo de tempo, avaliando os custos e os benefícios da mudança de comportamento e, portanto, uma comunicação precisa neste momento é fundamental, pois a informação recebida, neste estágio sobre as barreiras e facilitadores para a prática de atividade física, aliada ao apoio

de familiares e amigos se tornam um fator fundamental para incentivar o indivíduo a passar para o próximo estágio (NAHAS, 2003).

### **COMPETÊNCIA HC 03**

*Ser capaz de esclarecer sobre os cuidados gerais na manutenção da saúde, no desempenho das atividades, na mobilidade funcional, na socialização e no lazer, reduzindo os níveis de sedentarismo e obesidade, a fim de criar proposições eficazes, que mobilizem e gerem resolutividade na perspectiva da promoção da saúde.*

### **COMPETÊNCIA HC 04**

*Ser capaz de conscientizar os usuários sobre a importância da prática regular da atividade física, dando dicas sobre a manutenção de hábitos saudáveis. Dar orientações sobre alimentação, hidratação, tabagismo, álcool e também informações sobre a importância do descanso e do lazer. Ter a capacidade de multiplicar ações que permitam mudanças de hábitos na população.*

Conforme as duas competências descritas anteriormente, a gama de informações que um profissional de educação física deve dominar é muito vasta, o que pode parecer impossível, tanto para o profissional dominar, quanto para os usuários assimilarem e, assim sendo, o profissional deverá ter a preocupação em dominar conhecimentos relevantes e saber manejá-los junto aos usuários de modo que esses se tornem cada vez mais conscientes dos motivos que os levam a praticar uma determinada prática corporal/atividade física.

Um indicador da dimensão das habilidades que pode estar totalmente relacionado à capacidade de se comunicar com clareza é a habilidade de avaliação, pois, quando o profissional consegue estabelecer um diálogo com o usuário, acerca dos dados resultantes de um processo de avaliação bem elaborado, este poderá passar a ficar mais motivado para continuar participando de um programa ou ação, demonstrando ter a capacidade de perceber, mesmo que de forma superficial, quais as adaptações fisiológicas, sociais e comportamentais estão acontecendo durante o período de desenvolvimento das práticas corporais/atividades físicas.

### **COMPETÊNCIA HC 05**

*Ser capaz de comunicar-se de diversas formas para diferentes públicos, expondo claramente suas ideias e opiniões.*

Conforme a competência descrita acima, o profissional de educação física deve utilizar diversos recursos no processo de comunicação, visando ao

entendimento e ainda que o conteúdo torne-se significativo para o usuário. Uma das estratégias de implementação da PNPS é incluir as ações de promoção da saúde na agenda de atividades da comunicação social do SUS e, neste sentido, sugere o apoio e o fortalecimento de ações inovadoras, utilizando diferentes linguagens culturais, tais como: jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação (BRASIL, 2006a).

Em 2009, uma campanha promovida pelo Ministério da Saúde explicitou a preocupação do governo federal em estabelecer uma comunicação simples e acessível com a população no que diz respeito à disseminação de hábitos saudáveis relacionados à prática de atividades físicas. A campanha aconteceu no Dia Mundial da Atividade Física, dando destaque, principalmente, às diferentes formas de se praticar atividade física relacionadas diretamente ao cotidiano das pessoas, tais como: ir a pé para o trabalho ou descer do ônibus alguns pontos antes para poder caminhar; subir escada ao invés de elevador ou escada rolante; aproveitar os espaços que sua cidade oferece; limpar a casa ou lavar o carro; e por fim, uma frase que foi o lema da campanha – “praticar atividade física é tão simples que você faz brincando” - estimulando as pessoas a realizar atividades prazerosas no seu tempo livre, juntamente com amigos, aproveitando os espaços que sua própria cidade oferece (BRASIL, 2011c).

Campanhas como essa reforçam conceitos que estão na base das recomendações científicas atuais da Organização Mundial de Saúde (OMS), no que diz respeito à quantidade mínima de prática regular de atividade física com vistas a se obter benefícios em relação à saúde (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2010), podendo se constituir em uma estratégia inicial para a sensibilização das pessoas em relação à prática de atividades físicas/práticas corporais de forma regular.

#### **COMPETÊNCIA HC 06**

*Ser capaz de passar o conhecimento aos usuários, de modo que este se torne autônomo e consiga praticar exercícios de forma segura, mesmo sem a presença do profissional de educação física.*

O acompanhamento de um profissional de educação física, durante a realização de ações de prática corporal/atividade física, é muito importante, no entanto, o trabalho deve ser planejado de forma a também possibilitar a autonomia

dos usuários participantes, tornando-os cada vez menos dependentes dos profissionais de saúde e auxiliando-os no desenvolvimento do autocuidado como componente essencial do processo de promoção da saúde, pois, como afirma Campos (1994), “o objetivo de todo trabalho terapêutico é ampliar a capacidade de autonomia do paciente” (p. 50).

Transferindo as argumentações desse último autor para o contexto da ABS, entende-se que todo serviço de saúde deve existir para aumentar a capacidade de autonomia das pessoas em lidar com os problemas de saúde, seus e da comunidade. Dessa forma, esse autor ainda enfatiza que o profissional de saúde deve dedicar esforços para auxiliar o usuário a melhorar seu entendimento “do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social e, em consequência, da capacidade de cada um instituir normas que lhe ampliem as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida” (p. 50).

Outro aspecto importante de ser destacado sobre as competências relacionadas à habilidade de comunicação diz respeito ao domínio do conhecimento científico e seu uso nas ações em saúde. Durante a atuação do profissional de educação física no contexto da ABS, as recomendações científicas consolidadas poderão servir para fundamentar as estratégias de comunicação com a comunidade, porém, não devem ser apropriadas como fórmulas prontas, de caráter prescritivo e, muito menos, como forma de culpabilizar os indivíduos por não conseguirem segui-las (KNUTH et al., 2010).

Todas as habilidades exigem a apropriação de conhecimentos e em especial a comunicação, que precisa ser pensada na sua complexidade e como aquilo que transversaliza todo o processo das relações entre as pessoas, portanto, urge receber cuidadosamente um destaque no processo de formação e assistência à saúde.

### 5.3.3. Dimensão da habilidade de avaliação (HA)

É a habilidade de análise das atividades desenvolvidas, de percepção dos resultados obtidos, de averiguação de causas de sucesso e insucesso, bem como da caracterização do indivíduo e do contexto.

A avaliação física é uma estratégia primordial de ser utilizada no início de um programa de promoção de práticas corporais/atividade física, no entanto, não pode ser um fator limitante para o ingresso das pessoas nos programas. Quando da realização das intervenções de avaliação, ter o cuidado para que esta ação não preencha a maior parte do tempo do profissional e nem provoque filas de espera entre os usuários.

#### **COMPETÊNCIA HA 01**

*Ser capaz de realizar avaliação física, de modo a se conhecer o usuário sob o aspecto físico, antropométrico, cardiovascular, psíquico, bem como, o seu histórico de saúde. Ser capaz de avaliar para saber prescrever, orientar, quantificar e reavaliar a aptidão física relacionada à saúde, o nível de atividade física, a capacidade funcional e a estratificação de risco para a saúde dos usuários.*

#### **COMPETÊNCIA HA 02**

*Ser capaz de interpretar as informações obtidas na avaliação para poder estimular, sensibilizar, prescrever e instrumentalizar os usuários para a prática regular de atividades físicas que atendam às suas necessidades e aos anseios de maneira individualizada e coletiva no processo de promoção da saúde.*

As duas competências descritas acima descrevem habilidades que corroboram as recomendações do Confef (SILVA, 2010), principalmente quando afirma que o profissional de educação física que atua na ABS deve ser capaz de realizar as seguintes intervenções: aferição e interpretação dos resultados de respostas fisiológicas, aplicação de escalas de percepção subjetiva, manuseio de ergômetros, testes de laboratórios utilizados em avaliação física, avaliação postural e antropométrica e prescrição de exercícios físicos baseados em testes de aptidão física.

Por outro lado, as duas próximas competências ampliam as possibilidades dessa habilidade, quando incluem aspectos relacionados ao contexto social e

cultural em que as pessoas vivem, bem como demonstram a necessidade de autoavaliação do profissional e da avaliação do profissional pelo grupo de trabalho.

**COMPETÊNCIA HA 03**

*Ser capaz de avaliar o programa, analisar resultados, ter momentos de avaliar seu trabalho como indivíduo e como grupo e também receber avaliações do grupo.*

**COMPETÊNCIA HA 04**

*Ser capaz de realizar avaliação individual e coletiva das pessoas que compõem os grupos de práticas, considerando a forma em que elas vivem, as possibilidades e o nível de atividade física habitual, bem como, o contexto social e cultural em que elas estão inseridas.*

Tradicionalmente, no campo da educação física, existem muitos instrumentos validados para se avaliar a aptidão física relacionada à saúde, notadamente, aqueles com ênfase em componentes associados às dimensões morfológica e funcional-motora (GUEDES; GUEDES, 1998).

Conforme foi citado na competência HA 04 e partindo de um entendimento de que a ABS toma o contexto social e cultural como uma linha mestra, qualquer instrumento que for aplicado com o objetivo de avaliar as ações de prática corporal/atividade física desenvolvidas neste contexto deverá, certamente, incluir itens relacionados às questões sociais e culturais. Vale lembrar, que a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) ainda cita outros fatores (econômicos, étnicos, psicológicos e comportamentais), além destes dois, como mecanismos que influenciam na ocorrência de problemas de saúde e de seus fatores de risco nas pessoas e comunidades (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Atualmente, com o advento de políticas públicas, notadamente a PNPS e o NASF, as quais incentivam a promoção das práticas corporais/atividades físicas junto ao serviço público de saúde, novos estudos têm sido propostos com o intuito de desenvolver outras possibilidades de avaliação para serem aplicadas no contexto da ABS.

Bortoni et al. (2009) desenvolveram um instrumento que possibilita avaliar as condições do ambiente para a prática de atividades físicas, verificando como estão as condições das vias no entorno do local onde vivem a pessoas atendidas por um determinado programa. Nesse instrumento o ambiente foi dividido em cinco

segmentos: construído, natural, estético, segurança/trânsito e poluição. Os autores afirmam que a avaliação do ambiente também é importante para explicar as particularidades da prática de atividades físicas da população de uma determinada localidade. Em programas desenvolvidos no contexto da ABS, este instrumento poderá ser útil no mapeamento do território referenciado à unidade de saúde onde as ações de saúde estão sendo realizadas.

Santos et al. (2009) desenvolveram um instrumento de medida para avaliar as barreiras para a prática de atividade física em adolescentes. Partindo do princípio de que o público-alvo que participa das ações de práticas corporais/atividade física na ABS pode ser composto por pessoas de diferentes idades, este instrumento também poderá ser útil para tornar as intervenções mais efetivas junto a esta faixa etária específica.

O Ministério da Saúde elaborou e aplicou um questionário com o objetivo de monitorar as ações conduzidas pela Rede Nacional de Atividade Física e também avaliar os projetos em termos de indicadores de estrutura e processo (KNUTH et al., 2010). Este instrumento de avaliação era constituído de questões envolvendo diferentes informações: a articulação do projeto com a ESF, a existência de parceria com o NASF, o envolvimento da comunidade na elaboração do projeto, o fato de o projeto ter sido aprovado pelo conselho de saúde local, entre outras. Iniciativas como esta têm a capacidade de demonstrar se um programa se aproxima ou não de ser considerado um serviço de saúde baseado nos princípios da ABS.

#### **5.3.4. Dimensão da habilidade de “incentivação” (HI)**

Esta dimensão envolve a habilidade de influenciar os interesses e os motivos dos sujeitos, de maneira a motivá-los a uma participação efetiva nas atividades propostas, ultrapassando dificuldades e insuficiências. Uma postura de incentivador não deve acontecer ao acaso, deve ser planejada e de caráter intencional do profissional, utilizando os recursos e estratégias pedagógicas necessários para se atingir o objetivo desejado, considerando sempre a participação ativa do usuário, nesse processo.

**COMPETÊNCIA HI 01**

*Ser capaz de favorecer a participação do usuário, incentivando a autonomia, o empoderamento e a corresponsabilidade dos mesmos nas ações em saúde. Possibilitar aos usuários o conhecimento e o entendimento sobre as necessidades de saúde, sua e de sua comunidade.*

**COMPETÊNCIA HI 02**

*Ser capaz de propor atividades e exercícios que permitam a participação de todos. Pactuar regras em ato, configurar cenários coletivamente e acolher a diferença. Saber que limitações cada pessoa ou cada grupo de pessoas tem na realização de exercícios, para sugerir e exigir exercícios de acordo com essas características.*

**COMPETÊNCIA HI 03**

*Ser capaz de coordenar atividades coletivas (grupos) com o objetivo de favorecer a socialização, a inclusão, a autonomia em cuidados à saúde e às mudanças de hábito. Entender que estas mudanças de hábitos e comportamentos ocorrem também a partir da convivência com pessoas que têm objetivos comuns.*

Nas três competências descritas acima, um aspecto é comum: a intenção de favorecer ou permitir a participação de todos os usuários nas ações propostas. Os sujeitos da pesquisa indicam que a participação efetiva dos usuários poderá auxiliá-los a desenvolver aspectos primordiais, quando se pensa no conceito de promoção da saúde, tais como: autonomia, empoderamento, corresponsabilidade, socialização e inclusão.

Na Carta de Otawa, a promoção da saúde foi conceituada como o processo de capacitação dos indivíduos e coletividades para identificar os fatores e condições determinantes da saúde e exercer controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população (BRASIL, 2001). Ao discutir a possibilidade de capacitação das coletividades presente neste conceito, Westphal (2006) argumenta que este processo deve ser entendido em dois sentidos: um mais subjetivo, focado nas condições de vida, entendendo que, por meio da participação na formulação de políticas públicas saudáveis, os usuários poderão contribuir na resolução de problemas que possibilitem o alcance de funcionalidades elementares, tais como, alimentar-se, obter abrigo, saúde, entre outros. O outro sentido está relacionado ao alcance de funcionalidades que envolvem o desenvolvimento pessoal dos usuários em aspectos como: autorrespeito, integração social, capacidade para participar da vida social e outros similares.

A PNPS descreve dois objetivos que confirmam essa intencionalidade que deve estar presente na atuação do profissional de educação física frente às práticas corporais/atividade física para que as mesmas estejam em conformidade com esta política de saúde:

- a) ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, dentre outras);
- b) estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde (BRASIL, 2006a, p. 14).

Um dos grandes desafios em relação às ações de prática corporal/atividade física atualmente tem a ver com a adesão das pessoas de forma duradoura às iniciativas propostas. Uma participação social de forma mais efetiva das pessoas e comunidades possibilitará o fortalecimento dos processos de produção das necessidades da vida por seus próprios protagonistas. Por exemplo: ao identificar que, para se desenvolver uma determinada prática, será necessária a melhoria do espaço e dos equipamentos existentes e, a partir desta constatação, um grupo de pessoas da comunidade tiver uma participação ativa por meio da associação de bairro para conseguir a reforma da quadra esportiva e a construção de materiais alternativos (pesos feitos com garrafas pet, uso de cabos de vassoura, entre outros), entendemos que este envolvimento ativo dará um novo sentido e significado às ações que ali forem propostas, possibilitando o sentimento de pertencimento aos envolvidos, com maiores possibilidades destes aderirem às práticas que ali forem propostas, bem como de se tornarem incentivadores de outras pessoas que possam vir a participar.

Ainda, essa mesma comunidade poderá se apropriar dos espaços de controle social (Conselhos locais, estaduais, nacional e outros) para propor e defender teses na direção da promoção da saúde e, cotidianamente, estar articulada com instâncias de decisão no sentido de que as teses e diretrizes se tornem efetivamente presentes e acessíveis aos usuários. Nessa perspectiva, o profissional de educação física estará se aproximando e ao mesmo tempo incentivando o usuário a recorrer e executar um dos princípios da ABS, o controle social.

