

FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM EDUCAÇÃO FÍSICA: POLÍTICA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E QV

Gumercindo Vieira dos Santos

Universidade Tecnológica do Paraná - UTFPR
Av. Sete de setembro, 3165 – Curitiba – PR – Fone:
(041) 3310-4615 - gumersan@utfpr.edu.br

RESUMO: O objetivo deste artigo é analisar a relação entre as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a necessidade de abordagem interdisciplinar na formação dos profissionais de saúde para garantir a implantação da referida Política. A análise baseou-se numa revisão sistemática abrangendo conteúdos apresentados em diversas fontes legais, artigos e de referências relativas à Promoção de Saúde. Considera que toda Política Pública é uma intervenção na realidade social para assegurar os direitos do cidadão. Destaca a necessidade de preparar o exercício de um novo papel junto à população transformando os ritos da atenção à saúde e os processos de gestão do sistema. Da mesma forma, o enfoque interdisciplinar na formação em Educação Física (EF) pode favorecer sua participação qualificada nos processos de Educação para a Saúde e Qualidade de Vida, na promoção e gerenciamento das ações intersetoriais, base de toda Política Pública para a Saúde Integral.

PALAVRAS-CHAVE: Política Nacional de Promoção da Saúde; Formação Profissional em Saúde; Formação Interdisciplinar em Educação Física.

INTERDISCIPLINARY FORMATION IN PHYSICAL EDUCATION: POLICIES FOR HEALTH PROMOTION AND LIFE QUALITY

ABSTRACT: Current article analyzes the relationship between the guidelines of the Brazilian Policy for Health Promotion (PNPS) and the need for an interdisciplinary approach in the formation of health professionals to warrant the implantation of the policy. A systematic review was undertaken on several legal sources, articles and references to Health Promotion. All public policy is an intervention on social conditions to assure citizens' rights. The need to prepare the exercise of a new role in the population by transforming health attention activities and the processes of the system's administration is underscored. The interdisciplinary approach in the formation of Physical Education may enhance its qualified participation in the processes of Education for Health and Life Quality in the promotion and management of intersectorial activities which are the basis of all public policy for total health.

KEY WORDS: Brazilian Policy for Health Promotion; Professional Formation in Health; Interdisciplinary Formation in Physical Education.

INTRODUÇÃO

Política é a palavra que se destaca nesta análise. Para Hannah Arendt^[1], política é um conceito que pode ter o sentido de ser um meio

ou um fim. Para a autora, representa uma necessidade imperiosa para a vida humana, tanto para o indivíduo como para a sociedade^[1]. A criatividade na elaboração de solução para problemas práticos depende de propostas para aplicação ampla num determinado âmbito da prática social baseadas em conceitos, valores, prioridades, mecanismos e recursos estabelecidos anteriormente.

Para a autora, o sentido da política reside na possibilidade de diminuir a distância entre as diferentes condições de vida numa mesma sociedade, acarretando em mobilização e articulação das forças e recursos individuais e públicos.

A tarefa e o objetivo de uma política são a garantia da realização da vida no sentido mais amplo possibilitando ao indivíduo buscar seus objetivos, de modo legítimo^[1].

Neste sentido, as orientações para formação profissional e a capacitação dos atores sociais e técnicos das Políticas de Saúde e Qualidade de Vida, no Brasil, sugerem abordagens metodológicas e conceituais necessárias para a realização de seus objetivos, sem, no entanto, detalhar os conteúdos de formação. Esta forma de tratar o assunto permite que estudos, pesquisas e prática definam e articulem os antigos e novos conhecimentos necessários para os cuidados em saúde integral, saúde coletiva, promoção da saúde e qualidade de vida, dentro de novos parâmetros.

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde^[2] afirma que um dos objetivos fundamentais de aprendizagem do curso de graduação é o de aprender a aprender, considerando a permanente necessidade de atualização e inovação. Este objetivo requer o desenvolvimento de habilidades de busca, seleção e avaliação crítica de dados e informações em livros, periódicos, bases de dados locais e remotas, além da utilização das fontes pessoais de informação e outras advindas da própria experiência profissional.

Visto dessa forma, efetivar as Políticas de Promoção de Saúde e Qualidade de Vida envolve um preparo mais amplo e profundo dos profissionais que planejam, organizam e operam o sistema. Para garantir a conquista dessa condição, o Programa (Pró-Saúde) sugere a leitura crítica e articulada da realidade a partir

do conhecimento sobre as demandas coletivas, os aspectos individuais envolvidos nos múltiplos fatores da relação saúde/doença, os determinantes sociais da saúde e qualidade de vida, as estruturas, os recursos e oportunidades oferecidas pelas políticas públicas.

Moreira^[3], analisando o conceito ampliado de saúde como base para o estabelecimento de uma política inter setorial, destaca que, para efetivar o direito à saúde, é necessário romper a espiral que caracteriza os processos de exclusão social. Afirma que, para assegurar cuidados com qualidade, humanizado, integral e contínuo, a Universidade deve retomar sua função precípua de, além de oferecer os conteúdos de ensino profissional, resgatar a capacidade de fazer o exercício da crítica, mediante o qual pode tornar possível o desenvolvimento da capacidade de resposta aos problemas e desafios vivenciados pela sociedade em diferentes campos.

Para atender a esta meta, é necessário analisar o papel da abordagem multi e interdisciplinar dos conteúdos de ensino visando dar conta da integralidade em saúde e das compreensões necessárias para fazerem funcionar as ações intersetoriais, propostas por esta política:

O modelo científico que se baseia na multidisciplinaridade é importante porque propicia a sistematização e a delimitação do objeto de estudo, em contrapartida provoca uma tendência à rigidez nos limites entre as diversas disciplinas, e com isso a ilusão do saber completo a partir dessa visão fragmentada e incompleta da realidade. Esse modelo implica em especialização e subespecialização e, dessa forma, uma tendência cada vez maior de fragmentação do conhecimento sobre o objeto de estudo e uma subdivisão progressiva das tarefas de trabalho. Entretanto, o processo saúde doença envolve muitos fatores distintos e muitas dimensões do indivíduo em questão e não pode ser estudada de forma reducionista valorizando-se a causalidade única^[4].

Para superar estas limitações, a formação interdisciplinar dos profissionais de saúde deve se constituir numa verdadeira política. Isto significa esforços conscientes e continuamente implementados na pesquisa, nas intervenções na realidade, na avaliação de resultados e na teorização em torno destas análises e reflexões.