### 5.3.5. Dimensão da habilidade de gestão (HG)

As competências, elencadas neste estudo e selecionadas para representar a dimensão da habilidade de gestão, requerem do profissional que ele seja capaz de racionalizar e gerir recursos, no que diz respeito a pessoas, espaços, tempo e materiais (FEITOSA; NASCIMENTO, 2003). Estas competências são essenciais, pois demonstram a possibilidade de o profissional de educação física desenvolver diversos papéis ou funções no ambiente de trabalho.

#### **COMPETÊNCIA HG 01**

*Ser capaz de gerir os imprevistos frente às diferentes realidades, homogeneidade e heterogeneidade dos grupos em seus aspectos sociais, culturais, físicos e também das condições de trabalho. Criar alternativas para lidar com as dificuldades presentes no cenário de trabalho sem comprometer a qualidade do serviço prestado.*

#### **COMPETÊNCIA HG 02**

*Se capaz de compreender que as dificuldades existem para serem superadas e não para nos impedir, possibilitando adaptações, ações resolutivas e imediatas quando confrontamos com situações adversas às de costume.*

#### **COMPETÊNCIA HG 03**

*Se capaz de problematizar possibilidades de intervenção junto com a comunidade e com a equipe de saúde, para que as ações possam ser discutidas com maior aprofundamento.*

#### **COMPETÊNCIA HG 04**

*Ser capaz de agir priorizando a inclusão e estimulando a participação da comunidade.*

Do conjunto de competências citadas anteriormente, podemos destacar algumas ações que demonstram a complexidade que se apresenta para a atuação profissional no contexto da ABS, tais como: gerir imprevistos, criar alternativas, compreender dificuldades, problematizar possibilidades, priorizar a inclusão e estimular a participação.

Ao reunirmos esses aspectos contidos nas competências, pode parecer muito complicado um profissional dar conta de dominar todas essas diferentes habilidades, no entanto, diante desse cenário ainda podemos ter uma certeza: experiências e

iniciativas exitosas em ABS geralmente são desenvolvidas sob a forma de coautoria ou cogestão.

Dessa forma, relataremos algumas experiências exitosas de implementação dos fundamentos da promoção da saúde no SUS que foram apresentadas no I Seminário sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde, realizado em 2006. Vários foram os relatos de experiências de práticas corporais/atividades físicas partilhadas neste evento, tais como: Academia da Terceira Idade em Maringá/PR; atenção de primeira para cidadãos da terceira idade em Curitiba/PR e, Projeto Corpo em Movimento Lian Gong 18 terapias em Campinas/SP (SEMINÁRIO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2009).

Vale ressaltar também uma experiência que demonstra certo grau de cogestão e coautoria da comunidade envolvida: o projeto de dança popular do Reisado em Pedrinhas/Se. O pontapé inicial deste projeto aconteceu com um pequeno investimento dos próprios participantes para o pagamento do grupo de tocadores e do sanfoneiro. O engajamento foi tão grande, que a comunidade vive na expectativa de agendar apresentações em público, com possibilidade de recebimento de cachês, conferindo valor à atividade destes “atores” e possibilitando maiores condições de sustentabilidade do projeto.

Essas iniciativas confirmam a complexidade que existe em se implantar uma ação de promoção da saúde, bem como, que a abertura para a participação social informada e solidária é tão importante quanto a inovação na busca de ações integradas e no desenvolvimento da leitura sistemática do território e das necessidades locais. Nesse sentido, complexidade será entendida não como uma impossibilidade, dificuldade ou complicação, mas como um atributo de múltipla determinação, histórico e contextualizado (CASTRO et al., 2010).

Quando o profissional consegue atuar com essas características e envolto pela ideia do compartilhamento de responsabilidades e de poder, sua ação estará mais próxima de uma noção de política pública, superando limitação de ações realizadas de forma isolada e descontextualizada.

Conforme citado na competência HG 01, o profissional de educação física deve “*Ser capaz de gerir os imprevistos frente às diferentes realidades*” estando atento para não tomar decisões imediatistas, mas, sim, ser criativo para adaptações, priorizando e estimulando a participação da comunidade.

No trabalho em saúde pode haver regularidades, alguns padrões podem se repetir, tendências podem ser identificadas, no entanto, como já afirmou Campos (1997), “cada caso é um caso”, pois o contexto da saúde está sempre sujeito a imprevistos e para se enfrentar o inesperado é preciso improvisação, criatividade e iniciativa.

Por exemplo, o projeto terapêutico para um grupo de usuários diabéticos de uma unidade de saúde localizada próxima a uma favela e de um grupo referenciado a uma unidade de saúde localizada numa região mais central cidade seriam diferentes. Caso tivéssemos usuários nestes dois grupos com os níveis glicêmicos similares e lhes fosse indicada a aplicação de insulina, o usuário diabético do grupo residente na favela, por uma dificuldade econômica de não possuir uma geladeira, poderia não conservar devidamente a insulina, anulando então o seu efeito. Caso o profissional de saúde não se preocupe com este importante “detalhe”, o tratamento poderá ser eficiente para um usuário e para o outro não, portanto, podemos concluir que a eficácia e a resolutividade dos serviços de saúde na ABS dependerão sempre de certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações, lembrando que esta autonomia pressupõe liberdade, mas também a capacidade de se responsabilizar pelos problemas de outros (CAMPOS, 1997).

#### **COMPETÊNCIA HG 05**

*Ser capaz de agir utilizando tecnologias de elevada complexidade e de baixa densidade, para resolver os infinitos problemas de saúde, entendendo que a Atenção Básica abrange ações de promoção, manutenção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação.*

#### **COMPETÊNCIA HG 06**

*Ser capaz de atuar em equipe (multi-inter-transdisciplinarmente), considerando a dinâmica e complexa realidade do trabalho no SUS, e que as respostas nem sempre estão prontas e acabadas. Compor, mediar, estimular e envolver as pessoas, considerando e incluindo os conhecimentos que elas trazem para compreender, ampliar, direcionar e resolver problemas com um sentido mais coerente e significativo entre o saber técnico e as necessidades dos grupos/pessoas atendidas.*

As duas competências citadas acima coadunam com a Política Nacional de Atenção Básica, destacando questões relacionadas à densidade e à complexidade das ações em saúde.

A diferença entre os termos densidade e complexidade tecnológica envolve conceitos que devem estar evidentes para o profissional de saúde que atua na ABS. Pereira (2008) adverte para o fato de que muitas vezes a ABS é tomada de forma simplista como um conjunto de ações de baixa complexidade, pelo fato de utilizar tecnologias de menor densidade tecnológica no desenvolvimento das práticas de saúde e, na verdade, a ABS envolve a utilização de tecnologias de alta complexidade quando é tomada a partir de um princípio central da atenção à saúde que é a integralidade da assistência e ainda o vínculo. Este último exige um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes inerentes às relações que são permanentemente estabelecidas no e em cada encontro entre trabalhadores e usuários, exigindo a habilidade em suportar e lidar com os diferentes e as diferenças.

Essa mesma autora ainda chama a atenção para que tais demarcações entre complexidade e densidade tecnológica necessitam ser cada vez mais evidenciadas, evitando, assim, a banalização e a desvalorização acerca das práticas de saúde na ABS. Ao tratar da exigência da alta complexidade, o profissional deve se afastar da concepção equivocada de que o termo complexidade significa somente o ato de ter disponível e saber operar equipamentos ou maquinários sofisticados, ou poder realizar procedimentos técnicos invasivos.

“A complexidade está em todos os atos de cuidar, pois envolve uma relação entre pessoas, envolve desvendar e trabalhar com as necessidades de saúde em suas múltiplas dimensões. Enquanto que os serviços que dispõem e operam com equipamentos sofisticados, além de trabalharem com a complexidade, também são caracterizados como de alta densidade tecnológica” (PEREIRA, 2008, p. 72).

Outro aspecto que coaduna com a PNAB e que foi enfatizado nas competências anteriores diz respeito à abrangência das ações em ABS, envolvendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. De acordo com as competências elencadas pelos sujeitos desta pesquisa e com o referencial utilizado, não há dúvida de que o profissional de educação física tem plenas condições de atuar em todas estas dimensões do cuidado.

#### **COMPETÊNCIA HG 07**

*Ser capaz de garantir ao gestor dados coerentes e fidedignos para que o projeto se justifique.*

**COMPETÊNCIA HG 08**

*Ser capaz de procurar a articulação entre as redes de saúde.*

**COMPETÊNCIA HG 09**

*Ser capaz de mapear redes de proteção social, coletivos organizados, redes de referência dos serviços de saúde e outras instâncias e instituições de promoção da saúde que fazem parte do território referente à população adscrita.*

Starfield (2004) propõe quatro atributos essenciais para a Atenção Primária à Saúde: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, no entanto, a coordenação do cuidado tem uma importância relativamente maior nas redes de atenção à saúde. O atributo coordenação implica na capacidade de se garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem um seguimento constante. A OMS propôs o seguinte conceito para definir os serviços de saúde integrados:

“A gestão e a prestação dos serviços de saúde de forma que as pessoas recebam um continuum de serviços preventivos e curativos, de acordo com suas necessidades ao longo do tempo e entre os diferentes níveis do sistema de saúde” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008)

Conforme está descrito nas competências HG 08 e 09, o trabalho em rede suscita a articulação intersetorial. O Ministério da Saúde indica que uma ação intersetorial demanda o reconhecimento do território, identificando possíveis ações que são desenvolvidas no entorno da unidade de saúde de referência, evitando a sobreposição de ações, bem como oferecendo uma ampliação do leque de opções que o profissional pode utilizar para instrumentalizar os usuários ou para otimizar o seu trabalho (BRASIL, 2009a). Também pressupõe que o profissional reconheça outros recursos fora da área da saúde, como ações e serviços para atender às necessidades dos usuários e reflitam sobre as condições de vida e de saúde das pessoas e comunidades.

Como exemplo dessa competência, podemos citar a seguinte situação: uma criança que procura a unidade de saúde com a intenção de se inserir num programa de práticas corporais pode começar a participar de atividades ofertadas na própria unidade ou, caso já exista algum programa sendo realizado próximo de sua residência, poderá ser encaminhada para o mesmo. Desta forma, se a criança passar a frequentar algum programa federal já existente, tal como, o Programa Segundo Tempo ou o Esporte e Lazer na Cidade, o profissional terá auxiliado

diretamente esta criança a suprir sua necessidade de saúde, mesmo que a criança não tenha se vinculado a um programa da Secretaria de Saúde. Além do encaminhamento, a interação e a articulação desses serviços podem ser tecidas de forma mais integrada, principalmente, se os profissionais de ambos os serviços estabelecerem formas de se conhecerem melhor, de modo a explorarem o potencial do trabalho realizado em conjunto.

#### **COMPETÊNCIA HG 10**

*Ser capaz de prestar os primeiros socorros em caso de emergências no decorrer do serviço, sabendo encaminhar a pessoa para os cuidados mais complexos.*

Prestar os primeiros socorros também pode ser entendido na dinâmica do trabalho em rede. O profissional de educação física deve saber quais são os cuidados que podem ser prestados à vítima de um mal súbito ou acidente ocorrido durante a realização das atividades, mas tão importante quanto estas práticas é saber como encaminhar a vítima para o serviço especializado, conhecendo inclusive, os telefones dos serviços de emergência e outros recursos que atuam na localidade (GARCIA, 2003).

#### **5.4. Competências relacionadas à dimensão das atitudes (AT)**

As atitudes referem-se ao comportamento que o profissional adota diante das mais diversas situações, expondo seus valores éticos. As competências relacionadas a esta dimensão são consideradas competências não técnicas, pois se caracterizam por um conjunto de habilidades pessoais que se enunciam em termos de atitudes e valores. Esta dimensão está próxima das características pessoais que não estão necessariamente ligadas ao exercício específico de uma função e podem ser transferidas de uma situação para outra, em diferentes contextos (FEITOSA; NASCIMENTO, 2003).

Durante a apresentação e discussão dos dados, ficou evidente a diversidade de conhecimentos que o profissional de educação física deverá dominar, bem como, as distintas habilidades que ele deve ser capaz de desempenhar. Todo esse

movimento exige do profissional a tomada constante de decisões, demandando, também, o ato de assumir diferentes atitudes frente aos desafios que se apresentarem. Dessa forma, um profissional que se encontra recentemente inserido no contexto da ABS deverá desenvolver esta característica “não técnica” da dimensão das atitudes, de caráter mais pessoal, adequando sua autoimagem e sua expectativa pessoal frente às situações do trabalho em saúde.

Diante da originalidade que caracteriza o modo de agir do profissional de educação física da ABS, principalmente porque ainda é recente a sua inserção neste contexto, as competências elencadas nesta pesquisa destacam atitudes que poderão ser consideradas “atípicas” à área, pois a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho neste contexto poderão estar atrelados a estratégias não tão comuns à educação física, mas que são ferramentas amplamente testadas na realidade da saúde pública do Brasil, “como é o caso do Apoio Matricial, da Clínica Ampliada, do Projeto Terapêutico Singular, do Projeto de Saúde no Território e a Pactuação do Apoio” (BRASIL, 2009a, p. 8).

#### **COMPETÊNCIA AT 01**

*Demonstrar controle em uma situação de acidente durante as atividades.*

A atitude de manter o controle numa situação de acidente pode ser considerada tão importante quanto a habilidade em realizar os procedimentos básicos de primeiros socorros. Diante de um acidente, caso a situação dependa exclusivamente do profissional de educação física, este deverá “parar, respirar, observar e raciocinar”, visto que, em um tempo muito curto, precisará ter condições de decidir com calma, mas rapidamente, a melhor decisão a ser tomada (GARCIA, 2003).

Estar atento a mobilizar e articular diversos recursos para intervir adequadamente na situação, portanto, o autocontrole associado a conhecimentos de primeiros socorros e saber onde acionar outros recursos para proceder ao melhor atendimento ao usuário precisa estar na “bagagem” deste profissional.

#### **COMPETÊNCIA AT 02**

*Demonstrar flexibilidade e criatividade diante da complexidade e variabilidade presente no contexto na Atenção Básica.*

A competência acima está relacionada à complexidade que envolve o trabalho na ABS. Com relação à complexidade, conforme já foi citado na discussão sobre a habilidade de gestão, é essencial que se entenda que a complexidade da ABS não está na dificuldade em se operar equipamentos ou realizar procedimentos invasivos, mas, nas singularidades embutidas em todo ato de cuidar, pois envolve trabalhar com pessoas e lidar com as necessidades de saúde em suas múltiplas dimensões (PEREIRA, 2008).

### **COMPETÊNCIA AT 03**

*Demonstrar alteridade, colocando-se no lugar do outro, nas relações com os usuários e com os outros profissionais, reconhecendo o papel de cada um como sujeito do processo de promoção e proteção à saúde.*

No trabalho com pessoas e comunidades, uma das formas de procurar entendê-las é colocando-se no lugar delas, tentando entender a situação ou problema a partir do ponto de vista que cada um traz.

Para que o profissional de educação física demonstre alteridade, é necessário o pleno entendimento de que cada pessoa possui uma história e que suas necessidades e problemas também são resultantes das condições de vida que ela tem. Outro aspecto importante nesta relação é o entendimento de que o profissional que atua na ABS tem dois focos de responsabilidade: a população e a equipe. Desse modo, os objetivos de sua prática deverão conter metas para a população, mas também para a sua ação na equipe de saúde, e neste sentido, colocar-se também no lugar de outro profissional de sua equipe torna-se imprescindível.

### **COMPETÊNCIA AT 04**

*Demonstrar, por meio de relações humanizadas, o entendimento de que os indivíduos são diferentes e imperfeitos, pautando-se num conceito ampliado de saúde. Incluir aspectos importantes no cotidiano das relações, tais como: carinho, atenção, exigência, responsabilidade, compromisso, respeito aos valores, às pessoas, ao serviço e à política proposta.*

### **COMPETÊNCIA AT 05**

*Demonstrar liderança frente à orientação das atividades, escutando e avaliando ideias, estabelecendo diálogo, delegando tarefas e mobilizando cada vez mais atores.*

**COMPETÊNCIA AT 06**

*Demonstrar respeito diante das diferenças entre as pessoas, mediando conflitos e dificuldades em um diálogo constante. Atuar na perspectiva de agregar pessoas, de estabelecer um bom relacionamento e de produzir inovações na construção da integralidade da atenção.*

Uma discussão sobre os possíveis sentidos da humanização na ABS indica que o maior desafio está relacionado “a possibilidade de se constituir uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e do diálogo” (TEIXEIRA, 2005, p. 586). As atitudes descritas nas competências citadas constituem esforços nesta direção, em especial, por intermédio das seguintes ações: o entendimento das diferenças e imperfeições dos indivíduos, a inclusão de “outros” aspectos nas relações e a mediação de conflitos por meio do diálogo.

Teixeira (2005) ainda finaliza sua discussão enfatizando que o nível da Atenção Primária é constituído de potencialidade para contribuir na humanização das práticas de saúde e que o profissional de educação física que almeja trabalhar nesta perspectiva deverá estar apto a responder se sua prática profissional

“capacita, habilita, instrumentaliza mental e afetivamente os indivíduos de uma determinada população (usuária deste serviço), de tal forma a ampliar sua capacidade de se pôr em relação, isto é, sua capacidade de interação, de formação de comunidade, de aumento de sua potência e de singularização existencial” (TEIXEIRA, 2005, p. 597, grifo do autor).

Nesse sentido, um profissional que desenvolve suas ações pautadas numa visão de humanização deverá ser capaz de apostar na capacidade criativa, na possibilidade de reinventar formas de relação entre pessoas, equipes, serviços e políticas e, portanto, deve ser um profissional que, além de buscar o domínio de conhecimentos e habilidades consideradas exitosas, de modo a atender às necessidades de saúde da população, não poderá ter receio de sair da sua “zona de conforto”, pois, muitas vezes, a forma de se resolver um novo problema, ou um velho problema, de novo, ainda necessita ser criada, reinventada, com base no que as pessoas são, ou mesmo, no que elas poderão vir a ser. Com essa postura, não estamos desconsiderando o conhecimento acumulado, nem mesmo as práticas consagradas, no entanto, chamamos atenção para o entendimento de que o contexto do trabalho em ABS é permeado de complexidades e singularidades, o que pode “tirar o chão” do profissional de educação física, ao mesmo tempo, que lhe abre um leque de possibilidades.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciarmos esta pesquisa tínhamos um desafio: ampliar e fortalecer o encontro entre a educação física e a Atenção Básica à Saúde e, hoje, depois de ter trilhado parte deste caminho, entendemos que este encontro foi proporcionado de um jeito novo, principalmente, porque colocamos, numa mesma “mesa de conversa”, profissionais de educação física atuantes na Atenção Básica à Saúde e pesquisadores da temática educação física e Sistema Único de Saúde, juntamente com autores da produção científica atual, representados, neste momento, por pesquisas e documentos recentes, todos imbuídos de um mesmo objetivo: a elaboração de competências para o profissional da educação física na ABS.

Partimos do entendimento de que as inter-relações que envolvem o profissional de educação física no contexto da ABS ainda se encontram carentes de “teses” que apontem caminhos de uma intervenção profissional com potência para ser mais apropriada e contextualizada.

O percurso metodológico elaborado para a construção das competências resultou em olhares diversos, a partir da organização por dimensões da competência.

Num primeiro momento, ao analisarmos as competências profissionais elencadas, a partir do que elas apontaram para a dimensão do conhecimento, observamos pelo menos três grandes destaques:

a) Os sujeitos elencaram competências indicando que é necessário um domínio de conhecimentos historicamente tradicionais para a área da educação física, tais como, aqueles ligados às ciências biológicas e ao treinamento esportivo. Sobre esta constatação, é imprescindível pontuarmos que a proposta da presente pesquisa, em nenhum momento, teve a intenção de desconsiderar toda a produção acumulada no campo da educação física, principalmente aquela que trata da sua relação com a saúde. No entanto, neste momento histórico de aproximação e início de consolidação da área da educação física junto à Atenção Básica à Saúde no Brasil, é inadmissível que a formação, tanto acadêmica, quanto aquela desenvolvida no próprio ambiente de trabalho, seja pautada por conteúdos biológicos, com base numa visão, predominantemente curativa, do processo saúde-doença.

b) Um segundo aspecto que nos chama atenção diz respeito à importância dada pelos sujeitos para que o profissional conheça historicamente a organização dos serviços de saúde no Brasil. Nessa direção, entendemos que os princípios do SUS e o estabelecimento da ABS como eixo estruturante da atual organização do serviço de saúde é um apontamento necessário para a prática do profissional de educação física, na perspectiva de incluir a prática corporal/atividade física como uma ferramenta essencial na garantia do acesso a diversos e diferentes serviços de saúde que enfocam a promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, o tratamento e a reabilitação. Devido ao pouco tempo em que o profissional de educação física se encontra vinculado ao espaço da ABS, um fato importante ligado ao conhecimento sobre o SUS e as políticas públicas de saúde diz respeito à necessidade premente de incorporação, por este profissional, de termos comuns à área da saúde, que ainda não lhe são totalmente familiares, de modo a ampliar suas possibilidades de encontros com as outras profissões que compõem uma equipe de saúde. Desse modo, o entendimento que comungamos sobre atuação interdisciplinar é que as diferentes áreas, que possuem diferentes núcleos de conhecimento, deverão se integrar num movimento de “mão dupla”, sem hierarquias excludentes, no qual todos aprendem e todos ensinam algo a alguém.

c) Um terceiro aspecto enfatiza o conhecimento que o profissional de educação física deve ter sobre a diversidade de possibilidades de práticas corporais/atividades físicas existentes no universo da cultura corporal do movimento. É impossível que este profissional conheça “tudo” e, portanto, juntamente com a equipe de saúde e com a comunidade, ele deve procurar identificar as práticas que poderão ser mais resolutivas e tenham maior sentido e significado, respeitando as diversidades culturais das pessoas envolvidas, tendo como base as necessidades de saúde mais prevalentes do seu território. Também deverão ser levadas em consideração as possibilidades técnicas de infraestrutura de espaços físicos e materiais da unidade básica de saúde referenciada ao território adscrito, porém, onde estas condições não se mostrarem favoráveis às iniciativas de práticas corporais/atividades físicas, deverão ser buscadas parcerias intersetoriais e a reivindicação nas instâncias de controle social, de modo a conseguir melhorias para a comunidade assistida.

Ainda com relação à dimensão conhecimento, é fundamental que o profissional de educação física que atue na ABS procure orientar sua formação e buscar por conhecimentos pelo eixo da integralidade, arregimentando recursos que possam ser incorporados às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, assim como, às ações curativas e reabilitadoras.

No segundo momento, foram analisadas as competências relacionadas à dimensão das habilidades. Esta foi a dimensão que reuniu o maior número de competências, compondo 36 de um total de 58 competências. Esta característica potencializou os resultados na direção de vislumbrar quais os recursos ele deve ser capaz de operar para atuar no contexto da ABS.

Nesse sentido observamos pelo menos duas vertentes: uma, necessária, porém restrita, que demonstra uma tendência de tentar resolver todos os desafios que possam aparecer no cotidiano dos serviços de ABS, quando do exercício profissional em educação física, de forma predominantemente técnica. As competências elencadas pelos sujeitos que refletem claramente esta posição são expressas por meio das habilidades em:

- Orientar, executar e diversificar as práticas corporais;
- Planejar e aplicar programas de exercícios;
- Avaliar e prescrever exercícios com base em informações associadas às dimensões morfológica e funcional-motora da aptidão física;
- Organizar eventos pontuais;
- Elaborar programas e projetos com previsão para envolver uma grande população durante um longo período;
- Passar informações sobre as adaptações e os benefícios fisiológicos causados pela prática regular de atividade física;
- Conscientizar as pessoas sobre a importância da prática regular de práticas corporais/atividades físicas.

A segunda vertente também é necessária, mas, por outro lado, muito mais abrangente, pois procura conceber o processo saúde-doença de forma ampliada, considerando os determinantes sociais da saúde que influenciam o modo de vida das pessoas e suas diversas dimensões enquanto seres humanos, interferindo também, no processo de desenvolvimento das competências que são requeridas

dos profissionais de educação física no contexto da ABS. As competências elencadas que demonstram este posicionamento são as habilidades em:

- Planejar ações conhecendo a missão do setor de saúde e a agenda de saúde pública;
- Desenvolver estratégias de transformação das práticas de saúde com base nos princípios da educação permanente;
- Atuar de forma interdisciplinar, em equipe multiprofissional, com possibilidades de apoio matricial;
- Estabelecer o vínculo por meio da escuta;
- Avaliar as pessoas e comunidades com base em seu contexto social e cultural;
- Incentivar o usuário, favorecendo sua participação, autonomia, corresponsabilidade e empoderamento;
- Desenvolver práticas corporais/atividades físicas que possibilitem a participação de todos, a socialização e o direito ao lazer, partindo das necessidades e desejos expressos pelas pessoas e coletivos;
- Lidar com imprevistos, problematizar possibilidades de intervenção e utilizar tecnologias de elevada complexidade para resolver os problemas de saúde da população;
- Procurar articulação intersetorial, entendendo que a saúde é resultante de múltiplos fatores presentes na agenda de outros setores públicos e também privados.

No terceiro momento, relacionado à dimensão das atitudes, o aspecto de maior destaque, entre as competências elencadas, foi a indicação de que o profissional de educação física deve pautar suas ações por uma atitude de humanização, considerando o outro que pode ser o profissional de equipe de saúde ou o usuário, a partir do entendimento de suas diferenças e limites, abrindo espaço para o diálogo, valorizando a escuta, de modo a compreender as necessidades de saúde do indivíduo e da população e entendendo que estas necessidades são influenciadas por determinantes sociais de saúde.

O caráter indissociável existente entre as três dimensões das competências nos aponta para uma atuação do profissional de educação física que não esteja focada somente em uma dimensão, mas que mobilize e articule conhecimentos,

habilidades e atitudes, para atuar de forma mais pertinente com a mudança da prática profissional desejada pelos princípios que se alicerçam à ABS do nosso país.

Por toda complexidade que constitui a prática profissional em saúde na perspectiva aqui defendida, essa mudança, além de ser um grande desafio, pode desterritorializar os profissionais de educação física, ou seja, causar desconforto, estranheza e insegurança, pelo fato da proximidade com conceitos e princípios que não lhe são habitualmente familiares, porém, por outro lado, deverá se constituir num terreno onde se criarão possibilidades, podendo promover, a partir de esforços acumulados, a produção de novos conhecimentos, habilidades e atitudes.

**PROPOSTAS PARA FUTUROS ESTUDOS**

## 7. PROPOSTAS PARA FUTUROS ESTUDOS

- Proposição de uma nova pesquisa descritiva para elaboração de competências, por meio da técnica Delphi, partindo de uma lista preliminar de competências.
  - Ao propor este novo estudo, pensar em outros sujeitos que poderão contribuir para a construção de competências com diferentes modos de olhar, tais como: gestores de saúde, outros profissionais de saúde, usuários, docentes de ensino superior, entre outros.
  - A lista preliminar poderá estar baseada na presente pesquisa e em produções científicas pertinentes e recentes.
  
- Propor um estudo de validação de um instrumento com foco na avaliação de competências de profissionais de educação física que atuam na Atenção Básica à Saúde, em nível nacional.
  
- Realizar uma pesquisa-ação junto à uma unidade básica de saúde com o objetivo de analisar as competências elencadas, verificando os limites e possibilidades destas com relação aos princípios e diretrizes da Atenção Básica à Saúde.

**REFLETINDO SOBRE UM POSSÍVEL  
LEGADO DESTA PRODUÇÃO**

## 8. REFLETINDO SOBRE UM POSSÍVEL LEGADO DESTA PRODUÇÃO

A maioria dos pesquisadores finaliza suas teses com indicações para futuros estudos, e isso, fizemos no capítulo anterior, no entanto, ainda queremos dar uma contribuição de natureza operacional a qual denominamos de “legado”.

O legado que acreditamos deixar, está representado no uso que esperamos ser feito desta obra, por diferentes atores comprometidos com a ABS, como citaremos a seguir:

- a) Estudantes de graduação em educação física: para que possam vislumbrar, por meio desta obra, a Atenção Básica à Saúde como um futuro campo de trabalho em potencial, entendendo, de antemão, as particularidades que envolvem este espaço de atuação;
- b) Docentes de instituições de ensino superior em educação física: para que possam nortear um repensar de suas disciplinas ou currículos, entendendo a necessidade premente de formar profissionais em condições de atuarem na ABS;
- c) Outros profissionais e gestores de saúde: para que possam perceber a importância da participação do profissional de educação física na ABS, de forma a acolhê-lo, com vistas a uma atuação interdisciplinar em equipe multiprofissional.
- d) Profissionais de educação física que ainda não tiveram possibilidade de vivenciar o contexto da ABS: para que possam sentir um pouco do “sabor” que existe no trabalho em ABS;
- e) Profissionais de educação física que já vivenciaram ou estão vivenciando, atualmente, o contexto da ABS: para que se identifiquem nas competências elencadas, de modo a ampliar suas possibilidades de atuação.

Nas indicações acima, demonstramos quais são nossas esperanças, e parafraseando Rubem Alves (2002), o que almejamos mesmo, é “provocar a fome” de conhecer nas pessoas que tiverem contato com esta obra e, se isto acontecer, teremos atingido nosso objetivo.

---

---

## REFERÊNCIAS

---

---

**REFERÊNCIAS<sup>18</sup>**

ALVES, J. G.; GALÉ, C. R.; SOUZA, E.; BATTY, G. D. Efeito do exercício físico sobre peso corporal em crianças com excesso de peso: ensaio clínico comunitário randomizado em uma favela no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 2, p. 353-59, 2008.

ALVES, R. A arte de produzir fome. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 29 out. 2002. Sinapse, p. 6.

ANJOS, T. C.; DUARTE, A. C. G. O. A educação física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1127-1144, 2009.

ANTUNES, M. M.; POLIPO, M. D.; RESENDE, H. G. Aspectos interferentes na qualidade do curso de educação física na ótica do corpo discente. **Avaliação**, Campinas; Sorocaba, v. 15, n. 2, p. 159-179, jul. 2010.

ARAUJO, F. M. L. **Desenvolvimento de competências profissionais: as incoerências de um discurso**. 2001. 218 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

AROUCA, S. Democracia e saúde. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1987

AUTH, M. A. Interdisciplinaridade. In: GONZÁLEZ, F. J.; FENSTERSEIFER, P. E. **Dicionário crítico de educação física**. 2. ed. rev. Ijuí: Unijuí, 2008. p. 243-245.

BAGRICHEVSKY, M. A formação profissional em educação física enseja perspectivas (críticas) para atuação na saúde coletiva? In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Org.). **Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

BAGRICHEVSKY, M; ESTEVÃO, A. Os sentidos da saúde e a educação física: apontamentos preliminares. **Arquivos em Movimento**. v. 1 n. 1, p. 65-74, jan./jun. 2005.

---

<sup>18</sup> De acordo com as **Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP**: documento eletrônico e impresso PARTE I (ABNT). Sistema Integrado de Bibliotecas da USP. Vânia Martins Bueno de Oliveira Funaro et al. 2 ed. rev. ampl. São Paulo: Sistema Integrado de Bibliotecas da USP, 2009. 102 p.

BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. **A saúde em debate na educação física**. Blumenau: Edibes, 2003.

BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A.; DA ROS, M. **A saúde em debate na educação física – volume 2**. Blumenau: Nova Letra, 2006.

BARBOSA, G. R. **Atividade física e doença arterial coronariana: revisando a literatura**. 2006. 145 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BATTAGLION NETO, A. **A inserção da educação física em um programa de Saúde Pública**. 1998. 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

BATISTA, P. M.; GRAÇA, A.; MATOS, Z. Termos e características associadas à competência. Estudo comparativo de profissionais do desporto que exercem a sua actividade profissional em diferentes contextos de prática desportiva. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, v. 8, n. 3, p. 377-395, 2008.