Este esforço deve repetir o percurso das

reflexões realizadas pela Organização Mundial da Saúde – OMS (World Health Organization - WHO), sobre o impacto das políticas de promoção da saúde realizadas nas Conferências Internacionais e em centros de estudos sobre a promoção da saúde. Estas ideias vieram a se constituir no conjunto de conhecimentos sobre a prevenção de doenças, a importância da saúde coletiva, os fatores externos de qualidade de vida (IDH) e das diferentes dimensões sociais, subjetivas e de relacionamento com o ambiente (domínios e facetas do WHOQOL) e da percepção de qualidade de vida pelos sujeitos^[5].

OBJETIVOS E METODOLOGIA

Problematização

Destaca-se, então, a dependência entre as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS [6] e a formação interdisciplinar na formação dos profissionais da saúde conforme designação pela Resolução nº 218/97^[7].

As diretrizes da PNPS como Política Pública vinculada à organização e operatividade do Sistema Único de Saúde – SUS [8] e Estratégia de Saúde da Família – ESF [9], 2006 [10], requerem que se apliquem esses princípios à formação do profissional em Educação Física (EF) enquanto profissional de saúde. A interdisciplinaridade, na formação deste Profissional, bem como na de todos os outros da área, é fundamental para o atendimento destas diretrizes da PNPS.

A PNPS fornece a base para as Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN^[11] que visam a atualização dos cursos de graduação e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, voltada para a formação técnica em nível médio^[12]. Estas Políticas de formação visam desenvolver as competências necessárias (conhecimento, habilidades e técnicas) para aplicação das diretrizes voltadas para a saúde integral já mencionada acima.

São diretrizes da PNPS a integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação e a sustentabilidade, representando uma abordagem realística da relação saúde – doença e princípios que devem orientar a organização dos

conteúdos nos currículos de formação. Diretrizes essas, associadas à visão crítica e ampliada da realidade social, das demandas da população e do papel que os setores e profissionais devem exercer na sociedade.

Hipoteticamente, a abordagem interdisciplinar dos conteúdos e práticas pedagógicas de Educação Permanente em Saúde^[12] como elementos formativos, podem habilitar os profissionais para a participação em ações que atendam as diretrizes da PNPS. Nesta perspectiva, a formação interdisciplinar faz parte da própria Política de Promoção da Saúde.

OBJETIVOS DO TRABALHO

Havendo esta dependência entre modelo de serviço em saúde e formação profissional, o presente artigo faz uma análise da relação entre as diretrizes da PNPS, os conteúdos de diferentes documentos de referência em saúde e formação profissional, o conceito ampliado de saúde e a formação interdisciplinar em EF como profissional da área. A partir desta análise, o artigo enfatiza o papel deste Profissional na Promoção da Saúde e Qualidade de Vida e as demandas de interdisciplinaridade em sua formação.

METODOLOGIA

A análise foi realizada por meio de uma revisão teórica sistemática destes documentos, procurando verificar como as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde se expressam nestes textos e recomendam a abordagem curricular interdisciplinar na formação em Educação Física.

DESENVOLVIMENTO

A MUDANÇA DE PARADIGMAS NA ÁREA DA SAÚDE

O ponto de partida desta discussão é o artigo 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988^[13], que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, devendo este garantir, mediante políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

As Políticas sobre saúde implantadas no Brasil desde a criação do SUS em 1990, estão em consonância com este artigo da Constituição e com a mobilização mundial pela Promoção da Saúde que estimula políticas intersetoriais que devem ir além da prevenção e dos cuidados em relação às doenças. Neste contexto, no Brasil, no campo da saúde e da qualidade de vida, um importante movimento de reestruturação do sistema de saúde, o SUS ^[8] resultou da adesão do país às recomendações e novas teses discutidas nas Conferências Mundiais de Saúde promovidas pela OMS.

Desde a Carta de Ottawa ^[14], o tema da promoção de saúde e da participação da comunidade nos processos associados, o empoderamento do conhecimento e a capacitação para autocuidado por parte dos cidadãos e a atividade física como fatores de contato com a cultura e a condição social, vêm sendo integradas ao debate sobre qualidade de vida e saúde.

Nestes documentos, uma nova perspectiva para entender a relação corpo – saúde – cidadania altera os conceitos de cuidado e atenção. Promoção da saúde torna-se o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e condições para a saúde. Isto inclui uma maior participação no controle deste processo em que os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.

A saúde passa a ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver, destacando que sua promoção não é responsabilidade exclusiva de um setor específico incluindo mais do que um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global, conforme As Cartas da Promoção da Saúde ^[14] e parâmetros apresentados pelo WHOQOL ^[5].

Estas propostas discutidas têm consequências econômicas, socioculturais, políticas e ambientais de dimensões tão amplas que alguns países, sozinhos, não conseguem lidar satisfatoriamente com elas. Combinando esforços, os países populosos que buscam estruturas mais eficazes em relação à saúde, vêm reforçando as atuais tendências mundiais objetivando resultados sociais mais amplos e positivos.

Com a formação de uma Rede de Megapaíses ^[14], para fortalecer a capacidade de Promoção da Saúde, entre

as metas de promoção global estão as de desenvolver e promover estratégias em quatro áreas: estilos de vida saudáveis, curso de vida saudável, preservação do meio ambiente e preservação de assentamentos. Esta Rede procura assegurar o compromisso com um pacto para enfrentamento das condições de saúde em todo o mundo, de modo especial nos países muito populosos, de forma a continuar direcionando as suas próprias prioridades nacionais, construindo infraestruturas mais fortes para promoção da saúde^[14].

Para entender os fatores relacionados a este processo, foram criados instrumentos como o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, associado ao Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD^[15], ^[6], referindo-se a aspectos externos da vida relacionados às condições concretas de desenvolvimento humano (longevidade, a educação e a renda) e o WHOQOL - (World Health Organization Quality of Life) - composto de indicadores multidimensionais da percepção e experiência individual da qualidade de vida e saúde, avaliando aspectos globais relativos ao bem-estar do indivíduo e à satisfação geral, bem como ao sentimento de bem-estar pessoal com sua vida, além de outros.

Estes instrumentos apresentam dimensões que escapam ao modelo médico – sanitário e destacam fatores que vieram sendo equacionados nas conferências internacionais ampliando o conceito de saúde, diferenciando-a do conceito de prevenção de doenças, avançando em termos de indicação dos diferentes fatores estruturais que incidem sobre a mesma.

A relação saúde-doença começa a ser equacionada com a Declaração de Alma-Ata (1978) cuja análise tem seu ápice na Carta de Ottawa (1986). Fonte de inspiração e de orientação para posteriores ações, esta última considera a promoção da saúde como uma estratégia a ser incorporada em todas as dimensões da vida (individual, social e ambiental), segundo Martins ^[17]. Originária de uma discussão internacional sobre saúde e prevenção de doenças, está inserida numa estratégia global de proteção que visa o desenvolvimento da saúde nos vários setores: saúde ocupacional, saúde ambiental, saúde alimentar, saúde oral, entre outros ^[17].