BIELEMANN, R. M.; KNUTH, A. G.; HALLAL, P. C. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 9-14, 2010.

BORTONI, W. L.; FLORINDO, A. A.; SALVADOR, E. P.; REIS, R. S. Desenvolvimento e reprodutibilidade de um instrumento de avaliação objetiva do ambiente para aplicação em estudos de atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 38-47, 2009.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

BRASIL. **Resolução nº 196/96**. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 10 out. 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México**. Projeto Promoção da Saúde. Brasília, DF, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília, DF, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde - versão preliminar**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. 2. ed. Brasília, DF, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2006a.

\_\_\_\_\_. **Portaria 648/2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica; n.16 - Diabetes Mellitus**. Brasília, DF, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde e Educação. Portaria Interministerial 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2007.

\_\_\_\_\_. **Portaria 154/2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, DF, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica; n. 27 - Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF, 2009a.

\_\_\_\_\_. Portaria 139, de 11 de agosto de 2009. Estabelece o repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde [...] para ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009b.

\_\_\_\_\_. Portaria 184, de 24 de junho de 2010. Estabelece o repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde [...] para ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010.

\_\_\_\_\_. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/caderno\\_ab.php](http://dab.saude.gov.br/caderno_ab.php)>. Acesso em: 10 fev. 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Caderno de destaques SVS – Gestão 2007/2008**. Coordenação de doenças e agravos não transmissíveis. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/destaques201108.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Dia mundial da atividade física**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=137&pagina=dspDetalheCampanha&co\\_seq\\_campanha=2731](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=137&pagina=dspDetalheCampanha&co_seq_campanha=2731)>. Acesso em: 10 maio 2011c.

BUSSAD, W. O.; MORETTIN, P. A. **Estatística básica**. São Paulo: Atual, 1987.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, jan./abr. 2007.

CAMINAL, J.; MUNDET, X.; PONSÀ, J. A.; SÁNCHEZ, E.; CASANOVA, C. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 15, n. 2, p. 128-141, 2001.

CAMINAL, J.; STARFIELD, B.; SÁNCHEZ, E.; CASANOVA, C.; MORALES, M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. **European Journal of Public Health**, v. 14, n. 3, p. 246-251, 2004.

CAMPBELL, S. M.; SHIELD, T.; ROGERS, A.; GASK, L. How do stakeholder groups vary in a Delphi technique about primary mental health care and what factors influence their ratings? **Quality and safety in health care**, v. 13, n. 6, p. 428-434, dec. 2004.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.

\_\_\_\_\_. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.).

**Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 229-266.

\_\_\_\_\_. Clínica e Saúde coletiva compartilhadas: Teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; ANDRADE, L. O. M.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 53-92

CARVALHO, Y. M. **O “mito” da atividade física e saúde.** São Paulo: Hucitec, 2004.

\_\_\_\_\_. Entre o biológico e o social. Tensões no debate acerca da saúde na educação física. **Motrivência.** v. 17, n. 24, p. 97-105, jun. 2005.

\_\_\_\_\_. Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica. **Revista Brasileira de Saúde da Família,** Brasília, DF, v. 7, p. 33-45, 2006.

CARVALHO, Y. M.; FREITAS, F. F. Atividade física, saúde e comunidade. **Cadernos de Saúde Coletiva,** v. 14, n. 3, p. 489-506, 2006.

CASTRO, A. M.; SPERANDIO, A. M.; GOSH, C. S.; ROCHA, D. G.; CRUZ, D. K. A.; MALTA, D. C. et al. **Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde.** Brasília, DF: CEAD/FUB, 2010.

CASTRO, A. V.; REZENDE, M. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **Revista Mineira de Enfermagem,** v. 13, n. 3, p. 429-434, jul./set. 2009.

CASTRO, A.; MALO, M. **SUS: ressignificando a promoção da saúde.** São Paulo: Hucitec; Opas, 2006.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica:** para uso dos estudantes universitários. São Paulo: Mcgraw-Hill, 1996.

COELHO, M. A. A. A.; OLIVEIRA, E. N.; CANUTO, O. M. C. Educação Física na estratégia saúde da família: uma experiência com pessoas na terceira idade. **Revista SANARE,** Sobral, v. 5, n. 1, p. 151-158, jan./fev./mar. 2004.

CONH, A.; ELIAS, P. **Saúde no Brasil.** Políticas e organizações de serviços. 6. ed. São Paulo: Cortez-Cedec, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA (CONFEF). **Lei Nº 9.696** de 1º de setembro de 1998. Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <www.confef.org.br>. Acesso em: 29 nov. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução nº 218**, de 6 de março de 1997. Reconhece 13 categorias como profissionais de saúde de nível superior. Brasília, 1997.

CORREIA, R. N. P.; FERRAZ, O. L. Competências do professor de educação física e formação profissional. **Motriz**, Rio Claro, v. 16, n. 2, p. 281-291, abr./jun. 2010.

COUTINHO, S. S. **Atividade física no Programa Saúde da Família, em municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná – Brasil**. 2005. 141 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

COUTINHO, S. S.; MAIA, L. F. S. Os conteúdos culturais do lazer. In: OLIVEIRA, A. A. B.; PIMENTEL, G. G. A. **Recreio nas férias**: reconhecimento do direito ao lazer. Maringá: Eduem, 2009. p. 27- 49.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 43-57.

DARIDO, S. C.; OLIVEIRA, A. A. B. Procedimentos metodológicos para o Programa Segundo Tempo (PST). In: OLIVEIRA, A. A. B.; PERIM, G. L. **Fundamentos pedagógicos do Programa Segundo Tempo**: da reflexão à prática. Maringá: Eduem, 2009. p. 207-235.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, Brasília, v. 1, n. 3, p. 5-15, 2001.

DESAULNIERS, J. B. R. Formação, competência e cidadania. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 18, n. 60, p. 51-63, dez. 1997.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DESLANDES, S. F.; MENDES, C. H. F.; PIRES, T. O.; CAMPOS, D. S. Use of the Nominal Group Technique and the Delphi Method to draw up evaluation indicators for strategies to deal with violence against children and adolescents in Brazil. **Rev Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v.10, p.529-537, 2010.

DURAND, T. **L'alchimie de la compétence**. Revue Française de Gestion, Paris, n.127, p. 84-102, jan./fév. 2000.

EGERLAND, E. M. **Competências profissionais de treinadores esportivos**. 2009. 87 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

FEITOSA, W. M. N. **As competências do profissional de Educação Física: um estudo Delphi**. 2002. 131 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

FEITOSA, W. M. N.; NASCIMENTO, J. V. As competências específicas do profissional de Educação Física que atua na orientação de atividades físicas: um estudo Delphi. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, DF, v. 11 n. 4, p. 19-26, out./dez. 2003.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec/Rede Unida, 1998.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **Revista da Administração Contemporânea**, v. 5, p. 183-196, 2001. Edição especial.

FONSECA, S. A.; MENEZES, A. S.; LOCH, M. R.; FEITOSA, W. M. N.; NAHAS, M. V.; NASCIMENTO, J. V. Pela criação da Associação Brasileira de Ensino da Educação Física para a Saúde: Abenefs. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, 2011. No prelo.

FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Orgs.). **Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

FREITAS, F. F.; BRASIL, F. K.; SILVA, C. L. Práticas corporais e saúde: novos olhares. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 27, n. 3, p. 169-183, maio 2006.

FREITAS, H.; OLIVEIRA, M.; SACCOL, A. Z.; MOSCAROLA, J. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 105-112, jul./dez. 2000.

- GARCIA, S. B. (Ed.). **Primeiros socorros: fundamentos e práticas na comunidade, no esporte e ecoturismo**. São Paulo: Atheneu, 2003.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GOMES, M. A.; DUARTE, M. F. S. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da família: Programa Ação Saúde Floripa – Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. Florianópolis, v. 13, n. 1, 2008.
- GONTIJO, L. P. T. **Construindo as competências do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde**. 2007. 228 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- GOULART, F. A. A. A saúde coletiva entre o super-homem e São Francisco de Assis. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 231-250, 2000.
- GUARDA, F. R. B.; SILVA, R. N.; MARCONDES, M. M. C.; MARCONDES, A. C.; ALMEIDA, T. A. M. Do diagnóstico à ação: Programa Se Bole Olinda: estratégia intersetorial de promoção da saúde através da atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 206-210, 2009.
- GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R. P. **Controle do peso corporal: composição corporal, atividade física e nutrição**. Londrina: Midiograf, 1998.
- HALLAL, P. C.; CARVALHO, Y. M.; TASSITANO, R. M.; TENÓRIO, M. C. M.; WARSCHAUER, M.; REIS, R. S. et al. Avaliação quali-quantitativa do Programa Academia da Cidade, Recife (PE): concepções dos professores. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 9-14, 2009.
- HALLAL, P. C.; REIS, R. S.; HINO, A. A. F.; SANTO, M. F.; GRANDE, D.; KREMPEL, M. C. et al. Avaliação dos programas comunitários de promoção da atividade física: o caso de Curitiba, Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 14, n. 2, p. 104-114, 2009.
- HALLAL, P. C.; TENÓRIO, M. C. M.; TASSITANO, R. M.; REIS, R. S.; CARVALHO, Y. M.; CRUZ, D. K. A. et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções dos usuários e não usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 70-78, 2010.

HARZHEIM, E.; STEIN, A. T.; DARDET, C. A. A efetividade dos atributos de Atenção Primária sobre a saúde infantil. **Boletim de Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 23-40, jan./jun. 2004.

KAYO, E. K.; SECURATO, J. R. Método Delphi: fundamentos, críticas e vieses. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 51-61, 1º sem. 1997.

KNUTH, A. G.; MALTA, D. C.; CRUZ, D. K.; FREITAS, P. C.; LOPES, M. P.; FAGUNDES, J. et al. Rede Nacional de Atividade Física do Ministério da Saúde: resultados e estratégias avaliativas. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 229-233, 2010.

KOKUBUN, E.; LUCIANO, E.; SIBUYA, C. Y.; QUEIROGA, M. R.; RIBEIRO, P. A. B.; SILVEIRA, R. F. et al. Programa de atividade física em unidades básicas de saúde: relato de experiência no município de Rio Claro – SP. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 45-53, 2007.

LALUNA, M. C. M. **Os sentidos da avaliação na formação de enfermeiros orientada por competência**. 2007. 226 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 369-79, mar./ago. 2005.

LINSTONE, H. A.; TUROFF, M. **The Delphi Method**: techniques and applications. California: University of Southern California, 2002.

LUCENA, D.; BORGES, K. E. L.; AGUIAR, M. A.; ALCÂNTARA, F.; MADRUGA, J. G.; LOMEIO, R. A inserção da Educação Física na estratégia Saúde da Família em Sobral/CE. **Revista SANARE**, Sobral, v. 5, n. 1, p. 87-91, jan/fev/mar, 2004.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil. In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS – UERJ: ABRASCO, 2001, p. 17-37.

\_\_\_\_\_. **Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva**: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MALTA, D. C.; CASTRO, A. M. Avanços e resultados na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Boletim Técnico do Senac**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, maio/ago. 2009

MALTA, D. C.; CASTRO, A. M.; CRUZ, D. K. A.; GOSH, C. S. A promoção da saúde e da atividade física no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 13, n. 1, p. 24-27, 2008.

MALTA, D. C.; CASTRO, A. M.; GOSCH, C. S.; CRUZ, D. K. A.; BRESSAN, A.; NOGUEIRA, J. D. et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, DF, v. 18, n. 1, p. 79-86, jan./mar. 2009.

MARTINEZ, J. F. N.; BACHELADENSKI, M. S. Educação física e saúde coletiva: possibilidades de inserção e formação profissional no/para o SUS. In: Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e Congresso Internacional de Ciências do Esporte. 16, 3. 2009. Salvador. **Anais...** Salvador: CBCE, 2009. p 1-13.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS, 2006. p. 39-64.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. H.; NASCIMENTO, J. V.; NAHAS, M. V.; FENSTERSEIFER, J. F. J. Avaliação da formação inicial em Educação Física: um estudo Delphi. **Revista da Educação Física/UEM Maringá**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 53-64, 1º sem. 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.

MIRANDA, A. C. M.; LARA, L. M.; RINALDI, I. P. B. A Educação Física no ensino médio: saberes necessários sob a ótica docente. **Motriz**, Rio Claro, v. 15, n. 3, p. 621-630, jul./set. 2009.

MONTEIRO, H. L.; GONÇALVES, A. Saúde coletiva e atividade física no contexto de subdesenvolvimento: evidências e perspectivas para superação do atraso. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 6, n. 5, p. 180-187, set./out. 2000.

MORETTI, A. C.; ALMEIDA, V.; WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 346-354, 2009.

MORITZ, R. D., LAGO, P. M.; SOUZA, R. P.; SILVA, N. B.; MENESES, F. A.; OTHERO, J. C. B. et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 20, n. 4, p. 422-428, 2008.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 3 ed. Londrina: Midiograf, 2003.

NAKAMURA, P. M. et al. Programa de intervenção par a prática de atividade física: Saúde Ativa Rio Claro. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 128-132, 2010.

NASCIMENTO, J. V. **A formação inicial universitária em educação física e desportos: uma abordagem sobre o ambiente percebido e a auto-percepção de competência profissional de formandos brasileiros e portugueses**. 1998. 367 f. Tese (Doutorado em Ciências do Desporto e de Educação Física) - Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Universidade de Coimbra, Coimbra, 1998.

NOGUEIRA, L.; PALMA, A. Reflexões acerca das políticas de promoção da atividade física e saúde: uma questão histórica. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 24, n. 3, p. 103-119, maio. 2003.

OLIVEIRA, A. A. B.; MOREIRA, E. C.; ACCIOLY JUNIOR, H.; NUNES, M. P. Planejamento do Programa Segundo Tempo: a intenção é compartilhar conhecimentos, saberes e mudar o jogo. In: OLIVEIRA, A. A. B.; PERIM, G. L. **Fundamentos pedagógicos do Programa Segundo Tempo: da reflexão à prática**. Maringá: Eduem, 2009. p. 207-235.

OLIVEIRA, A. A. B.; PERIM, G. L. **Fundamentos pedagógicos do Programa Segundo Tempo: da reflexão à prática**. Maringá: Eduem, 2009.

OLIVEIRA, L. L. **Atitudes, percepção de qualidade de vida e condicionamento físico com pessoas na terceira idade**. 2005. 46 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**. Washington, DC, 2007.

\_\_\_\_\_. **La renovación de La atención primaria de salud em las Américas – Redes Integradas de Servicios de Salud – Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación em las Américas.** Washington, DC, 2008.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Atención primaria de salud – Informe de La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata.** Ginebra, 1978.

\_\_\_\_\_. **Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud.** Ginebra: OMS, 2010.

PAIM, J. **O que é SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

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/SP.** 2001. 264 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

PALHA, P. F.; LIMA, G. M.; MENDES, I. J. M. Programa de Integração Comunitária: em busca de novas estratégias e novos sentidos à vida. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 5-10, abr. 2000.

PALMA, A. Educação física, corpo e saúde: uma reflexão sobre outros “modos de olhar”. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 22, n. 2, 23-39, jan. 2001.

PASQUIM, H. M. A saúde coletiva nos cursos de graduação em educação física. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 193-200, 2010.

PEREIRA, M. J. B. **Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de Atenção Básica em saúde do Distrito Oeste do Município de Ribeirão Preto.** 2008. 236 f. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M.; CONSUELO, D. V. Estudo Delphi: atores sociais e tendências do sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 181-190, 2002. Suplemento.

PIZANI, J.; SERON, V.; RINALDI, I. P. B. Formação inicial em educação física na cidade de Maringá: a ginástica geral em questão. **Motriz**, Rio Claro, v. 15, n. 4, p. 900-910, out./dez. 2009.

- QUINT, F. O.; MATIELLO JUNIOR, E.; MARTINEZ, J. N.; BACHELADENSKI, M. S. Reflexões sobre a inserção da educação física no programa saúde da família. **Motrivivência**, v. 24, p. 81-95, jun. 2005.
- RAMOS, M. N. **A pedagogia das competências**: autonomia ou adaptação? São Paulo: Cortez, 2002.
- RINALDI, I. P. B. **A ginástica como área de conhecimento na formação profissional em Educação Física**: encaminhamentos para uma reestruturação curricular. 2005. 220 f. Tese (Doutorado em Educação Física) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.
- ROCHA, V. M.; CENTURIÃO, C. H. Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Orgs.). **Educação física e saúde coletiva**: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 17-31.
- SANTIN, S. Corporeidade. In: GONZÁLEZ, F. J.; FENSTERSEIFER, P. E. **Dicionário crítico de educação física**. 2. ed. rev. Ijuí: Unijuí, 2008. p. 103-104.
- SANTOS, M. S.; REIS, R. S.; RODRIGUEZ-AÑEZ, C. R.; FERMINO, R. C. Desenvolvimento de um instrumento para avaliar barreiras para a prática de atividade física em adolescentes. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 76-84, 2009.
- SCHEFFER, M. Participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74. P. 313-320, maio/dez. 2006.
- SCHÖN, D. **Educando o profissional reflexivo**: o novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- SEMINÁRIO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 2009b. Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2009.
- SILVA, F. M. (Org.). **Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde**. Rio de Janeiro: CONFEF, 2010.
- SILVA, R. B.; OLIVEIRA, A. A. B.; LARA, L. M. A Educação Física Escolar em Maringá: experiências de ensino-aprendizagem no cotidiano das aulas. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 28, n. 2, p. 69-83, jan. 2007.

- SILVA, R. F.; TANAKA, O. Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 33, n. 3, p. 207-216, set. 1999.
- SILVA, S. G. A. A.; SILVA, I. L.; CARDOSO, F. B.; BERESFORD, H. O ciclo hermenêutico e dialético e a técnica Delphi como proposta metodológica para avaliação da ocorrência de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 22, n. 1, p. 103-112, jan./mar. 2009.
- SILVEIRA, J. A. A. et al. Características da assistência à saúde a pessoas com Diabetes mellitus acompanhadas na Unidade de Saúde da Família Pedregal II, em Cuiabá, MT: reflexões para a equipe de saúde. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, 43-49, 2010.
- SIMÕES, E. J.; HALLAL, P.; PRATT, M., RAMOS, L., MUNK, M., DAMASCENA, W. et al. Effects of a community-based, professionally supervised intervention on physical activity levels among residents of Recife, Brazil. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 1, p. 68-75, jan. 2009.
- SIQUEIRA, F. V. et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 39-54, jan. 2008
- SOUSA, P. A. F.; FRADE, M. H. L. B. C.; MENDONÇA, D. M. M. V. Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo Delphi. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 368-381, 2005.
- SPÍNOLA, A. W. P. **Delfos**: proposta tecnológica alternativa. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública USP, 1984.
- STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2004. 725p.
- TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.
- THOMAS, J. T.; NELSON, S.; SILVERMAN, S. **Métodos de pesquisa em atividade física**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **NESCON - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**. Faculdade de Medicina. 2011. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/noticias/?p=2006>>. Acesso em: 18 jun. 2011.

- VENTURIM, L. M. V. P.; MOLINA, M. D. C. B. Mudanças no estilo de vida após as ações realizadas no Serviço de Orientação ao Exercício – Vitória/ES. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. Florianópolis, v. 10, n. 2, maio-ago. 2005.
- WAISSMANN, W. Desigualdade social e atividade física. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. **A saúde em debate na educação física**. Blumenau: Edibes, 2003.
- WARSCHAUER, M.; CARVALHI, Y. M.; MARTINS, C. L.; FREITAS, F. F. As escolhas das práticas corporais e dos profissionais que as conduzem nas unidades básicas de saúde do distrito Butantã – SP. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 15, e CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 2., 2007, Recife. **Anais...** Recife: Edupe, 2007. v. 1.
- WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 635-667.
- WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica**: contribuição à construção das funções essenciais de saúde pública. 2005. 336 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.
- WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 01, n. 12, 2º trim. 2000.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A – Modelo de Declaração de Ciência e Autorização**

Ao Secretário (a) Municipal de Saúde de \_\_\_\_\_

Ilmo.(a) Sr (a) \_\_\_\_\_

Declaro para os devidos fins de pesquisa que se fizerem necessários, referente ao subsídio para elaboração de tese do curso de pós-graduação, nível doutorado, em Enfermagem em Saúde Pública, com o título: “Competências do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde”, do pós-graduando Silvano da Silva Coutinho, orientado pela Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira, vinculada ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EERP-USP), que me encontro ciente e autorizo a aplicação de questionários junto aos profissionais de Educação Física que atuam no Programa \_\_\_\_\_, da Secretaria Municipal de Saúde de \_\_\_\_\_, do estado de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Secretário Municipal de Saúde

## APÊNDICE B - Ficha de identificação para professores e coordenadores

### FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Preencha os espaços delimitados utilizando um "X" ou a informação solicitada:

#### DADOS PESSOAIS

Nome:

Sexo:  Masc  Fem Data de nascimento:  /  /

#### DADOS RELACIONADOS À ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Instituição onde trabalha:

Função exercida:

Vínculo empregatício:  Concurso  Contratado  
 Terceirizado  Outro (citar):

Há quanto tempo trabalha nesta função:  (Anos, meses)

Há quanto tempo trabalha neste programa:  (Anos, meses)

Carga horária de trabalho semanal:

Carga horária no programa:

Tem outros vínculos profissionais?  Sim  Não

Em caso positivo, citar a área:

Educação Física Escolar

Treinamento esportivo - alto rendimento

Treinamento esportivo - iniciação esportiva

Esporte educacional

Academia

Recreação e lazer

Outro (citar)

**DADOS RELACIONADOS À FORMAÇÃO**

Formado em Educação Física:  Sim  Não

Em caso negativo, qual a área de formação:

Há quanto tempo é formado  (Anos, meses)

Fez alguma pós-graduação? Em qual nível:

Especialização  Sim  Não  Cursando

Citar a área:

Mestrado  Sim  Não  Cursando

Citar a área:

Doutorado  Sim  Não  Cursando

Citar a área:

Espaço para escrever alguma outra informação que achar importante:

## APÊNDICE C - Ficha de identificação para pesquisadores

### FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Preencha os espaços delimitados utilizando um "X" ou a informação solicitada:

#### DADOS PESSOAIS

Nome:

Sexo:  Masc  Fem Data de nascimento:  /  /

#### DADOS RELACIONADOS À ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Instituição onde trabalha:

Função exercida:

Vínculo empregatício:  Concurso  Contratado  
 Terceirizado  Outro (citar):

Há quanto tempo trabalha nesta função:  (Anos, meses)

#### DADOS RELACIONADOS À FORMAÇÃO

Formado em Educação Física:  Sim  Não

Em caso negativo, qual sua área de formação:

Há quanto tempo é formado  (Anos, meses)

Cursou ou está cursando alguma pós-graduação? Em qual nível:

Especialização  Sim  Não  Cursando

Citar a área:

Mestrado  Sim  Não  Cursando

Citar a área:

Doutorado  Sim  Não  Cursando

Citar a área: \_\_\_\_\_

**OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

Participa de algum grupo de pesquisa que discute de forma direta ou indireta o tema Educação Física e Saúde Coletiva? Em caso positivo, citar:

Ministra alguma disciplina no ensino superior na qual tem a oportunidade de discutir/apresentar o tema Educação Física e Saúde Coletiva? Citar:

Cite no espaço abaixo suas produções científicas relacionadas ao tema Educação Física e Saúde Coletiva (dissertação ou tese, livros, periódicos ou qualquer outra produção que achar importante):

**OBS: se as produções estiverem descritas de forma clara no seu currículo lattes, somente inclua esta informação no quadro abaixo, que eu verificarei direto na fonte.**

Espaço para escrever alguma outra informação que achar importante:

## APÊNDICE D - Carta convite

Ribeirão Preto, abril de 2010

Prezado (a) Professor (a)

Temos a satisfação em convidá-lo (a) a participar da pesquisa de doutorado intitulada “Competências do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde”, do pós-graduando Silvano da Silva Coutinho, orientado pela Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira, vinculada ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

O objetivo geral da pesquisa será: Identificar, construir coletivamente e analisar as competências gerais e específicas que são requeridas do profissional de Educação Física para atuação na Atenção Básica à Saúde.

A pesquisa fará uso do Método Delphi que de acordo com Thomas e Nelson (2002) caracteriza-se, principalmente, pela opinião especializada destinada à obtenção de um consenso relativo sobre um assunto ou assuntos para os quais não se dispomos de dados suficientes.

Para tanto, é feita a escolha de um grupo de especialistas que fará parte da construção de uma lista de competências profissionais, em vários *rodadas* (organograma em anexo), contribuindo para a construção da referida proposta.

Esta primeira etapa terá a participação de um grupo de 50 especialistas, que serão representados por professores de Educação Física que atuam em programas de promoção da atividade física de seis municípios brasileiros (dois da região Nordeste, três do Sudeste e um do Sul), bem como, de pesquisadores que se dedicam a estudar a temática da Educação Física e Saúde Coletiva em três diferentes regiões do Brasil. Os programas participantes foram identificados pelo Ministério da Saúde como intervenções que apresentam comprovada evidência de efetividade para a promoção da saúde (MALTA; CASTRO, CRUZ et al, 2008).

Gostaríamos de contar com a sua valiosa participação para concretização desta pesquisa, pois acreditamos que esta poderá contribuir significativamente na ampliação das discussões a respeito da atuação efetiva do profissional de Educação Física nos espaços de saúde pública, em especial da Atenção Básica à Saúde.

Queremos destacar que o método de pesquisa empregado neste estudo necessita que todos os especialistas respondam ao primeiro instrumento antes que o próximo possa ser organizado e remetido novamente. Considerando que teremos aproximadamente 50 professores (entre coordenadores dos programas e pesquisadores) participando deste estudo, os prazos finais para as respostas dos questionários são cruciais para o bom andamento da metodologia.

Portanto, gostaríamos de lhe solicitar encarecidamente que preencha o Instrumento 01 e nos encaminhe (por *e-mail*) no prazo máximo de 15 (dez) dias após o recebimento.

Todos os esforços serão feitos no sentido de reter a essência de suas respostas e estas serão tratadas confidencialmente, pois o anonimato faz parte deste tipo de metodologia.

Agradecemos antecipadamente e nos colocamos ao seu inteiro dispor para quaisquer dúvidas ou esclarecimentos. O contato poderá ser feito com o orientando pelo e-mail: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, ou pelos telefones: xxxxxxxxxxxxxxxx

Atenciosamente

Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira  
Orientadora  
EERP – USP

Prof. Silvano da Silva Coutinho  
Orientando  
EERP – USP

## APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Sr (a)

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **Competências do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde**. Esta pesquisa tem como objetivo identificar, construir coletivamente e analisar as competências que são requeridas do profissional de Educação Física para atuar na Atenção Básica à Saúde.

Assim, gostaríamos de contar com sua participação preenchendo os formulários que serão aplicados com pesquisadores que estudam a temática Educação Física e Saúde Coletiva e também com profissionais de Educação Física que atuam em programas de promoção da atividade física de seis municípios situados nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil.

Sua colaboração será muito importante para a realização deste projeto de pesquisa. As informações/opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes.

Estão sendo enviadas duas cópias assinadas deste termo, ficando uma de posse do profissional e outra deverá retornar ao pesquisador.

A qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar esse consentimento, e para tanto, você pode fazer o contato nos endereços citados abaixo.

Agradecendo sua colaboração nos colocamos à disposição para qualquer informação que julgar necessária, e aguardamos o mais prontamente possível sua confirmação quanto à participação nesta pesquisa, bem como o retorno do material preenchido para darmos continuidade às análises.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Silvano da Silva Coutinho  
Doutorando do Programa de Enfermagem  
em Saúde Pública da USP/ Ribeirão Preto

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira  
Profa. Livre-Docente do Departamento de  
Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –  
EERP/ USP

Eu, \_\_\_\_\_  
aceito participar do estudo, respondendo aos formulários sobre a pesquisa – **Competências do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde** e estou ciente de que seus resultados serão tratados sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar este consentimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 2010.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do respondente

Endereço e telefones para contato do pesquisador:

Endereço: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Email: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Telefones: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

## APÊNDICE F

### Instrumento 01 - Questionário de levantamento preliminar de competências

Adaptação de Gontijo (2007) <sup>19</sup>

#### Competências do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde

Este instrumento visa a fazer um levantamento preliminar com o objetivo de identificar as competências gerais e específicas requeridas do Profissional de Educação Física para atuar na Atenção Básica à Saúde.

O termo **competência** tem sido relacionado à capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade numa dada situação concreta de trabalho e num determinado contexto cultural. **Competência** compreende um conjunto de saberes e capacidades que os profissionais incorporam por meio da formação e da experiência, somado à capacidade de integrá-los, utilizá-los e transferi-los em diferentes situações profissionais. Dessa forma, nos afastamos do entendimento de competência somente como uma lista de atribuições predefinidas para serem cumpridas *a priori*.

As competências gerais referem-se a comportamentos profissionais próprios de desempenho em diferentes setores ou atividades e usualmente estão relacionadas à interação com saberes/fazerem mais abrangentes. Na Atenção Básica à Saúde, seriam aquelas competências que todos os profissionais (de nível superior, técnico e outros) deveriam ter para desenvolver seu trabalho, como por exemplo: liderança, afetividade, dentre outras.

Já as competências específicas são aquelas diretamente relacionadas com o exercício de ocupações concretas do profissional de Educação Física, não sendo facilmente transferíveis de um a outro âmbito profissional. No caso desta pesquisa, são aquelas necessárias para o trabalho do profissional de Educação Física na

---

<sup>19</sup> GONTIJO, L. P. T. **Construindo as competências do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde.** Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP, 2007.

Atenção Básica à Saúde. Como exemplo, podemos citar: avaliação e prescrição adequada de exercícios físicos, domínio de processos pedagógicos para o ensino de práticas corporais, dentre outras.

Neste estudo, porém, não pretendemos gerar uma lista exaustiva de conceitos ou temáticas a se discutir, e sim, abrir espaço para o debate relacionado especificamente à Educação Física na Atenção Básica à Saúde, como uma forma de ampliar os horizontes desta relação, que, mesmo recente, já tem demonstrado um grande potencial na promoção da saúde das pessoas e na interação com outras áreas profissionais presentes no SUS.

Interessa-nos, também, vislumbrar a atuação deste profissional através de ações e de programas que estejam vinculados ao serviço público de saúde e que tenham objetivos mais amplos do que unicamente os benefícios fisiológicos que a prática da atividade física proporciona.

Para darmos início a esta discussão, solicitamos que listem, no mínimo, três competências gerais e três competências específicas que, segundo a sua experiência e o seu conhecimento são essenciais para o trabalho do Profissional de Educação Física no contexto da Atenção Básica à Saúde.

Solicitamos também que, após listar cada competência, comente por que você considera que esta é necessária ao trabalho do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde.

Para o bom andamento da pesquisa, vale lembrar que os dados descritos por você serão tratados de forma anônima e caso tenha conhecimento de algum outro participante da pesquisa, é muito importante que não haja comunicação entre vocês sobre as competências que serão descritas a seguir, evitando-se, desta forma, qualquer tipo de influência na opinião do outro.

**Nome completo do respondente:**

--

### COMPETÊNCIAS GERAIS

Competência 1:	Comente por que você considera que esta competência é necessária ao trabalho do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde:

Competência 2:	Comentário:

Competência 3:	Comentário:

OBS: replicar o quadro abaixo, para incluir outras competências, caso necessário.

Competência "X":	Comentário:

**COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS**

Competência 1:	Comente por que você considera que esta competência é necessária ao trabalho do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde:

Competência 2:	Comentário:

Competência 3:	Comentário:

OBS: replicar o quadro abaixo, para incluir outras competências, caso necessário.