As Conferências Internacionais que se realizaram após a de Ottawa em 1986 ^[14], priorizam a mudança

do estilo de vida, do modelo nacional de educação e a prevenção como sinônimo de promoção à saúde. De forma processual e progressiva, a cada Conferência novos aspectos e dimensões foram agregados às discussões. Assim, os seguintes temas passam a ser sugeridos como parte das Políticas de Promoção da Saúde influenciando as decisões futuras nas Políticas Públicas de Saúde do Brasil:

1988 – Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis^[14] – Municípios e Cidades Saudáveis, sugerindo enfoques de administração e planejamento. As diretrizes de integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, sustentabilidade da PNPS mantêm relação com estas propostas.

1991- Declaração de Sundsväl sobre Ambientes Favoráveis à Saúde^[14] – Inspira as diretrizes de equidade, responsabilidade sanitária, intersetorialidade, informação, educação e comunicação da PNPS.

1992 – Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde de Bogotá^[14] – define o significado da promoção da saúde na América Latina, princípios, estratégias e compromissos com a saúde da população da Região e o Bem-estar geral objetivando a relação mútua entre saúde e desenvolvimento. Abordagens estas expressas nas diretrizes da equidade, mobilização e participação social, informação, educação e comunicação da PNPS.

1993 - Carta do Caribe^[18] para Promoção da Saúde – ações para fortalecer a capacidade dos indivíduos e comunidades para controlar, melhorar e manter seu bem-estar físico, mental, social e espiritual (mobilização e participação social, informação, educação e comunicação da PNPS).

As reuniões no Caribe coincidem com outras de caráter similar, que foram realizadas na América Latina coerentes com os planos e programas para a execução da Estratégia de Promoção da Saúde definida nas “Orientações Estratégicas e Prioridades Programáticas da Organização Panamericana de Saúde” para o período de 1991 a 1994, conforme o Texto da Carta do Caribe de 1993^[18].

Destaca que a promoção da saúde é um enfoque novo no contexto caribenho e países da região e que deve

fortalecer a capacidade dos indivíduos e comunidades para controlar, melhorar e manter seu bem estar físico, mental, social e espiritual. Defende que a prevenção e controle da enfermidade, como também da saúde e do bem estar, correspondem a um enfoque de promoção que transforma a saúde num recurso positivo na vida das pessoas.

1997 - Declaração de Jakarta^[14] - a Promoção de Saúde no século XXI inclui o setor privado no apoio à promoção, exortando as organizações governamentais, não governamentais, bancos de desenvolvimento, agências da ONU, órgãos inter-regionais, agências bilaterais, sindicatos e cooperativas, assim como o setor privado, a promover as ações de prioridade para a promoção da saúde (integralidade, mobilização e participação social, intersetorialidade e sustentabilidade).

1998 - Conferência da Rede de Megapaíses para Promoção da Saúde^[14] – que reconhece a necessidade e o potencial para um maior impacto na saúde mundial, por meio da formação de uma aliança entre os países mais populosos. Expressa preocupações com aspectos como integralidade, mobilização e participação social, intersetorialidade e sustentabilidade, (diretrizes da PNPS).

2000 - V Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde na Cidade do México^[19]: preconiza a promoção da saúde e do desenvolvimento como um dever e responsabilidade central dos governos, partilhada por todos os setores da sociedade, promovendo o desenvolvimento social e econômico para a equidade, inclusive na saúde (participação social, equidade, intersetorialidade, e sustentabilidade).

2005 - VI Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde em Bangkok^[20], que aborda os determinantes da saúde em um mundo globalizado através da promoção da saúde (integralidade, equidade, responsabilidade sanitária e sustentabilidade).

2007 - Conferência Internacional de Saúde para o Desenvolvimento em Buenos Aires^[21]: busca da concretização dos “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” previstos para 2015, ressalta a importância da força de trabalho em saúde, cuidados primários e sistemas de saúde, recursos humanos para o novo milênio, entre outros. Reforça as diretrizes da PNPS de integralidade,

informação, educação e comunicação e sustentabilidade sugerindo a necessidade de ampliar políticas de formação e visão interdisciplinar.

2011 - Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde no Rio^[22]: promover a equidade social e em saúde através de ações sobre os determinantes sociais da saúde e do bem-estar implementadas por meio de uma ampla abordagem intersetorial. A proposta do SUS [8] e as Políticas de Educação Permanente em Saúde^[12] refletem estas propostas e preocupações.

2013 - Conferência Internacional de Promoção da Saúde - Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas^[23]: leva em conta as implicações das decisões para a saúde e a busca de sinergias. Propõe maior responsabilidade para todos os níveis de participação e decisão nas políticas públicas em saúde. Enfatizam as consequências das políticas públicas nos sistemas, políticas determinantes da saúde e bem-estar. A Declaração objetiva alto nível de conhecimento dos cidadãos sobre os sistemas de saúde e bem-estar, justificando as diretrizes de integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação e a sustentabilidade da PNPS.

O conceito ampliado de saúde e de sua promoção se apoia no paradigma que destaca os fatores e condições promotores desta condição e valoriza aspectos e dimensões que interferem positivamente na qualidade de vida, no bem-estar e na saúde. Segundo Martins^[7], a ação sobre estes fatores tem que ser multidirecional e multidimensional e deve contar com a contribuição de diferentes áreas do conhecimento e disciplinas, além, de manter um constante processo de pesquisa e de inovação.

Como consequência, as Conferências conduziram à definição de Qualidade de Vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”^[5]. Nesta perspectiva, observa-se que a humanidade, representada por diferentes atores sociais, ainda busca transformar o paradigma sanitário vigente relacionado à saúde, conciliando paradoxos e desigualdades crescentes entre fatores de natureza social, econômica, política, cultural e ambiental.

Considerando estas novas demandas de qualificação e gestão do ambiente de promoção de saúde, que originam novos modelos de atenção, deve-se destacar a readequação necessária no modo de intervir dos Profissionais de Saúde envolvidos com os cuidados em Saúde Integral e dos Profissionais de EF que passaram a fazer parte da equipe de atenção.

As novas tendências exigem um olhar que extrapole os aspectos biológicos e tenha o sujeito – indivíduo ou seu coletivo – como foco das ações, e o reconhecimento do limite da ação uniprofissional no ato de cuidar. Desse modo, as instituições formadoras reconhecem a necessidade de readequar seu projeto político-pedagógico e, conseqüentemente, seus currículos. ^[21]

ANÁLISE DOS DOCUMENTOS E REPERCUSSÕES

O que se observa é que ainda há uma dificuldade de superar o antigo modelo médico-sanitarista, dificultando a necessária oferta de serviços voltados para a saúde integral e ações de promoção.

Os compromissos globais para a Promoção da Saúde estimularam a produção de documentos e recomendações^[25-29] para o enfrentamento das condições culturais, sociais e sanitárias relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis e qualidade de vida. No Brasil, este movimento foi favorecido pela adoção de uma estratégia nacional que se inicia a com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS ^[8] e de outras medidas e políticas que procuram viabilizar uma transformação na forma de ver e promover cuidados em saúde.

Reafirmando as intenções de efetivação e de eficácia destas Políticas, o Sistema tem apresentado no decorrer de sua implantação e organização, programas de capacitação organizacional^[30] e de formação técnica e acadêmica através do Pró-Saúde^[2] e de outros instrumentos normativos e legais para a adequação dos cursos de formação conforme a Resolução 218/1997^[7] e 287/1998 ^[28]. Além das Recomendações, Pareceres e Orientações do Ministério da Saúde – MS, do Ministério da Educação e Cultura - MEC e de Comissões Interministeriais para adequação dos cursos de graduação e de capacitação

às novas abordagens de cuidado, de organização do trabalho, de novas relações intersetoriais. Foram editados diversos guias para planejamento dos conteúdos, para seleção dos espaços, abordagens e métodos pedagógicos. Conteúdos mínimos foram sugeridos e foram abordados novos critérios para a seleção e organização dos mesmos.

Apesar do rico material fundamentado na legislação brasileira e nas referências em permanente atualização da OMS, boa parte dos professores e profissionais não têm produzido programas e materiais didáticos que superem a visão sanitária, fisiologista, instrumental, pragmática e operacional, nem sempre coerentes com os conceitos ampliados de Saúde, Qualidade de Vida e sua promoção.

Num ótimo manual sobre as diretrizes e recomendações fundamentais da Política Nacional de Saúde e na Estratégia de Saúde da Família - ESF editado como material didático para um Curso de Especialização, o item atividade física foi representado por uma figura musculosa com camiseta cavada, isolado, fazendo exercícios com peso. Enquanto as recomendações da OMS em seus cadernos para políticas de atividades físicas para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas em todas as idades sugerem jogos tradicionais, artes corporais, exercícios orientados, atividades e esportes grupais orientados, sem finalidade de descobrir talentos para equipes competitivas, a ideia de atividade física para saúde ainda se baseia num modelo caricaturado.

Mesmo a PNPS sugere a instalação de espaços de práticas corporais e atividades físicas para Promoção de Saúde, embora o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde^[43] não tenha se disseminado nas Unidades de Atenção Básica. Esta abordagem caricaturada da atividade física e do praticante não diz respeito somente a uma expectativa de ação do Profissional de EF, mas também à forma como os outros profissionais enxergam as possibilidades e benefícios da atividade física em relação à saúde integral.

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS^[27], em documento sobre os Programas de Atenção Primária e Promoção da Saúde (APS), a estratégia de Atenção Primária à Saúde propõe uma reorientação do modelo de atenção, oferecendo alternativas aos programas de ação com baixa

resolubilidade em saúde, aquelas atividades sem eficácia no enfrentamento dos problemas da área.

Ao contrário, os novos programas incorporam a visão do PSF como uma estratégia importante na qualificação e “reorientação do modelo assistencial tendo como princípios: a família, território definido, a clientela, o trabalho em equipe interdisciplinar, corresponsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social”^[27].

A NECESSIDADE DE EDUCAÇÃO PARA O CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE

As ideias destacadas dos documentos citados demonstram um processo de evolução dos conceitos e melhor compreensão dos determinantes sociais, econômicos e ambientais, além das implicações no processo de adoção desta Política.

A necessidade de preparar os profissionais da saúde, gestores, técnicos, formadores e cuidadores se tornou evidente à medida que os conceitos complexos de saúde, qualidade de vida, saúde integral e coletiva foram ficando mais claros. Conceitos discutidos em cada Conferência Internacional da OMS foram aprofundados como decorrência do equacionamento das dimensões, fatores e aspectos mais amplos por profissionais diretamente relacionados à saúde além de cientistas políticos, antropólogos, economistas, especialistas diversos e educadores, destacando a necessidade de formação interdisciplinar em cada área do conhecimento relacionado à promoção da saúde, à prevenção de doenças, à organização e à gestão da atenção básica e das práticas de cuidado integral^[32].

Considerando a importância da centralidade dos trabalhadores de saúde para a promoção, proteção, recuperação da saúde e produção dos cuidados, a PNPS gera, como corolário, a necessidade de transformações no processo de formação profissional. O MS, orientador da proposta e do processo de implementação desta Política, reconhece que o investimento em adequação da rede física, de tecnologia, de medicamentos e de insumos tem efeitos limitados se os profissionais de saúde não aderirem a esta nova cultura, o que significa novas competências, processos de decisão e atitudes frente aos

desafios.

O processo de implementação do sistema e de aplicação do paradigma da saúde integral passa a se apoiar num sistema e princípios de gestão e operação específicos e adequados aos objetivos da atenção integral. Para enfrentamento deste outro desafio, o órgão gestor e regulador do sistema de saúde propõe a Política Nacional de Humanização do SUS ou o HumanizaSUS, uma política que engloba as iniciativas já existentes, de forma a aproximá-las e potencializá-las, partindo de algumas experiências do SUS, conforme Archanjo e Barros^[33]. Visa ampliar a discussão sobre o conceito de humanização, tendo como princípio a indissociabilidade entre a atenção e gestão.

Assim, propõe ações para romper com a fragmentação e a desarticulação das ações e programas de humanização, entre outras de valorização dos trabalhadores. Segundo Archanjo e Barros^[33], o objetivo é ampliar o diálogo entre os sujeitos implicados no processo de produção da saúde, promovendo gestão participativa, estimulando práticas resolutivas, reforçando o conceito de clínica ampliada.

Segundo o LAPPIS – Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde^[34], um programa de estudos que reúne um colegiado de pesquisadores que auxiliam na identificação e construção de práticas de atenção integral à saúde, o Ministério da Saúde propõe inovações que pretendem elevar o patamar da saúde do Brasil através da valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, segundo o LAPPIS^[34]: usuários, profissionais (em todos os seus níveis) e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos na formação de coletivos e redes colaborativas; construção de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão, para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo; mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde, através de ações e pesquisas; defesa de um SUS que se preocupa com a diversidade do povo brasileiro. Ou seja, fomentando um olhar amplo sobre o sujeito; qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e atendimento; com mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações no trabalho;

luta por um SUS mais “humano”, com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos.

Estas propostas reforçam a noção de sujeito de direito à saúde (pela Constituição), a intersetorialidade para garantir a integralidade no cuidado (como diretriz da PNPS), as mudanças para ampliar a visão sobre as necessidades e possibilidades de atendimento à população através da formação (DCNs das diferentes profissões de saúde), as estratégias de educação e os dispositivos e mecanismos para aprofundar a relação serviço - educação, entre outras.