Competência "X":	Comentário:



4	<b>Ter conhecimento sobre conceitos de epidemiologia, perfil epidemiológico da população e do território de atuação.</b>	Ter uma visão geral da população específica a ser trabalhada, conhecendo conceitos de incidência, prevalência, mortalidade infantil, saúde coletiva, etc. Conhecer as necessidades e os fatores determinantes dos agravos à saúde presentes no território da vida das pessoas referenciadas à região sanitária na qual o trabalho é desenvolvido, visto que estes (fatores e necessidades) se distribuem de forma desigual nas comunidades, possibilitando intervir de forma alinhada com as perspectivas de nosso local de atuação. Mapear as redes de proteção social, equipamentos sociais, coletivos organizados, rede de referência dos serviços de saúde e outras instâncias e instituições de proteção social e promoção da saúde.								
5	<b>Ter conhecimento sobre estratégias de educação para o SUS: educação permanente</b>	Desenvolver e investir em estratégias e metodologias de formação (espaços de formação no cotidiano do trabalho, educação permanente, cursos técnicos e de graduação na área da saúde e afins), para que possa realizar a articulação entre as necessidades de saúde da população com as possibilidades intervenção reais no cotidiano do usuário, dando resolutividade aos agravos e produzindo cuidado. A capacidade de aprender com as experiências no dia a dia do trabalho permite ampliar a habilidade de tomar decisões, devido a variabilidade das ações e dos atores envolvidos neste contexto. Proporcionar educação permanente em atividade física/práticas corporais, nutrição e saúde. Capacitar profissionais e/ou membros da comunidade para atuarem como facilitadores nas ações de atividade física/práticas corporais.								
6	<b>Ter conhecimento sobre estratégias de educação para o SUS: educação continuada</b>	Ter o compromisso com a constante busca por atualização, capacitação, reciclagem profissional e a boa informação relacionada à saúde. Para isso é necessário estar atualizado sobre os aspectos pertinentes às áreas da biologia, psicologia, sociologia, pedagogia e fundamentos éticos.								
7	<b>Tomar iniciativa sendo criativo e flexível</b>	Ter iniciativa para gerir os imprevistos frente as diferentes realidades, homogeneidade e heterogeneidade dos grupos em seus aspectos sociais, culturais, físicos e também das condições de trabalho. Criar alternativas para lidar com as dificuldades presentes no cenário de trabalho sem comprometer a qualidade do serviço prestado. Capacidade de apreender a Atenção Básica à Saúde na sua complexidade e na variabilidade de seus problemas, desenvolvendo habilidades, conhecimentos específicos, criatividade e flexibilidade. Na Atenção Básica não se pode esperar que as coisas aconteçam, é preciso fazer acontecer.								
8	<b>Colocar-se no lugar do outro</b>	Agir com alteridade em relação aos diferentes modos de viver, respeitando os usuários e profissionais, entendendo-os como seres humanos e reconhecendo o papel de cada um como sujeito do processo de promoção e proteção à saúde.								
9	<b>Estabelecer relações humanizadas de forma ética</b>	Estabelecer relações humanizadas, entendendo que somos diferentes e imperfeitos, e nesta perspectiva ação-reflexão deve ser um processo permanente entre os sujeitos, estimulando o protagonismo e a construção em ato de projetos de vida. Pautar-se em um conceito ampliado de saúde, entendendo o ser humano de forma integral e não somente no seu aspecto biológico. Incluir aspectos importantes no cotidiano das relações, tais como: carinho, atenção, exigência, responsabilidade, compromisso, respeito aos valores, às pessoas, ao serviço e à política proposta.								
10	<b>Ter uma visão holística e apaixonada</b>	Entender como o meio pode interferir nas reações dos indivíduos. Pensar seu trabalho como um todo, e a maneira que você pode influenciar o grupo e pode ser influenciado por ele. Ter prazer e satisfação pelo que faz.								
11	<b>Liderança</b>	Ter segurança naquilo que está sendo orientado, pois através do seu domínio e comprometimento, o profissional inspira confiança e o grupo passa a ter mais interesse, disciplina e aceitação do trabalho, com maior participação. Os usuários precisam acreditar no profissional. Para ser líder é preciso escutar e avaliar todas as idéias, estabelecer e conduzir o diálogo, ter domínio frente a situações de conflito para decidir um caminho a ser seguido, delegando tarefas para mobilizar cada vez mais atores e assim conseguir o envolvimento real em busca da qualidade.								
12	<b>Matriciamento</b>	Apesar da atuação de professores de educação física junto à Atenção Básica contribuir em diferentes dimensões da saúde de indivíduos e coletivos, é utópico pensar que teremos um professor de educação física em cada equipe de saúde da família ou unidade básica de saúde. Portanto, este profissional deve apoiar e instrumentalizar os outros profissionais de saúde a respeito das informações específicas acerca de atividade física e práticas corporais.								
13	<b>Capacidade de planejar ações</b>	Ter conhecimento da missão da secretaria, clareza de objetivos e comprometimento com o trabalho. Avaliar as diferentes realidades, planejando ações e metas de forma coerente, ou seja, ter a habilidade de saber fazer as intervenções frente as demandas oriundas do próprio local de atuação. Estabelecer métodos, cumprir a programação, saber como organizar e estruturar sua atuação profissional, estimulando e favorecendo a atuação multidisciplinar. Buscar a utilização lógica e racional dos recursos disponíveis para a implantação e implementação da sua prática laboral. Garantir ao gestor dados coerentes e fidedignos para que o projeto se justifique.								
14	<b>Capacidade de adaptação das condições de trabalho com visão estratégica e ação pró-ativa</b>	Compreender que as dificuldades existem para serem superadas e não para nos impedir. Essa postura é essencial para que seja possível fazer uma leitura rápida das situações encontradas, possibilitando adaptações e ações resolutivas e imediatas quando confrontamos situações adversas às de costume, e também para vencer os diversos obstáculos que surgirão no processo de construção coletiva das estratégias de intervenção. O profissional deve ser flexível, investigar ações alternativas, mantendo-se motivado e fiel aos seus objetivos de trabalho, acreditando que sua intervenção pode fazer a diferença. Problematicar possibilidades de intervenção junto com a comunidade e com a equipe de saúde, para que as ações possam ser discutidas com maior aprofundamento.								
15	<b>Capacidade de avaliar ações</b>	Avaliar o programa, analisar resultados, ter momentos de avaliar seu trabalho como indivíduo e como grupo e também receber avaliações do grupo.								

16	Realizar ações de prevenção	Realizar ações preventivas junto a população se pautando nas prioridades da agenda da saúde pública. Procurar reduzir epidemias emergentes consideradas as maiores causas de óbito e de custos elevados para o SUS a exemplo das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT's ), tendo como meio a prática da atividade física e a alimentação mais saudável. Esclarecer sobre os cuidados gerais na manutenção da saúde, promovendo a socialização e o lazer, reduzindo os níveis de sedentarismo e obesidade, e elevando, desta forma, os níveis de saúde e qualidade de vida da população.								
17	Capacidade de mobilização para a ação	Ter autonomia para resolver problemas com segurança, principalmente os urgentes, da forma que julgar melhor no momento, aglutinando pessoas em torno de temas e ações acerca da prevenção e promoção da saúde. Entender que a Atenção Básica abrange ações de promoção, manutenção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação e que essa deve utilizar tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade para resolver os infinitos problemas de saúde, priorizando a inclusão e estimulando a participação da comunidade.								
18	Incentivar a autonomia, o empoderamento e a co-responsabilidade	Detectar as necessidades dos locais onde atuarão, aglutinando pessoas (população e trabalhadores), favorecendo a participação do usuário por meio da busca permanente da autonomia e da co-responsabilidade com o cuidado em relação a sua saúde, fazendo com que estes reconheçam e valorizem o saber adquirido em experiências do seu dia a dia. Possibilitar o empoderamento das pessoas a partir do acesso a informação, possibilitando a estes, o conhecimento e o entendimento de sua saúde e de sua comunidade. Esclarecer sobre os cuidados gerais na manutenção da saúde, no desempenho das atividades, na mobilidade funcional, na socialização e no lazer, a fim de criar proposições eficazes, que mobilizem e gerem resolutividade na perspectiva da promoção da saúde.								
19	Não considerar-se o único detentor do saber	Considerar que o profissional não é o único detentor do saber e que a realidade vivida na Atenção Básica se constitui em um campo de aprendizado. Construir coletivamente as intervenções propostas.								
20	Atuar em equipe para fortalecer o SUS	Ser capaz de atuar em equipe (multi-inter-transdisciplinarmente), considerando a dinâmica e complexa realidade do trabalho, e que as respostas nem sempre estão prontas e acabadas. Identificar a proposta de trabalho a ser desenvolvida de acordo com os princípios preconizados pelo SUS. Compôr, mediar, estimular e envolver as pessoas, considerando e incluindo os conhecimentos que elas trazem para compreender, ampliar, direcionar e resolver problemas com um sentido mais coerente e significativo entre o saber técnico e as necessidades dos grupos/pessoas atendidas. Procurar a articulação entre as redes de saúde.								
21	Respeitar as diferenças	Saber respeitar as diferenças entre as pessoas, mediando os conflitos e dificuldades em um diálogo constante. Utilizar habilidades profissionais trocando informações, articulando experiências acerca dos saberes e das práticas de cada área com os grupos/pessoas atendidas. Atuar na perspectiva de agregar pessoas, de estabelecer um bom relacionamento e de produzir inovações na construção da integralidade da atenção.								

Nº	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	Descrição da competência conforme as respostas da primeira etapa	Importância					S.C.R.	
			0	1	2	3	4		5
22	Realizar avaliação individual e do grupo	Avaliar para conhecer quais as necessidades individuais e coletivas das pessoas que compõem os grupos de práticas. Conhecer a forma em que eles vivem, as suas possibilidades de prática de atividade física diária, o seu nível de atividade física habitual, bem como, seu contexto social e cultural.							
23	Realizar avaliação física	Avaliar para conhecermos o usuário sob o aspecto físico, antropométrico, cardiovascular, psíquico, bem como, o seu histórico de saúde. Saber avaliar para saber prescrever, orientar, quantificar e reavaliar a aptidão física relacionada a saúde, o nível de atividade física, a capacidade funcional e a estratificação de risco para a saúde dos usuários. Realizar anamnese, teste de força e teste cardiorrespiratório. O professor deve ter claro os objetivos da avaliação, quais medidas avaliar, a identificação das evidências concretas e os parâmetros para qualidade vida.							
24	Adaptar protocolos específicos para avaliação na realidade da saúde pública	Dominar o conhecimento sobre os protocolos existentes, de modo a utilizar o que for mais adequado e coerente com o público alvo, possibilitando o diagnóstico das condições de saúde dos usuários e levando em consideração as diferentes realidades encontradas em saúde pública. A utilização correta de todos os dados coletados depende diretamente de uma boa interpretação dos mesmos.							
25	Conhecimento em anatomia, cinesiologia, biomecânica, fisiologia humana e do exercício e suas relações com a saúde	Dominar o conhecimento sobre conteúdos biológicos, mecânicos, psicomotores e dos princípios do treinamento desportivo. Transpor os limites das disciplinas em prol da saúde da população atendida. Traçar sempre um paralelo entre os benefícios fisiológicos adquiridos através da prática regular de atividades físicas e dos benefícios gerados por essa prática em termos de saúde. Não é possível elaborar programas seguros e eficientes de exercícios físicos sem compreender as adaptações fisiológicas que acontecem no corpo, sejam elas agudas ou crônicas, bem como, sobre as contra-indicações para o exercício. Se o usuário entender, de uma forma geral, como seu organismo se relaciona com as práticas adquiridas, fica mais fácil a aderência à um programa de treinamento.							
26	Produzir discussão ampliada sobre o corpo	Ampliar a discussão sobre o corpo para outros contextos nas comunidades e nas suas relações com os processos de saúde-adoecimento. É importante perguntar: de que corpo cada comunidade, cada unidade de saúde ou cada região está falando? O principal instrumento de trabalho do profissional de educação física é o corpo, e esse, em sua pluralidade, é pouco explorado, limitando-se a uma discussão biológica de seu funcionamento, ou ainda, pelo viés patológico e prescritivo, sobre o que fazer com o corpo para manter uma saúde desejável, vista como ausência de doença.							

27	Ter conhecimento teórico e técnico	Ter uma base de conhecimentos teóricos e técnicos sobre as necessidades específicas e sobre o conteúdo a ser ministrado aos grupos de atividade física com o objetivo de desenvolver seu trabalho, orientar seus subordinados e, principalmente, para lidar e discutir com outros profissionais da área da saúde. Ter condições de explicar o que se faz, como se faz e por que se faz. Estar preparado para estimular a compreensão e a reflexão acerca dos conteúdos propostos. Além disso, o profissional deve buscar sempre se manter atualizado.							
28	Orientar e executar práticas corporais por meio da processos de ensino-aprendizagem	A preparação pedagógica diz respeito não só à sequência com que os diferentes conteúdos serão trabalhados, mas também em relação à forma com que a aula e a participação dos alunos serão conduzidas. As práticas corporais podem ser propostas e construídas com os usuários, de acordo com o contexto produzido por toda equipe de saúde, não caracterizando apenas uma atividade isolada de um profissional. É importante que este processo seja realizado num ambiente pedagógico que promova a cooperação, o respeito pelos outros, o sentido da responsabilidade, da segurança, da iniciativa e que o usuário se aproprie de tal processo, aumentando sua autonomia com relação ao seu corpo e a sua prática corporal. Ao considerar a diversidade das comunidades envolvidas e os distintos cenários de práticas, o profissional não pode se restringir a aplicação de processos "bancários" de educação, devendo variar as aulas e romper com propostas estruturadas de educação física (regras pré-estabelecidas de competição, medidas oficiais de espaços, equipamento idealizado para uma determinada prática e outras estruturas). Espera-se que o trabalho da educação física tenha um significado mais amplo para seus participantes e isso pressupõe um aprendizado que possa ser aplicado, adaptado ou transferido para outras situações do cotidiano de cada um.							
29	Conhecer as políticas públicas da área da saúde e sua relação com a educação física	Conhecer as políticas públicas nacionais, estaduais e municipais que regulamentam a atuação do profissional de Educação Física junto ao SUS na Atenção Básica. Conhecer a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), pois essa é necessária para o atendimento aos três eixos principais norteadores da promoção da saúde: alimentação adequada, atividade física e antitabagismo. Desta forma, ele será capaz de dialogar com as políticas públicas que abarcam proposições que favorecem a implantação de programas de práticas corporais/atividades físicas junto ao SUS.							
30	Conhecimento e discussão sobre Atenção Básica.	Conhecer detalhadamente a rede do SUS: saber os serviços, os direitos, os deveres, a área de atuação, os limites, as possibilidades e as responsabilidades do educador físico e dos usuários neste sistema. Conhecer a realidade onde se vai atuar por meio de diversos olhares e experiências, levantando as possibilidades de intervenção neste espaço. Conhecer a realidade urbana e rural, ter consciência da missão e respeitar as condições e realidades. Discutir a corporeidade e o lazer no âmbito da Atenção Básica.							
31	Compreender o movimento para além da perspectiva biomecânica, do desenvolvimento das capacidades físicas e do foco no gasto calórico	Ser capaz de ver o ser humano como um ser único que possui singularidades, desejos, prazeres que podem ser vivenciados por uma prática corporal pedagogicamente bem estruturada, que priorize o auto-conhecimento, o auto-cuidado, o sensível, o expressivo e o criativo, aspectos tão necessários quanto o curativo e o preventivo. Compreender aquilo que dá sentido as formas de viver e sofrer das pessoas do território. Essa atitude predispõe uma lógica de saúde comunitária, sendo as atividades ofertadas enquanto elementos em construção participativa a ser estabelecida com os usuários, mapeando-se as práticas corporais realizadas naquela comunidade e os locais em que acontecem ou podem acontecer. Estas práticas devem ser desencadeadas na composição com a cultura e o desejo-necessidade da população.							
32	Conhecer e diversificar as diferentes práticas corporais	Ser capaz de diversificar as práticas corporais, evitando cair na mesmice dos programas prontos de exercícios localizados e séries de exercícios resistidos, uma vez que as necessidades de saúde são diferentes em cada população. Ter conhecimento sobre as práticas corporais diversas que compõem a cultura corporal do movimento: jogos, dança, esportes, lutas, os vários tipos de ginástica, jogos de salão, práticas orientais, além de outras práticas mais comuns, como caminhada, alongamento e musculação. Propor o lazer, o lúdico e quebrar padrões.							
33	Capacidade de planejar e prescrever atividades físicas e exercícios	Ser capaz de planejar e aplicar programas de exercícios, controlando as variáveis que podem interferir nos mesmos, tais como: intensidade, duração, volume, frequência, ritmo, modalidade, público alvo, características do local, respostas fisiológicas, contra-indicações, conhecimentos sobre a utilização de equipamentos e materiais específicos. Ser capaz de estimular os usuários, a partir dos conhecimentos sobre os motivos da aderência ou não a programas de exercícios físicos. Ser capaz de avaliar e acompanhar os resultados, no nível individual e coletivo, corrigindo erros de execução e de postura a fim de prevenir lesões. Ter a capacidade de interpretação das informações obtidas na avaliação das condições de saúde para estimular, sensibilizar, prescrever e instrumentalizar os usuários para a prática regular de atividades físicas que atendam suas necessidades e anseios de maneira individualizada e coletiva no processo de promoção da saúde. Uma boa prescrição é a otimização de todas as possibilidades do usuário em benefício próprio para se ter saúde.							
34	Prescrição de atividades e exercícios para que todos participem	Ter a habilidade em propor atividades e exercícios que permitam a participação de todos, executando e atingindo seus objetivos, sem precisar dividir os grupos ou excluir pessoas independente da faixa etária e de realidades sociais diferentes. Pactuar regras em ato, configurar cenários coletivamente e acolher a diferença. Saber aplicar e entender os exercícios para as pessoas com mais dificuldades em executar. Corrigir os movimentos e a postura para execução dos exercícios. Saber que limitações cada pessoa ou cada grupo de pessoas tem na realização de exercícios para sugerir e exigir exercícios de acordo com essas características. Evitar a proposição de movimentos com um nível de complexidade acima da capacidade física e conseqüentemente, prevenir lesões.							