Estas relações são exemplos que a Saúde é mesmo uma Política que depende de uma abordagem interdisciplinar para que alcance a intersetorialidade esperada e a prática adequada para a abordagem integral da saúde. Neste sentido, a interdisciplinaridade é uma política para garantir a intervenção e um processo de pesquisa e tomada de decisão cada vez mais competente.

A INTERDISCIPLINARIDADE COMO POLÍTICA

Considerando a abordagem curricular dos processos de formação em saúde, pode-se destacar que o paradigma tradicional da formação dos profissionais baseia-se no modelo pedagógico organicista e tecnicista, conforme Oliveira^[4], resultando de conteúdos organizados de forma compartimentada e isolada. Decorre daí a noção de que o processo saúde-doença deve ser entendido a partir da dicotomização do conhecimento e da fragmentando dos indivíduos em especialidades clínicas, numa abordagem hospitalocêntrica, em sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada, que incentiva a especialização e a perpetuação dos modelos tradicionais das práticas em saúde.

Esta forma de ler e interpretar o objeto saúde e sujeito está consolidada como um *habitus*^[35], definindo a visão e a prática profissional nesta área. Por outro lado, na perspectiva de integralidade na saúde, os processos de atenção não se voltam apenas ao tratamento. Nesta perspectiva, destaca-se também o compromisso ético com a produção da vida (promoção da saúde) e com o indivíduo visto como singular.

Em face destas demandas, em 2005, o Ministério da Saúde lança o Programa Nacional de Reorientação da

Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) visando implementar políticas de inclusão social e um consistente esforço para a substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar.

O programa representa o reforço de uma articulação entre as instituições formadoras e o serviço de atenção à saúde procurando corrigir o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais e os princípios, as diretrizes, as necessidades do SUS e, em alguns casos, das necessidades reais da população. Desta forma, procurou incentivar a transformação do processo de formação, a geração de conhecimento e a inovação na prestação de serviços à população para abordagem integral do processo saúde-doença.

Oliveira^[4] defende que, a partir de estratégias didático-pedagógicas contextualizadas com a realidade social ou metodologias problematizadoras, que propiciem maior participação ativa dos estudantes na busca e produção do conhecimento, situações em que os profissionais podem compreender as relações cognitivas, éticas, políticas e sociais necessárias para a abordagem integral do processo saúde – doença. “A integralidade da atenção à saúde é um princípio norteador da formulação de políticas de saúde e também da formação profissional para a área da saúde”^[4]. Sobre isso, a autora sugere que já existem diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação que preconizam que a formação do profissional deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde.

Isto significa articular conteúdos e abordagens de saúde e doença priorizando os conhecimentos técnico-científicos que ajudem a compreender as necessidades sociais por saúde de cada região, respeitando as dimensões brasileiras de diversidade epidemiológica, demográfica, cultural, social e econômica. Os novos conhecimentos e competências para o cuidado integral não devem excluir a fundamentação técnica e cientificamente das atividades específicas de cada área do conhecimento, mas articulá-la às contribuições de outras áreas visando o cuidado integral resultando em novos conhecimentos e contextos.

Como afirma Oliveira^[4], as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) assinalam, como política, a necessidade de produzir mudanças no processo de formação da equipe multidisciplinar, propiciando uma formação de profissionais mais comprometidos

e engajados com os princípios e diretrizes do SUS. O Pró-Saúde^[2] preconiza que, no âmbito da orientação teórica para a formação em saúde, devem ser destacados aspectos relativos aos determinantes de saúde e à determinação biológico-social da doença, estudos clínico-epidemiológicos, ancorados em evidências capazes de possibilitar a avaliação crítica do processo saúde-doença e de redirecionar protocolos e intervenções, além de estudos e pesquisas sobre os componentes gerenciais do SUS, no estabelecimento de práticas apropriadas de gestão, visando alimentar a processos de tomada de decisão e o estímulo à conformação de redes de cooperação técnica.

Desta forma, o Programa visa incentivar a transformação do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à população para abordagem integral do processo saúde-doença. O Programa tem como eixo central a integração ensino-serviço, buscando a consequente inserção dos estudantes no cenário real de práticas características dos serviços de atenção integral da Rede SUS, com ênfase na atenção básica, desde o início de sua formação.

Neste contexto, Oliveira^[4] destaca que a proposta de interdisciplinaridade em saúde preconiza uma mudança significativa dos paradigmas tradicionais norteadores da formação dos profissionais de forma a desenvolver uma compreensão mais ampla da pessoa humana, que cuida e a que adocece, colocando os sujeitos em interação para conhecer objetos, pessoas e coisas.

EDUCAÇÃO FÍSICA COMO CONTRIBUIÇÃO PARA A SAÚDE INTEGRAL

As estratégias de promoção de estilos de vida saudáveis afetam as atribuições de todos os profissionais de saúde e de um modo singular o campo da Educação Física. Estas novas ideias e formas de abordar o movimento, a relação saúde-doença e os comportamentos ditos saudáveis, impelem os profissionais à uma reflexão sobre seu papel e atribuições além da escola e academias, em espaços públicos, clínicas, hospitais e ambulatorios, no PNPS e, principalmente, em relação à educação para a saúde de toda a população.

No Brasil, desde o fim do século XIX, a profissão passou por uma abordagem médico-sanitarista

especialmente aplicada à saúde de militares e jovens estudantes. Mesmo depois da década de 1960, diante do movimento mundial de discussão da relação saúde-doença e do dimensionamento dos fatores e condições de qualidade de vida das populações, manteve a abordagem fisiológica, mecânica e pragmática da EF, desta vez aplicando ao esporte competitivo de alta performance e à estética.

Souza Neto *et al.*^[37], que estudaram os documentos relativos a seu processo de formação - os decretos de 1939 e 1945 e as resoluções de 1969 e 1987 sobre a organização profissional desta categoria em diferentes momentos do século XX, destacam a influência de tendências militaristas enfocando preocupações com aspectos higienistas e sanitários da atividade. A construção do modo de pensar a profissão, pelos profissionais da época, os valores e saberes que caracterizam a atividade, é confirmada pelo currículo proposto pelo Decreto-lei de 1945, marcando a intervenção como de natureza prática.

Esta marca virá a se constituir no *illusio*^[35] próprio do grupo profissional e vai legitimar uma profissionalidade dividida entre a Educação Física Escolar e o esporte – separando a função de caráter processual (o da educação, do desenvolvimento) da função técnica (a de preparação esportiva). Para Santos^[36], esta divisão desvinculou a formação de um corpo de conhecimentos comuns que estruturam o campo de saber e fundamentem as decisões sobre a prática e a intervenção em campos sociais específicos.