## APÊNDICE H – Carta de apresentação do Instrumento 02

### PESQUISA: Competências do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde

Prezado (a) Professor (a):

Agradecemos sua colaboração na primeira etapa desta pesquisa e destacamos que esta ação foi fundamental para desencadearmos o processo de coleta de dados.

Relembrando algumas questões descritas no primeiro instrumento, destacamos que o termo **competência**, nesta pesquisa, tem sido relacionado à capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade numa dada situação concreta de trabalho e num determinado contexto cultural. No INSTRUMENTO 01 foi solicitado que você listasse, **no mínimo, três competências gerais e três competências específicas** que segundo a sua experiência e o seu conhecimento são consideradas essenciais para o trabalho do profissional de Educação Física no contexto da Atenção Básica à Saúde.

Participaram, da primeira etapa da pesquisa, 31 profissionais de educação física (sendo eles, pesquisadores, coordenadores e professores de programas de promoção da atividade física) que listaram um conjunto de 135 competências gerais e 88 específicas.

Em seguida, essas informações foram organizadas segundo análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), resultando em 21 competências gerais e 19 específicas, que irão compor o INSTRUMENTO 02.

No INSTRUMENTO 02, a principal finalidade será determinar o grau de importância de cada competência (numa escala de 0 a 5), refletindo sobre a atuação do profissional de educação física na Atenção Básica à Saúde. Cada participante da pesquisa também deverá verificar se as competências, por ele listadas, estão contempladas na listagem elaborada na primeira etapa. Para esta ação, reveja o INSTRUMENTO 01 já preenchido.

Neste sentido, ao final da lista de competências, você ainda poderá incluir mais alguma (s) competência (s) ou reescrever alguma (s) das competências listadas, caso entenda que é necessário.

Por favor, preencha o INSTRUMENTO 02 conforme orientações constantes no próprio arquivo e nos retorne por email **no prazo máximo de 15 dias**.

Agradecemos antecipadamente e nos colocamos à sua inteira disposição para quaisquer dúvidas ou esclarecimentos.

O contato poderá ser feito com o pesquisador pelo e-mail: [silvano.unicentro@gmail.com](mailto:silvano.unicentro@gmail.com), ou pelos telefones: (016) xxxx-xxxx ou (016) xxxx-xxxx.

Atenciosamente

**Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira**  
Orientadora - EERP – USP

**Prof. Ms. Silvano da Silva Coutinho**  
Doutorando - EERR-USP

**APÊNDICE I – Planilha com os resultados das competências gerais na segunda rodada da técnica Delphi**

		Sujeitos da pesquisa - 34 participantes																																		Quartil 1	
		1	4	5	6	7	8	9	10	11	14	16	17	18	19	20	22	24	25	29	30	31	32	33	34	35	36	40	41	42	44	45	46	47	48		
Competências gerais	1	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5	5	4	4	5	5	4	4	5	4	5	4	5	3	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4	4	4	4
	2	5	5	5	5	5	3	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	4	5	4	5	5	5	5	2	1	4	4	
	3	4	3	3	3	5	4	3	4	4	5	4	3	5	4	5	4	5	4	5	5	4	5	5	4	4	4	5	4	4	5	5	5	5	4	5	4
	4	3	3	3	4	4	5	3	4	4	5	2	4	4	5	4	4	4	4	4	5	3	5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	5	5	5	4
	5	4	3	4	3	4	4	3	5	5	5	5	4	5	4	4	5	4	5	5	5	2	5	4	5	5	5	5	5	3	5	5	4	5	4	5	4
	6	4	3	3	5	5	5	3	5	5	4	5	4	4	5	5	5	4	5	5	5	4	5	4	4	4	5	5	5	3	4	4	3	2	3	4	4
	7	5	5	5	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	2	3	4
	8	4	4	5	5	5	3	5	4	5	5	4	5	4	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4	5	4
	9	5	4	5	4	5	4	4	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	4	4
	10	5	5	4	4	4	4	3	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	5	4	2	5	3	5	5	4	5	2	4	3	5	1	4	4	4	4	
	11	5	4	5	4	5	4	5	4	5	5	5	3	4	5	5	4	4	4	5	5	4	5	5	5	5	3	4	4	5	3	5	4	4	3	4	
	12	5	2	1	4	4	5	4	4	5	2	3	4	4	4	2	3	4	4	4	5	1	5	4	4	4	3	5	4	3	4	3	5	5	5	3	
	13	5	4	4	4	5	5	3	4	5	5	4	4	5	4	5	5	5	4	4	4	3	5	3	4	4	4	5	4	5	4	4	2	3	5	4	
	14	4	4	5	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	4	5	3	5	4	5	5	4	4	5	3	4	3	4	3	1	2	4
	15	4	4	4	3	5	5	4	4	5	5	5	4	5	5	5	3	4	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	3	4	5	4	5	3	5	4	
	16	4	3	4	5	5	5	3	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	4	5	4	5	3	3	2	4	4	4	4	
	17	4	4	3	3	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	5	3	5	5	4	4	1	5	5	4	5	4	4	4	4	3	4	4	1	3	4	
	18	4	4	3	5	5	5	5	4	5	5	3	3	5	5	5	3	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	2	5	4
	19	5	3	5	1	5	4	4	4	5	5	3	5	4	5	5	4	5	5	4	5	4	5	5	5	5	4	5	4	5	5	4	5	2	5	4	
	20	5	4	4	4	5	5	3	4	5	5	4	4	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	4
	21	5	4	5	3	5	4	3	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	4	2	5	4	5	5	5	4	5	5	4	5	1	5	5	4	

**APÊNDICE J – Planilha com os resultados das competências específicas na segunda rodada da técnica Delphi**

		Sujeitos da pesquisa - 34 participantes																												Quartil 1							
		1	4	5	6	7	8	9	10	11	14	16	17	18	19	20	22	24	25	29	30	31	32	33	34	35	36	40	41		42	44	45	46	47	48	
Competências específicas	22	4	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	4	5	5	3	4	3	5	4	
	23	4	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	3	5	5	4	4	3	4	3	5	2	2	1	2	4	4	
	24	4	4	4	5	5	4	4	5	5	5	4	4	5	5	5	4	3	5	5	4	5	5	4	4	3	5	4	5	3	2	3	1	4	4		
	25	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	5	4	4	2	5	4	5	2	4	1	1	4	4	
	26	4	5	4	3	5	4	3	5	5	5	3	4	4	4	5	3	3	4	4	5	3	5	5	5	5	4	5	3	4	5	4	5	4	5	4	
	27	5	4	4	5	5	4	4	5	5	5	4	3	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	4	5	4	5	5	4	5	4	5	5	5	4	4	
	28	4	5	4	4	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	4
	29	4	3	4	4	5	4	3	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	5	4	5	4	4	2	3	5	4
	30	4	2	3	4	5	3	3	5	4	5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	5	3	5	4	4	4	4	5	4	4	4	3	5	4	5	4	
	31	3	5	5	4	5	2	4	5	5	5	4	4	4	4	5	5	4	4	5	4	4	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4
	32	4	5	5	4	5	4	4	5	5	5	5	3	5	4	5	4	3	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	4	5	4	5	4	
	33	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	4	4	4	5	4	5	4	3	1	3	5	4	
	34	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	4	5	3	4	4	
	35	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	4	4	5	5	5	3	5	5	5	5	3	5	4	5	4	4	5	4	5	4	2	3	5	4	4	
	36	4	4	3	5	5	2	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	2	4	4	
	37	4	5	4	5	5	4	4	4	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	4	4	4	3	1	1	3	4	
38	4	4	3	5	5	5	4	4	5	5	4	4	5	4	5	4	5	4	5	5	3	5	5	5	5	3	5	4	5	4	4	3	4	5	4		
39	4	5	3	4	5	2	5	4	4	5	5	3	5	5	5	3	4	4	5	3	2	5	3	4	4	2	5	3	5	3	4	1	1	4	3		
40	4	4	3	4	5	5	4	4	5	5	5	4	4	5	4	2	4	4	4	5	5	5	3	4	4	1	5	3	4	2	4	3	3	4	4		

**APÊNDICE K – Planilha com os resultados das competências gerais na terceira rodada da técnica Delphi**

		Sujeitos da pesquisa - 31 participantes																												Quartil 1						
		1	4	5	6	7	8	9	11	14	16	18	19	20	22	25	26	29	30	31	32	33	35	36	40	41	42	44	45		46	47	48			
Competências gerais	1	5	5	4	4	5	4	4	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	4	5	4	4		
	2	5	5	5	4	5	5	4	5	4	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5	4	1	4	4
	3	4	3	4	4	5	4	5	5	4	4	5	4	4	3	5	5	5	5	2	5	4	4	5	5	4	5	5	5	5	4	5	4	5	4	
	4	4	5	4	4	4	5	4	5	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	5	4	5	5	4	4	5	3	5	4	5	4	5	4	5	4	
	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	5	4	5	4	4	5	5	5	5	4	5	5	3	5	4	5	4	4	5	4	5	4	
	6	5	5	4	4	5	5	4	5	4	4	5	5	5	4	4	4	5	5	4	5	5	4	4	5	3	5	2	5	3	4	4	4	4	4	
	7	5	5	4	4	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	4	5	4	5	4	2	5	4	
	8	5	5	4	5	5	5	4	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	3	4	4	5	4	4	
	9	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	4	4	5	4,5		
	10	5	5	4	3	5	5	3	5	3	5	5	5	5	3	5	5	4	4	2	5	4	5	4	5	3	4	3	5	3	1	4	4	3		
	11	4	4	4	5	5	5	4	5	4	5	4	5	5	4	4	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	3	5	4	5	2	1	4	4	4	
	12																																			
	13	5	5	5	4	5	4	4	5	4	5	4	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	4	4	4	4	4	5	4	5	3	3	4	4	4	
	14	4	5	5	4	5	4	4	4	4	4	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	4	5	3	5	3	4	4	4	4	4	
	15	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	4	5	4	3	5	5	5	5	4	5	5	4	4	4	5	5	5	5	3	4	4	5	4	4	
	16	5	4	4	5	5	4	5	5	4	4	4	5	5	5	4	5	5	4	5	5	4	4	4	5	5	5	3	3	3	1	5	5	4	4	
	17	4	5	4	5	5	4	4	5	4	4	4	5	5	4	5	4	4	4	5	5	4	5	4	5	4	5	5	3	3	4	4	5	4	4	
	18	4	5	4	4	5	5	4	5	4	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	4	
	19	4	3	4	4	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	3	4	4	5	4	4	
	20	5	5	4	4	5	5	4	5	4	4	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4,5	
	21	5	5	4	4	5	5	4	5	4	5	4	5	5	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	3	4	1	5	4	4	

**APÊNDICE L – Planilha com os resultados das competências específicas na terceira rodada da técnica Delphi**

		Sujeitos da pesquisa - 31 participantes																												Quartil 1				
		1	4	5	6	7	8	9	11	14	16	18	19	20	22	25	26	29	30	31	32	33	35	36	40	41	42	44	45		46	47	48	
<b>Competências específicas</b>	<b>22</b>	5	5	4	5	5	5	4	5	4	5	4	5	4	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	<b>4,5</b>	
	<b>23</b>	5	5	4	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	5	4	3	5	5	5	1	2	3	2	5	<b>4</b>	
	<b>24</b>	4	5	4	4	5	5	4	5	4	4	4	5	5	4	5	5	5	4	4	5	5	5	4	5	5	5	3	2	4	1	4	<b>4</b>	
	<b>25</b>	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	4	3	5	5	5	2	5	3	2	4	<b>4</b>	
	<b>26</b>	4	5	4	5	5	4	4	5	4	5	5	4	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	4	5	<b>4</b>
	<b>27</b>	5	5	4	4	5	4	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	5	2	5	4	5	5	<b>4</b>	
	<b>28</b>	4	5	4	4	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	4	5	<b>4</b>	
	<b>29</b>	5	4	4	4	4	5	4	5	3	4	4	4	4	3	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	<b>4</b>	
	<b>30</b>	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	5	5	4	4	4	5	4	5	4	5	4	4	5	5	4	5	4	5	5	1	5	<b>4</b>	
	<b>31</b>	4	5	4	4	5	5	4	5	4	5	5	5	4	4	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	<b>4</b>	
	<b>32</b>	4	5	4	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	4	5	<b>5</b>	
	<b>33</b>	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	5	5	3	3	3	4	5	<b>4</b>	
	<b>34</b>	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	5	5	5	3	4	4	5	<b>4</b>	
	<b>35</b>	5	5	4	4	5	5	5	4	4	4	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	5	3	3	3	5	5	<b>4</b>	
	<b>36</b>	4	4	4	5	5	4	5	4	3	4	4	5	5	4	5	4	4	4	4	5	4	4	1	5	5	5	4	5	3	4	5	<b>4</b>	
	<b>37</b>	5	4	4	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	5	4	5	2	1	3	<b>4</b>	
	<b>38</b>	4	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	4	4	5	<b>4,5</b>	
<b>39</b>																																		
<b>40</b>	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5	4	5	5	5	4	4	3	5	4	4	2	5	3	4	<b>4</b>	

**APÊNDICE M – Lista definitiva de competências****DIMENSÃO DO CONHECIMENTO CONCEITUAL- CC (04 competências)****COMPETÊNCIA CC 01**

*Dominar conhecimentos sobre conteúdos biológicos, biomecânicos, psicomotores e dos princípios do treinamento desportivo.*

**COMPETÊNCIA CC 02**

*Dominar conhecimentos sobre a compreensão do movimento humano para além da perspectiva biomecânica, do foco restrito ao desenvolvimento das capacidades físicas e no gasto calórico.*

**COMPETÊNCIA CC 03**

*Dominar conhecimentos ampliados a respeito da discussão sobre o corpo para outros contextos nas comunidades e nas suas relações com os processos de saúde-adoecimento, não ficando limitado a uma visão biológica de seu funcionamento, ou ainda pelo viés patológico e prescritivo, que enxerga a saúde como ausência de doença. É importante perguntar: de que corpo cada comunidade, cada unidade de saúde ou cada região está falando?*