O autor destaca que, para Bourdieu^[32, 35], um “campo” se legitima no exercício de determinadas práticas sociais que formam também um *habitus* em função de um capital simbólico que é obtido por meio de lutas políticas na demarcação de seu território. Porém, o “campo” é definido como um espaço social de relações objetivas, pois se apresenta como espaços estruturados de posições (ou de postos) cujas propriedades dependem das posições de seus ocupantes (em parte determinadas por elas)^[35].

As dificuldades dos profissionais se verem com uma profissionalidade compartilhada se expressa mesmo depois da Resolução nº 03/87 – do Conselho Federal de Educação – CFE, que fixa os mínimos de conteúdo e duração a serem observados nos cursos de graduação em

Educação Física (Bacharelado e/ou Licenciatura Plena). O documento recomenda que a aquisição integrada de conhecimentos e técnicas que permitam uma atuação nos campos da Educação Escolar (pré-escolar, 1º, 2º e 3º graus) e da Educação Não Escolar (academias, clubes, centros comunitários, condomínios etc.), reforçando a ideia de múltiplas funções fora da escola^[39, 40].

O Parecer que antecede a Resolução nº 03/87 discute a necessidade de uma visão de conhecimentos comuns que caracterizem a intervenção em qualquer área e deixa de apontar conceitos concernentes à EF que orientem a estruturação do currículo. Recomenda que as instituições de ensino superior, as IES, ao conquistarem o privilégio de elaborarem seus próprios currículos, estabeleçam os marcos conceituais fundamentais dos perfis profissionais desejados. Sugere que se elaborem as ementas, fixando a carga horária para cada disciplina, e sua respectiva denominação, bem como enriqueçam o currículo pleno, contemplando as peculiaridades regionais garantindo sua autonomia, conforme Antunes^[40].

Santos^[36] analisa, em sua tese, a legislação que gera diferentes profissionais de mesma denominação. Destaca que, sem uma formação comum com a qual cheguem às especializações, e, sem uma linha conceitual e técnica e científica comum, não compartilham perfis profissionais e não mantêm práticas e saberes comuns que permitam ser entendidos como portadores das mesmas competências (conhecimentos, saberes e atitudes) que sirvam como ponto de partida para diferentes funções na sociedade. Como a parte comum sugerida pelas diretrizes se refere a aspectos filosóficos e sociológicos da relação do homem com a sociedade, não são apontados os conteúdos específicos da prática da EF que se constituiriam na base de toda a prática profissional. Em outros termos, a Resolução nº 03/1987 reforça a cisão.

A Resolução nº 046/2002, do Conselho Federal de Educação Física^[41] destaca que o objetivo das atividades a serem realizadas é favorecer o desenvolvimento da Educação e da Saúde. Explicando melhor, a finalidade destas atividades é contribuir para a capacitação e/ou restabelecimento de níveis adequados de desempenho e condicionamento fisicocorporal, relacionando estes

efeitos ao bem-estar e da qualidade de vida. Na mesma linha de raciocínio, a Resolução destaca o papel pedagógico da atividade. Insiste que deve auxiliar o desenvolvimento da consciência, o que inclui a percepção da realidade e de recursos internos, o desenvolvimento da inteligência, da capacidade de julgamento, de decisão, de aprendizagem, entre outros; através e além da expressão e estética do movimento, contribuindo para realização da autonomia, da autoestima, da cooperação, da solidariedade, da integração, da cidadania, das relações sociais e a preservação do meio ambiente.

Afirmado o papel pedagógico, no âmbito da Educação e da Saúde, o documento também recomenda que sejam observados os preceitos de responsabilidade, segurança, qualidade técnica e ética no atendimento individual e coletivo, aspectos esses a serem desenvolvidos pelo Profissional. Desta forma, não apenas delimita um campo de atividade profissional, como estabelece o papel, os objetivos específicos e os parâmetros com os quais suas atribuições devam ser desenvolvidas.

Definido o papel da profissão de forma ampla, mesmo que tenha se confirmado como profissão de saúde, relacionada à Estratégia da Saúde da Família e à PNS, as atualizações no currículo de formação e o perfil profissiográfico não apontam a necessidade de formação interdisciplinar visando atender ao conceito amplo de saúde e sua promoção.

Sem perceber a oportunidade de participação em uma ampla política que modifica, inclusive o mercado da saúde e da atividade física, fortaleceu a identidade profissional e o campo de atividades como relacionados a atividades e procedimentos vinculados a alta performance. Assim, reforçou e atualizou um capital simbólico, dotado de conhecimentos, práticas e valores que se constituem no *illusius* ^[39] que atende a interesses mercadológicos e modelos midiáticos de beleza e de desempenho esportivo. Desta forma vinculou sua imagem e profissionalidade aos esportes e fitness, embora para atender a abordagem escolar tenha se dedicado ao desenvolvimento psicomotor, moral e cognitivo especialmente de crianças em fase escolar, dada a sua formação para a docência na escola básica, especialmente entre as décadas de 1970 e 1980 conforme Souza Neto *et al.* ^[34, 42].

Observando este processo evolutivo da profissão, percebe-se a distância que vai construindo em relação aos parâmetros da formação interdisciplinar para a saúde integral, conforme esta definida pela OMS. A reflexão sobre atenção integral à saúde, sua promoção e cuidado, propõe um novo papel social para a Educação Física, baseado no compromisso ético com o desenvolvimento integral, com a cidadania, a educação para a saúde, o desenvolvimento de estilos saudáveis de vida, de participação e corresponsabilidade em seus processos de saúde e qualidade de vida. Representa um contra movimento ao processo de repetição do *habitus* ^[32] dos profissionais, de pensar a Educação Física como atividade (*illusio*) e não como intervenção com base técnico-científica ^[35].

Souza Neto *et al.* ^[34] analisando o histórico da evolução do papel profissional e das atribuições do Profissional de EF, pode-se perceber que a construção da identidade deste profissional gera um *habitus* - um sistema de disposições comportamentais sobre a EF como profissão estabelecendo um capital simbólico, gerado e compartilhado pelo grupo na construção do campo. No entanto, em relação às políticas de promoção da saúde, observam-se problemas semelhantes de resistência à mudança, de busca a competências mais amplas, de atitude de corresponsabilidade em relação ao sistema e a operatividade do mesmo.

Neste sentido, Santos ^[36], em seu estudo sobre formação em EF, destaca que, paralelamente às discussões sobre a formação necessária para implantar as políticas citadas e no processo de evolução das discussões sobre as necessidades sociais e de qualidade de vida, a Resolução nº 218/97 ^[7] e a Resolução nº 287/98 ^[31] introduzem um novo elemento para reflexão. As Resoluções afirmam o papel do Profissional de Educação Física junto ao campo da saúde. De modo objetivo oferece uma alternativa de intervenção fora do ambiente escolar e do mercado do esporte e da estética.

Com esta medida, a EF é legitimada como uma das profissões da área da saúde. A inserção deste Profissional é assegurada no Sistema Único de Saúde – SUS ^[8], na Estratégia da Saúde da Família ^[9-11], através da Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde ^[43] e do Programa de Saúde nas Escolas ^[45], bem como ao

Programa de Promoção da Alimentação Saudável^[45].

No entanto, a formação deste Profissional encontra-se em defasagem em relação às tendências e às expectativas das agências promotoras de saúde e qualidade de vida. Mesmo que a função de prestar serviços que favorecem o desenvolvimento da educação, da promoção, proteção e recuperação da saúde, estejam configurados pelo Conselho Federal de Educação Física na Resolução nº 046/2002 no Documento de Intervenção Profissional.

Observa-se que os novos Currículos para o Bacharelado e para a Licenciatura mantêm a visão tecnicista e médico-sanitarista, deixando de aprofundar as contribuições possíveis^[46]. Neste processo de transformações nas visões relativas à doença, à saúde e às possibilidades de intervenção, os discursos da categoria ainda priorizam o desempenho atlético, sendo os esforços dos profissionais e acadêmicos empenhados na divulgação e instauração de procedimentos e tecnologias para o melhor desempenho do esporte e do fitness. Embora já se observe uma mudança de atitude e de abordagem da corporeidade e dos fins da aplicação da atividade física em projetos especiais de atenção à saúde e de qualidade de vida, o interesse da categoria e a discussão sobre o tema ainda é incipiente e insipiente.

Neste ambiente de dissonâncias entre demandas populacionais de saúde, políticas sociais, interesses corporativos, enfoques conceituais e necessidades de adequação ao projeto de promoção de saúde podem-se observar resistências ou indiferenças aos novos temas transversais da formação dos profissionais da área.

Estes temas devem alterar a natureza e repercussão dos conteúdos curriculares, bem como as prioridades em termos de investimento público e na criação de espaços privados especializados para atender a estas demandas. Neste sentido e considerando a possibilidade de novos papéis sociais e novo significado das intervenções do Profissional de EF, é necessário identificar quais conteúdos nascem destas novas demandas e finalidades, favorecendo a integração do profissional na área da saúde e a integração de seus conhecimentos específicos neste campo.

No trabalho de doutoramento publicado por Santos^[36] descreve-se a associação entre estes novos conceitos e abordagens e as demandas de PS e QV,

identificando aqueles conteúdos que devem alterar a concepção da intervenção da Educação Física, ampliando suas finalidades culturais, psicológicas, sociais e éticas. Tendo tomado como referência a análise de três campos de informação: os conceitos de qualidade de vida e saúde e suas implicações; as demandas históricas de formação destes profissionais – resistências e contradições; as práticas sociais que demandam a participação da EF para sua eficácia. Neste último, analisaram-se programas e projetos realizados por diferentes organizações.

Concluiu-se que a apreensão ampliada da saúde e de sua promoção constitui-se em construtos multidimensionais que exigem prática intersetorial e conhecimento interdisciplinar. Implicam em considerar e enfrentar os determinantes sociais, os fatores de desfecho da doença e agravos, alterando as práticas do cuidado, assistência e orientação.

CONSIDERAÇÕES E CONCLUSÕES

Os construtos elaborados a partir destas observações não só sugerem outra forma de participação dos profissionais, sujeitos, comunidades e organizações, como reforça a necessidade de estabelecer novos compromissos de mudança com os governos, instituições de ensino e sociedade organizada. Destacam que diante da defasagem entre formação e demanda de competências no campo de intervenção e conhecimentos para a promoção destes temas, também é necessário investigar as resistências, as indiferenças e a relação destas com o movimento de construção da EF.

Pela revisão sistemática pode-se verificar que a relação entre EF e saúde passa a ser destacada pelas organizações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida. A questão, embora intrínseca à atividade, não ganhava espaço de maior reflexão em sua própria área de produção de conhecimento, porque seu papel social estava vinculado ao domínio ou à educação do corpo, no máximo a seu desenvolvimento e não a uma demanda que, segundo Buss^[47], se tornou coletiva e relacionada às condições sociais de vida

Neste sentido, as instituições de ensino superior devem acrescentar aos currículos não apenas novas disciplinas, mas também nova forma de interpretar o papel dos conteúdos tradicionais na formação interdisciplinar

em saúde. Esta pesquisa teórica ainda destaca, que o conceito de Qualidade de Vida e de Promoção de Saúde, de amplitude plural e multidimensional, pode se constituir no princípio que permitirá a construção de novas competências entre os Profissionais de Educação Física e outros da área de saúde, como dimensão do conceito de saúde integral.

Estas reflexões reforçam a ideia de que a adequação dos currículos não deve passar por mero acréscimo de disciplinas voltadas para a fisiologia, patologia, epidemiologia, endocrinologia, circulação e pneumologia, entre outras de origem médica. Devem ser tratadas informações relativas ao sistema de saúde no Brasil, as políticas de promoção de saúde incentivadas pela OMS.

A formação necessária deve incluir uma abordagem pedagógica e interdisciplinar voltada para o que a EF pode e deve fazer pela comunidade e pelos sujeitos. Formação esta que fundamente e habilite para o trabalho de equipe, de promoção de saúde e qualidade de vida; para a inclusão da noção de saúde integral e ampla nos processos de desenvolvimento biopsicossocial pleno e da cidadania em todos os ciclos de vida.

Esta discussão talvez deva ser feita entre os professores, profissionais e representantes de outras especialidades da equipe de saúde, de modo a construir a prática articulada proposta pelo SUS através dos Núcleos de Apoio a Promoção da Saúde – NAPS e Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, entre outros mecanismos de promoção de saúde.

Interessante é observar por conclusão, que as práticas da saúde integral já invadem o mercado, os cursos de qualificação e têm transformado o mercado de serviços de saúde, propondo ações nas quais o Profissional de EF pode participar exercendo um novo papel: o de educador para a saúde.

Os manuais em seus textos e as estratégias de apoio e desenvolvimento de novas posturas e práticas estão claros. Contêm todos os elementos que orientam a mudança, mas dependem da vontade de superação do *habitus* e do *illusio* a respeito do campo de cada profissão e do conhecimento da área. Em outros termos, as mudanças curriculares que construam a abordagem interdisciplinar de saúde e atenção, dependem das

mudanças proporcionadas por um processo de atualização das posturas, de reorientação dos interesses corporativistas; da adesão dos profissionais de todos os níveis ao compromisso ético de que todo processo de atenção à saúde é social e para toda a população.

Como os outros profissionais, o de EF necessita vencer suas resistências aos conteúdos inovadores e posturas socialmente comprometidas. Este enfrentamento depende de revisar as marcas da história nas formações das profissões da área da saúde. Uma visão mais ampla do campo de trabalho leva a compreender que toda profissão está a serviço da sociedade e que esta é uma política social que altera a relação da sociedade com o corpo, com a noção de bem-estar, com o ambiente, com os outros e com a própria saúde, pois pode estender esta nova abordagem do processo à prática social em todos os níveis.

REFERÊNCIAS

1. Arendt H. O que é política? Organizadora: Ursula Ludz. 3a. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. DF: Ministério da Saúde; 2007.
3. Moreira LFS. O conceito ampliado de Saúde como base para o estabelecimento de uma política intersetorial. *Jornal da Ciência. Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC)*, n. 3284, de 14 de junho de 2007.
4. Oliveira TRB. Interdisciplinaridade: um desafio para a atenção integral à saúde. *Rev. Saúde. Com.* 2007; 3(1): 20-27.
5. Fleck MPA *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev. Bras. de Psiq.* 1999; 21(1).
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde.

- Brasília; 2006.
7. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N.º 218, de 6 de março de 1997. Categorias profissionais de saúde de nível superior. DF; 1997.
 8. Brasil. Presidência da República. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Cria o Sistema Único de Saúde - SUS. DOU de 20.9.1990
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde. DF; 1997.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 648 de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica, Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [Acesso 08.10.2013]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf> .
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil. Ministério da saúde. Ministério da Educação. Portaria n.º 2.527 de 19 de outubro de 2006. Define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família. DF; 2006.
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Portaria MS/GM n.º 1.996, de 20 de agosto de 2007. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. DF; 2007.
 13. Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília, DF; 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde).
 15. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. Projeto Desenvolvimento do Milênio. 1998. [Acesso em 10.05.2010]. Disponível em: <www.pnud.org.br/odm/index.php> .
 16. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. Relatório De Desenvolvimento Humano. IDH Índice de Desenvolvimento Humano 2007/2008. [Acesso em 03.05.2010]. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/dados/idh/idh/index.htm>> .
 17. Martins, MCA. A Promoção da saúde: percursos e paradigma. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco; 2005.
 18. Organização Mundial da Saúde – OMS. Carta do Caribe para a Promoção da Saúde de 4 de junho de 1993. [Acesso em 05.04.2013]. Disponível em: <http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_caribe.pdf> .
 19. Organização Mundial da Saúde – Oms. Declaração do México - Promoção da Saúde: Rumo a Maior Equidade. 5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Cidade do México; 5 de junho de 2000.
 20. Organização Mundial da Saúde – Oms. VI Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde. A Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde em um Mundo Globalizado Tailândia, Bangkok: Agosto; 2005.
 21. Organização Mundial da Saúde – OMS. Conferência Internacional de Saúde para o Desenvolvimento: Direitos, Fatos e Realidades Declaração de Buenos Aires; 2007.
 22. Organização Mundial da Saúde – OMS. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. World Conference on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro; 2011.
 23. Organização Mundial da Saúde – OMS. VIII Declaração de Helsinque. VIII Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde de 10 a 14 de junho de 2013. Finlândia; 2013.
 24. Anjos TC; Duarte, ACGO. A Educação Física e a Estratégia de Saúde da Família: Formação e atuação profissional. Rev. Bras. de Saúde, RJ. 2009; 4.
 25. WHO - World Health Organization. Centre For Research On Inner City Health. The Urban Health

- Equity Assessment and Response Tool (Urban HEART). Japan; 2010.
26. WHO - World Health Organization. Fundação Calouste Gulbenkian. Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas. Genebra; 2009.
27. WHO - World Health Organization. Institute For Health And Welfare. Intersectoral Action on Health: Impact on noncommunicable diseases through diet and physical activity. Helsinki; 2010.
28. WHO - World Health Organization. Centre for Health Development, Intersectoral Action on Health. path for policy-makers to implement effective and sustainable action on health. Kobe; 2011.
29. OMS - Organización Mundial de La Salud (Who-World Health Organization. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra; 2010.
30. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CNSS. Atenção Primária e Promoção da Saúde. DF: CONASS. DF; 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS).
31. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998. Categorias profissionais de saúde de nível superior inclui a de Biomédico. DF; 1998.
32. Fleck MPA. A avaliação da Qualidade de vida: Guia para Profissionais de Saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008.
33. Archanjo JVL; Barros, MEB. Política Nacional de Humanização: desafios de se construir uma “política dispositivo”. Rev. Bras. de Saúde Colet. s/d
34. Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde – LAPPIS. Implicações do conceito de humanização na saúde. <<http://www.lappis.org.br/site/noticias/1401-implicacoes-do-conceito-de-humanizacao-na-saude>>. s/d
35. Bourdieu P. Sociologia / Coletânea – Renato Ortiz. São Paulo: Ática; 1983.
36. Santos GV. Qualidade de Vida e Promoção de Saúde: aspectos do objeto de estudo e campo de intervenções da Educação Física na sociedade contemporânea. Tese (Doutorado) - Programa de Formação Avançada em Educação – Doutorado, Universidad de La Empresa, Montevideo, Uruguay; 2013.
37. Souza Neto S *et al.*. A formação do Profissional de Educação Física no Brasil: uma história sob a perspectiva da legislação federal no século XX. Rev. Bras. de Ciênc. do Esp. 2004; 25(2).
38. Bourdieu P. O Poder simbólico. 3a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010(1989).
39. Brasil. Ministério da Educação e Desporto. Parecer n.º 215 de 1987 e Resolução 03 de 1987. Estabelece a reestruturação dos cursos de graduação Plena em Educação Física. Brasília – DF; 1987.
40. Antunes AC. Influência da Resolução 03/87 para o atual processo de preparação profissional em Educação Física. EF Revista Digital. 2009; 138(14). [Acesso em 21 fev. 2011]. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>>
41. Conselho Federal de Educação Física – CONFEE. Resolução 046/2002. Intervenção do Profissional de Educação Física, competências, campos de atuação profissional.
42. Proni MW. Universidade, Profissão Educação Física e o Mercado de Trabalho. UNICAMP, Rev. Motriz. 2010; 16(3).
43. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008. Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria nº 1.010, de 08 de maio de 2006. Promoção

da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional.

46. Brasil, Conselho Nacional de Educação (CNE), Câmara de Educação Superior (CES). Parecer n.º 0138/2002. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Educação Física. Brasília: Diário Oficial da União, n.º 80 – seção I – 26/04/2002: p. 34.
47. Buss, PM. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Ciência da saúde coletiva*. 2000; 5(1).

Recebido em: 11 de outubro de 2014

Aceito em: 27 de outubro de 2014