**COMPETÊNCIA CC 04**

*Dominar conhecimentos sobre as nuances de cada grupo específico que devem ser consideradas para a prescrição de exercícios para a prevenção e a promoção da saúde. Estes grupos constituem uma demanda representativa da Atenção Básica à Saúde: idosos, hipertensos, diabéticos, cardiopatas, portadores de doenças osteoarticulares, portadores de necessidades especiais, pacientes pós-reabilitação física, portadores de síndromes, etc.*

**DIMENSÃO DO CONHECIMENTO PROCEDIMENTAL - CP (04)****COMPETÊNCIA CP 01**

*Dominar conhecimentos teóricos e técnicos sobre as necessidades específicas e sobre o conteúdo a ser ministrado aos grupos de atividade física, tendo condições de explicar o que se faz, como se faz e por que se faz.*

**COMPETÊNCIA CP 02**

*Dominar conhecimentos sobre os objetivos da avaliação, quais medidas avaliar, a identificação das evidências concretas e os parâmetros para qualidade vida.*

**COMPETÊNCIA CP 03**

*Dominar conhecimentos sobre os protocolos de avaliação existentes, de modo a utilizar o que for mais adequado e coerente para ser aplicado com o público alvo, levando em consideração as diferentes realidades encontradas em saúde pública.*

**COMPETÊNCIA CP 04**

*Dominar conhecimentos sobre práticas corporais diversas que compõem a cultura corporal do movimento: jogos, dança, esportes, lutas, os vários tipos de ginástica, jogos de salão, práticas orientais, além de outras práticas mais comuns, como caminhada, alongamento e musculação.*

**DIMENSÃO DO CONHECIMENTO CONTEXTUAL - CX (08)****COMPETÊNCIA CX 01**

*Dominar conhecimentos sobre o Sistema Único de Saúde, seu processo de construção e consolidação histórica, seus princípios e diretrizes, leis e portarias, bem como, sua organização em níveis de atenção e de gestão.*

**COMPETÊNCIA CX 02**

*Dominar conhecimentos específicos sobre a rede do SUS: seus serviços, direitos, deveres, área de atuação, limites, responsabilidades e possibilidades de atuação neste sistema. Conhecer a realidade urbana e rural.*

**COMPETÊNCIA CX 03**

*Dominar conhecimentos sobre as políticas públicas nacionais, estaduais e municipais que regulamentem a atuação do profissional de Educação Física junto ao SUS na Atenção Básica à Saúde. Conhecer a Política Nacional de Promoção da Saúde. Dialogar com as políticas públicas que abarcam proposições que favorecem a implantação de programas de práticas corporais/atividades físicas junto ao SUS.*

**COMPETÊNCIA CX 04**

*Dominar conhecimentos sobre a forma de captação de recursos, o formato de apresentação de projetos, as instâncias responsáveis e o fluxo hierárquico a ser seguido*

**COMPETÊNCIA CX 05**

*Dominar conhecimentos sobre singularidades, desejos e prazeres do ser humano, que podem ser vivenciados por uma prática corporal pedagogicamente bem estruturada, que priorize o auto-conhecimento, o auto-cuidado, o sensível, o expressivo e o criativo, aspectos tão necessários quanto o curativo e o preventivo.*

**COMPETÊNCIA CX 06**

*Dominar conhecimentos sobre quais práticas corporais são realizadas em uma determinada comunidade mapeando os locais em que estas acontecem ou podem acontecer.*

**COMPETÊNCIA CX 07**

*Dominar conhecimentos sobre epidemiologia, em especial, sobre as necessidades e os determinantes sociais de saúde das pessoas referenciadas ao território onde as atividades são desenvolvidas.*

**COMPETÊNCIA CX 08**

*Dominar conhecimentos para discutir a corporeidade e o lazer no âmbito da Atenção Básica à Saúde.*

**DIMENSÃO DA HABILIDADE DE PLANEJAMENTO - HP (13)****COMPETÊNCIA HP 01**

*Ser capaz de planejar ações, tendo conhecimento da missão da secretaria da saúde e habilidade de fazer as intervenções frente as demandas oriundas do próprio local de atuação. Estabelecer métodos, cumprir a programação, saber como organizar e estruturar sua atuação profissional, estimulando e favorecendo a atuação multidisciplinar. Buscar a utilização lógica e racional dos recursos disponíveis para a implantação e implementação da sua prática laboral.*

**COMPETÊNCIA HP 02**

*Ser capaz de desenvolver estratégias e metodologias de formação de acordo com os pressupostos da educação permanente.*

**COMPETÊNCIA HP 03**

*Ser capaz de capacitar profissionais e/ou membros da comunidade para atuarem como facilitadores nas ações de atividade física/práticas corporais.*

**COMPETÊNCIA HP 04**

*Ser capaz de apoiar e instrumentalizar de forma matricial, outros profissionais de saúde com informações específicas acerca de atividade física e práticas corporais.*

**COMPETÊNCIA HP 05**

*Ser capaz de buscar atualização e capacitação profissional constante nas diferentes áreas do conhecimento que forem necessárias.*

**COMPETÊNCIA HP 06**

*Ser capaz de realizar ações de prevenção pautando-se pela agenda da saúde pública, tendo como meio a prática da atividade física e a alimentação mais saudável.*

**COMPETÊNCIA HP 07**

*Ser capaz de construir coletivamente as intervenções em saúde, demonstrando que não se considera o único detentor do saber e da realidade vivida na Atenção Básica à Saúde.*

**COMPETÊNCIA HP 08**

*Ser capaz de orientar e executar práticas corporais por meio de processos de ensino-aprendizagem que promovam a cooperação, o respeito pelos outros e a autonomia do usuário com relação ao seu corpo e a sua prática corporal. As práticas corporais podem ser propostas e construídas com os usuários, de acordo com o contexto produzido por toda equipe de saúde, não caracterizando apenas uma atividade isolada de um profissional.*

**COMPETÊNCIA HP 09**

*Ser capaz de diversificar as práticas corporais, evitando cair na mesmice dos programas prontos de exercícios localizados e séries de exercícios resistidos, uma vez que as necessidades de saúde são diferentes em cada população. Propor o lazer, o lúdico e quebrar padrões.*

**COMPETÊNCIA HP 10**

*Ser capaz de planejar e aplicar programas de exercícios, controlando as variáveis que podem interferir no desenvolvimento dos mesmos, tais como: intensidade, duração, volume, frequência, ritmo, modalidade, público alvo, características do local, respostas fisiológicas, contra-indicações e informações sobre a utilização de equipamentos e materiais específicos.*

**COMPETÊNCIA HP 11**

*Ser capaz de prescrever exercícios para grupos especiais de forma a não piorar uma condição específica, ajudando no processo de controle da doença e melhorando a condição de saúde geral ao controlar os fatores de risco envolvidos.*

**COMPETÊNCIA HP 12**

*Ser capaz de organizar eventos que promovam as práticas corporais, a saúde e a vida, atingindo grandes públicos, agregando valores e reforçando sentidos.*

**COMPETÊNCIA HP 13**

*Ser capaz de elaborar e criar programas e projetos de atividades físicas, pensando a longo prazo e em larga escala populacional.*

**DIMENSÃO DA HABILIDADE DE COMUNICAÇÃO – HC (06)****COMPETÊNCIA HC 01**

*Ser capaz de estabelecer vínculo com o usuário e com a comunidade por meio de escuta sensível, a fim de identificar os reais motivos que levam uma pessoa ao atendimento.*

**COMPETÊNCIA HC 02**

*Ser capaz de fazer o usuário compreender as adaptações fisiológicas que acontecem no seu organismo quando ele participa de práticas corporais, sejam elas agudas ou crônicas, bem como, as contra-indicações para o exercício. Traçar sempre um paralelo entre os benefícios fisiológicos adquiridos através da prática regular de atividades físicas e os benefícios gerados por essa prática em termos de saúde.*

**COMPETÊNCIA HC 03**

*Ser capaz de esclarecer sobre os cuidados gerais na manutenção da saúde, no desempenho das atividades, na mobilidade funcional, na socialização e no lazer, reduzindo os níveis de sedentarismo e obesidade, a fim de criar proposições eficazes, que mobilizem e gerem resolutividade na perspectiva da promoção da saúde.*

**COMPETÊNCIA HC 04**

*Ser capaz de conscientizar os usuários sobre a importância da prática regular da atividade física, dando dicas sobre a manutenção de hábitos saudáveis. Dar orientações sobre alimentação, hidratação, tabagismo, álcool e também informações sobre a importância do descanso e do lazer. Ter a capacidade de multiplicar ações que permitam mudanças de hábitos na população.*

**COMPETÊNCIA HC 05**

*Ser capaz de comunicar-se de diversas formas para diferentes públicos, expondo claramente suas idéias e opiniões.*

**COMPETÊNCIA HC 06**

*Ser capaz de passar o conhecimento aos usuários, de modo que este se torne autônomo e consiga praticar exercícios de forma segura, mesmo sem a presença do profissional de educação física.*

**DIMENSÃO DA HABILIDADE DE AVALIAÇÃO - HA (04)****COMPETÊNCIA HA 01**

*Ser capaz de realizar avaliação física, de modo a se conhecer o usuário sob o aspecto físico, antropométrico, cardiovascular, psíquico, bem como, o seu histórico de saúde. Ser capaz de avaliar para saber prescrever, orientar, quantificar e reavaliar a aptidão física relacionada a saúde, o nível de atividade física, a capacidade funcional e a estratificação de risco para a saúde dos usuários.*

**COMPETÊNCIA HA 02**

*Ser capaz interpretar as informações obtidas na avaliação para poder estimular, sensibilizar, prescrever e instrumentalizar os usuários para a prática regular de atividades físicas que atendam suas necessidades e anseios de maneira individualizada e coletiva no processo de promoção da saúde.*

**COMPETÊNCIA HA 03**

*Ser capaz de avaliar o programa, analisar resultados, ter momentos de avaliar seu trabalho como indivíduo e como grupo e também receber avaliações do grupo.*

**COMPETÊNCIA HA 04**

*Ser capaz de realizar avaliação individual e coletiva das pessoas que compõem os grupos de práticas, considerando a forma em que elas vivem, as possibilidades e o nível de atividade física habitual, bem como, o contexto social e cultural que elas estão inseridas.*

**DIMENSÃO DA HABILIDADE DE “INCENTIVAÇÃO” - HI (03)****COMPETÊNCIA HI 01**

*Ser capaz de favorecer a participação do usuário, incentivando a autonomia, o empoderamento e a co-responsabilidade dos mesmos nas ações em saúde. Possibilitar aos usuários o conhecimento e o entendimento sobre as necessidades de saúde, sua e de sua comunidade.*

**COMPETÊNCIA HI 02**

*Ser capaz de propor atividades e exercícios que permitam a participação de todos. Pactuar regras em ato, configurar cenários coletivamente e acolher a diferença. Saber que limitações cada pessoa ou cada grupo de pessoas tem na realização de exercícios para sugerir e exigir exercícios de acordo com essas características.*

**COMPETÊNCIA HI 03**

*Ser capaz de coordenar atividades coletivas (grupos) com o objetivo de favorecer a socialização, a inclusão, a autonomia em cuidados à saúde e as mudanças de hábito. Entender que estas mudanças de hábitos e comportamentos ocorrem também a partir da convivência com pessoas que tem objetivos comuns.*

**DIMENSÃO DA HABILIDADE DE GESTÃO - HG (10)****COMPETÊNCIA HG 01**

*Ser capaz de gerir os imprevistos frente às diferentes realidades, homogeneidade e heterogeneidade dos grupos em seus aspectos sociais, culturais, físicos e também das condições de trabalho. Criar alternativas para lidar com as dificuldades presentes no cenário de trabalho sem comprometer a qualidade do serviço prestado.*

**COMPETÊNCIA HG 02**

*Se capaz de compreender que as dificuldades existem para serem superadas e não para nos impedir, possibilitando adaptações, ações resolutivas e imediatas quando confrontamos com situações adversas às de costume.*

**COMPETÊNCIA HG 03**

*Se capaz de problematizar possibilidades de intervenção junto com a comunidade e com a equipe de saúde, para que as ações possam ser discutidas com maior aprofundamento.*

**COMPETÊNCIA HG 04**

*Ser capaz de agir priorizando a inclusão e estimulando a participação da comunidade.*

**COMPETÊNCIA HG 05**

*Ser capaz de agir utilizando tecnologias de elevada complexidade e de baixa densidade, para resolver os infinitos problemas de saúde, entendendo que a Atenção Básica à Saúde abrange ações de promoção, manutenção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação.*

**COMPETÊNCIA HG 06**

*Ser capaz de atuar em equipe (multi-inter-transdisciplinarmente), considerando a dinâmica e complexa realidade do trabalho no SUS, e que as respostas nem sempre estão prontas e acabadas. Compor, mediar, estimular e envolver as pessoas, considerando e incluindo os conhecimentos que elas trazem para compreender, ampliar, direcionar e resolver problemas com um sentido mais coerente e significativo entre o saber técnico e as necessidades dos grupos/pessoas atendidas.*

**COMPETÊNCIA HG 07**

*Ser capaz de garantir ao gestor dados coerentes e fidedignos para que o projeto se justifique.*

**COMPETÊNCIA HG 08**

*Ser capaz de procurar a articulação entre as redes de saúde.*

**COMPETÊNCIA HG 09**

*Ser capaz de mapear redes de proteção social, coletivos organizados, redes de referência dos serviços de saúde e outras instâncias e instituições de promoção da saúde que fazem parte do território referente à população adscrita.*

**COMPETÊNCIA HG 10**

*Ser capaz de prestar os primeiros socorros em caso de emergências no decorrer do serviço, sabendo encaminhar a pessoa para os cuidados mais complexos.*

**DIMENSÃO DAS ATITUDES - AT (06)****COMPETÊNCIA AT 01**

*Demonstrar controle em uma situação de acidente durante as atividades.*

**COMPETÊNCIA AT 02**

*Demonstrar flexibilidade e criatividade diante da complexidade e variabilidade presente no contexto na Atenção Básica à Saúde.*

**COMPETÊNCIA AT 03**

*Demonstrar alteridade, colocando-se no lugar do outro, nas relações com os usuários e com os outros profissionais, reconhecendo o papel de cada um como sujeito do processo de promoção e proteção à saúde.*

**COMPETÊNCIA AT 04**

*Demonstrar, por meio de relações humanizadas, o entendimento de que os indivíduos são diferentes e imperfeitos, pautando-se num conceito ampliado de saúde. Incluir aspectos importantes no cotidiano das relações, tais como: carinho, atenção, exigência, responsabilidade, compromisso, respeito aos valores, às pessoas, ao serviço e à política proposta.*

**COMPETÊNCIA AT 05**

*Demonstrar liderança frente a orientação das atividades, escutando e avaliando idéias, estabelecendo diálogo, delegando tarefas e mobilizando cada vez mais atores.*

**COMPETÊNCIA AT 06**

*Demonstrar respeito diante das diferenças entre as pessoas, mediando conflitos e dificuldades em um diálogo constante. Atuar na perspectiva de agregar pessoas, de estabelecer um bom relacionamento e de produzir inovações na construção da integralidade da atenção.*

**ANEXO**

## ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética



Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo  
 Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para  
 o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem  
 Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14060-902 - São Paulo - Brasil  
 FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-5383

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 022/2010

Ribeirão Preto, 01 de Março de 2010.

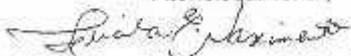
Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 26 de fevereiro de 2010.

**Protocolo:** nº 1113/2009  
**Projeto:** COMPETÊNCIAS DO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO FÍSICA PARA ATUAR NA ATENÇÃO BÁSICA.  
**Pesquisador:** Maria José Bistafa Pereira  
 Silvano da Silva Coutinho

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

  
**Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento**  
 Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmo. Sr.  
**Profª. Drª. Maria José Bistafa Pereira**  
 Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública  
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP