



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CAMPUS SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANDRÉ LUIS FAÇANHA DA SILVA

**PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA: REPERCUSSÕES NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS EGRESSOS
DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

SOBRAL- CEARÁ

2014

ANDRÉ LUIS FAÇANHA DA SILVA

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA: REPERCUSSÕES NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS EGRESSOS
DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Área e Concentração: Interdisciplinaridade.
Linha de Pesquisa: Estratégias de educação permanente e desenvolvimento profissional em sistemas de saúde.

Orientador: Prof^o. Dr^o. Geison Vasconcelos Lira

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas

SOBRAL-CEARÁ

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Curso de Medicina de Sobral

-
- S578p Silva, André Luis Façanha da.
Programas de residência multiprofissional em Saúde da Família: repercussões no exercício profissional dos egressos de Educação Física. / André Luis Façanha da Silva. – 2014.
98 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Medicina *Campus* de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2014.
Área de Concentração: Saúde da família.
Orientação: Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira.
Coorientação: Profa. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas.

1. Saúde da Família. 2. Exercício profissional. 3. Educação física I. Título.

CDD 613.707

ANDRÉ LUIS FAÇANHA DA SILVA

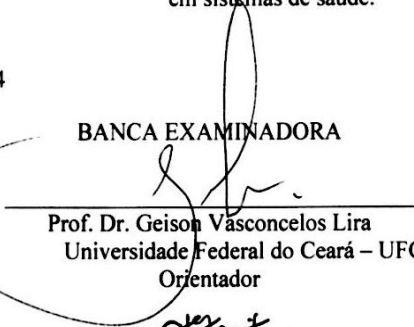
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA: REPERCUSSÕES NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS EGRESSOS
DE EDUCAÇÃO FÍSICA


Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde da
Família da Universidade Federal do Ceará,
como requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Saúde da Família.

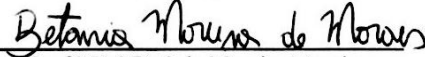
Área e Concentração: Interdisciplinaridade.
Linha de Pesquisa: Estratégias de educação
permanente e desenvolvimento profissional
em sistemas de saúde.

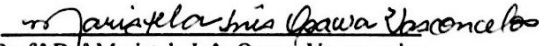
Aprovada em: 25/07/2014

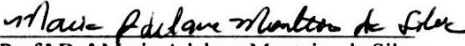
BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira
Universidade Federal do Ceará – UFC
Orientador


Prof.ª Dr.ª Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Co-Orientadora


Prof.ª Dr.ª Betânia Moreira Moraes
Universidade Estadual do Ceará – UECE
Examinadora- Externa


Prof.ª Dr.ª Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Examinadora


Prof.ª Dr.ª Maria Adelane Monteiro da Silva
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Examinadora- Suplente

Sou grato por tudo que DEUS tem me possibilitado a sonhar e realizar. Sonhos não se sonham e nem se realiza só!!! Assim, dedico esse estudo a Maria Lúcia Façanha da Silva, mulher, guerreira, determinada, fervorosa e cuidadora, minha MÃE. Exemplo de intelectual, trabalhador viciado, paciente e simples, Sr. Iatan Quirino da Silva, meu PAI. Organizado, adora lazer, responsável, sabido e experto, esse é meu IRMÃO, Leonardo Façanha da Silva. O mais novo, danado, um “anjo”, só de nome, esse é o Gabriel Salgado da Silva, meu SOBRINHO. Assim, dedico aos Façanha’s e aos Silva’s, famílias extensas e complexas, mas que colaboram uns com os outros. Bonita, inteligente, politizada, amorosa, marxista/feminista, guerreira pelo mundo melhor, mulher e companheira, essa é minha NAMORADA, Roberta Menezes Souza.

AGRADECIMENTOS

Ao professor **Drº Geison Vasconcelos Lira**, pela paciência e compartilhamentos de conhecimentos, um orientador transdisciplinar. Recomendo, foi orientador desde o início.

À professora **Drª Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas**, pela gentileza em compartilhar e colaborar com meu trabalho na qualificação e especialmente na reta final.

Às examinadoras **Maristela Inês Osawa Chagas** e **Betânia Moreira Morais**, pela disponibilidade e interesse em contribuírem com meu trabalho de dissertação.

Ao grande **Junior Gurgel**, com o qual tive alegria de dialogar e compartilhar bons debates nesse mestrado.

A minha **turma do mestrado**, pelo ano de confabulações sobre saúde, sentirei saudades.

À Escola de Formação em Saúde da Família, em destaque as três grandes mulheres **Maria Socorro Araújo Dias**, **Márcia Maria Santos da Silva** e **Francisca Lopes Souza**, com as quais tenho alegria em compartilhar cotidianamente processos de educação na saúde.

Sou grato ao corpo docente do programa de RMSF de Sobral, em especial as **preceptorias de núcleos** mulheres, com quem tenho aprendido bastante.

Aos egressos **Manoel Artur**, **Bráulio Nogueira**, **Igor Carneiro**, e atuais residentes **Rafaela Porto**, **Anagéia Linhares**, **Renata Alves**, **Neires Freitas**, **Sabrina Melo**, **Ana Clessia** e **Aline**, grato pelo apoio e compreensão no período do mestrado.

Aos egressos profissionais professores de Educação Física, desde a 2ª turma até a 8ª, muito grato, sem a experiência de vocês esse trabalho não seria uma realidade.

Ao professor **Drº Alex Branco Fraga** e à professora **Drª Maristela Inês Osawa Chagas**, pelas contribuições na fase de construção do projeto.

Ao Sistema Municipal Saúde Escola e todos **os trabalhadores e trabalhadoras** que acreditam que um SUS melhor é possível.

A experiência é o que nos passa, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca. (...) o sujeito da experiência seria algo como um território de passagem, algo como uma superfície sensível que aquilo que acontece afeta de algum modo, produz alguns afetos, inscreve algumas marcas, deixa alguns vestígios, alguns efeitos (LARROSA, 2002).

SILVA, A. L. F. **PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: Repercussões no exercício profissional dos egressos de Educação Física.** 2104. 195 p. (Dissertação de mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Sobral-Ce, 2014.

RESUMO

A formação na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) apresenta-se como uma estratégia potente para as mudanças nas práticas e a construção de saberes na e para Atenção Básica à Saúde. É nesse contexto que se insere o profissional professor de Educação Física na Atenção Básica, no Sistema Único de Saúde (SUS) do Ceará. Passados treze anos de inserção da Educação Física, emerge a necessidade de analisar a repercussão dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Estado do Ceará, no exercício profissional dos egressos de Educação Física, é o objetivo desse estudo. Investigação do tipo exploratório descritiva com abordagem qualitativa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sob o parecer nº 511.593. Os sujeitos do estudo foram onze egressos de Educação Física que concluíram a RMSF no Ceará. Para coleta de informações, utilizamos a entrevista semi-estruturada, com a Técnica do Incidente Crítico que busca o fenômeno a partir do aprendido com o seu exercício profissional atual (FLAMAGAN, 1954). Quanto à técnica de organização dos resultados, utilizamos a análise de conteúdo, em sua modalidade temática, onde apresenta diferentes fases, em torno de três pólos cronológicos: (1) pré-análise; (2) exploração do material; e (3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação (BARDIN, 2007). Os resultados evidenciaram a caracterização dos egressos/as quanto ao sexo, idade, modalidade de formação em Educação Física e pós-graduações após a conclusão do programa de RMSF. Identificamos em sua maioria incidentes críticos de repercussão, embora poucos foram os incidentes que não repercutiram no exercício profissional, nos distintos cenários de práticas, como na docência superior, na educação básica, política pública de esporte e lazer, na Estratégia Saúde da Família/Atenção Básica (ESF/AB) em serviço de saúde na atenção e gestão de unidade de saúde, bem como na área *fitness*. Os incidentes críticos foram encontrados em categorias quanto ao perfil do egresso: visão ampliada de saúde; prevenção de doenças; trabalho em equipe; atuação intersetorial; abordagem interdisciplinar; e as categorias de processos pedagógicos da RMSF: educação pelo trabalho, problematização e metodologias ativas. A formação na RMSF apresenta repercussões na prática dos egressos, conforme as características dos espaços de atuação, porém os incidentes de não repercussão tiveram destaque na ESF/AB. Observamos também uma limitação na relação dos conceitos de categorias analíticas desse estudo com sua prática. Evidenciamos que os programas de RMSF do Ceará não formam apenas para atuarem na Atenção Básica, mas esse adensamento tecnológico, com toda a complexidade que exige a organização do cuidado dos processos saúde-doença e suas determinações sociais, gera aprendizados significativos para resignificação da atuação docente do profissional professor de Educação Física.

Palavras Chaves: Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família; Exercício Profissional de Educação Física; Educação na Saúde.

SILVA, A.L.F. MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY PROGRAMS IN FAMILY HEALTH: Effects in the professional practice of graduates in Physical Education. 2104. 195 p. (Master's thesis) - Federal University of Ceará, Sobral-Ce, 2014.

ABSTRACT

The formation in the modality of Multidisciplinary Residency in Family Health (RMSF) is presented as a powerful strategy to changes in practices and the construction of knowledge within and into primary health care. It is in this context that the teacher professional of Physical Education in primary care, in the Unified Health System (SUS) of Ceará. After thirteen years of insertion of Physical Education, emerges the need to establish the role of the Multidisciplinary Residency Program in Family Health of Ceará the practice of physical education graduates is the aim of this study. Exploratory research and descriptive with a qualitative approach, approved by the Research Ethics Committee of the Universidade Estadual Vale do Acaraú (State University Valley of Acaraú), (UVA), under the number 511 593. The study subjects were eleven graduates in Physical Education that had concluded that RMSF in Ceará. For information collection it was used a semi-structured interview with the Critical Incident Technique that seeks the phenomenon from the learned through your current professional practice (FLAMAGAN, 1954). As the organization of technical results used to analyze content in its thematic, which has different stages, around three chronological poles: (1) pre-analysis; (2) exploration of the material; and (3) treatment of results and interpretation (Bardin, 2007). The results showed the characterization of graduates / under the terms of sex, age, type of training in physical education and postgraduate courses after completion of RMSF program. Identified mostly impact of critical incidents, although there were few incidents that did not pass in the professional practice in different scenarios practices as the top teaching in basic education, public sport and leisure policy in the Family Health Strategy / Primary (ESF / AB) in health service in the care and health facility management, as well as in the fitness area. Critical incidents were found in categories on the graduate's profile: expanded view of health; prevention of diseases; teamwork; intersectoral action; interdisciplinary approach; and the categories of pedagogical processes of RMSF: education through work; questioning; and active methodologies. Training in RMSF has practical implications of graduates according to the characteristics of the performance spaces, but not the impact of incidents had highlighted in the ESF / AB. We also observed a limitation in the relation of the concepts of analytical categories of this study with their practice. We evidenced that the Ceará RMSF programs formed not only to work in primary care, but is this technological densification with all the complexity that requires the organization of care of health-disease processes and their social determinants generate significant learning to reframe the educational performance of the professional physical education teacher.

KEY WORDS: Multidisciplinary Residency Program in Health; Professional Practice in Physical Education; Health Education

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Distribuição dos Incidentes Críticos da categoria visão ampliada de saúde nos cenários de práticas, Sobral, Ceará.....	108
Gráfico 02: Distribuição dos Incidentes Críticos da categoria prevenção de doença nos cenários de práticas, Sobral, Ceará.....	121
Gráfico 03: Distribuição dos Incidentes Críticos da categoria trabalho em equipe nos cenários de práticas, Sobral, Ceará.....	125
Gráfico 04: Distribuição dos Incidentes Críticos da categoria atuação intersetorial nos cenários de práticas, Sobral, Ceará.....	139
Gráfico 05: Distribuição dos Incidentes Críticos da categoria abordagem interdisciplinar nos cenários de práticas, Sobral, Ceará.....	143
Gráfico 06: Distribuição dos Incidentes Críticos da categoria educação pelo trabalho nos cenários de práticas, Sobral, Ceará.....	147
Gráfico 07: Distribuição dos Incidentes Críticos da categoria problematização nos cenários de práticas, Sobral, Ceará.....	154
Gráfico 08: Distribuição dos Incidentes Críticos da categoria metodologias ativas nos cenários de práticas, Sobral, Ceará.....	160

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Distribuição dos Incidentes Críticos com categorização e subcategorização com repercussão e não repercussão a partir dos cenários de práticas encontrados no corpus das entrevistas dos egressos de Educação Física dos programas de RMSF do Ceará.....190

Quadro 02: Caracterização quanto à idade, sexo e escolaridade no nível superior dos egressos dos programas de RMSF do Ceará.....103

Quadro 03: Caracterização quanto à trajetória de atuação e onde os egressos de Educação Física dos programas de RMSF do Ceará trabalham atualmente.....105

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú
ESF/AB	Estratégia Saúde da Família / Atenção Básica
MS	Ministério da Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
MASF	Mestrado Acadêmico em Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
LOS	Lei Orgânica da Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
PET Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde
PRÓ Saúde	Programa de Reorientação da Formação na Saúde
FNRS	Fórum Nacional de Residente em Saúde
FENTAS	Fórum de Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões da Saúde
CONFED	Conselho Federal de Educação Física
CREF	Conselho Regional de Educação Física
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
CNE	Conselho Nacional de Educação
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PELC	Programa de Esporte e Lazer da Cidade
PST	Programa Segundo Tempo
CSF	Centro de Saúde da Família
RMSFC	Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
MEC	Ministério da Educação
TIC	Técnica de Incidente Crítico
OMS	Organização Mundial da Saúde
IES	Instituição de Ensino Superior
VER-SUS	Vivência e Estágios no Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 Aproximação ao tema.....	15
1.2 Estado da questão, questão de pesquisa, questões norteadoras e objetivos.....	23
1.3 Justificativa, relevância e contribuições do estudo.....	27
2. REFERENCIAL TEÓRICO	30
2.1 SAÚDE E A EDUCAÇÃO PELO TRABALHO: A residência multiprofissional em saúde, uma política pública de (re) formação para o SUS.....	30
2.1.1 Interfase saúde, educação e trabalho: desafios no processo de mudança no exercício profissional.....	31
2.1.2 A política de educação pelo trabalho no SUS: a educação permanente em saúde e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, no Brasil e no Ceará, qual o perfil do egresso?	43
2.2 FORMAÇÃO E TRABALHO EM EDUCAÇÃO FÍSICA: Críticas e proposições na relação formação e o mundo do trabalho do profissional Professor de Educação Física.....	67
3. METODOLOGIA.....	88
3.1 Tipo de estudo/abordagem.....	88
3.2 Cenários do estudo	90
3.3 Sujeitos do estudo.....	93
3.4. Etapas de coleta e organização dos resultados	94
3.4.1 Técnicas e instrumentos de pesquisa	94
3.4.2 Procedimento para coleta de informações	96
3.4.3 Técnica de organização e análise das informações	99
3.5 Procedimento ético	102
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	103
4.1 Egresso de Educação Física e Trajetória Atual	103
4.2 O exercício profissional do professor egresso de Educação Física: uma análise a partir da técnica do incidente crítico	108
4.2.1 Visão Ampliada de Saúde.....	108
4.2.2 Prevenção de Doença	121
4.2.3 Trabalho em equipe	125
4.2.4 Atuação intersetorial	139
4.2.5 Abordagem interdisciplinar	143
4.2.6 Educação pelo trabalho	147
4.2.7 Problematização	154
4.2.8 Metodologias Ativas	159

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	163
REFERÊNCIAS	168
APÊNDICE A - Roteiro para Entrevista Incidente Crítico	183
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - (TCLE)	184
APÊNDICE C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UVA	186
APÊNDICE D - Parecer da Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral ...	188
APÊNDICE E, F - Termos de anuências e declaração de instituições co-participantes	189
APÊNDICE H - Gráfico 05.....	190

1. INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação com o Tema

A intenção de investigar sobre as repercussões da educação pelo trabalho em saúde no exercício profissional dos trabalhadores de Educação Física egressos dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) no estado do Ceará surgiu através da minha trajetória de formação e atuação profissional, particularmente no que concerne à minha inserção no programa de RMSF de Sobral, em 2005, na condição de profissional de Educação Física, residente da quinta turma. Durante dois anos, os desafios de trabalhar em equipe, compreender o SUS, atuar na comunidade a partir das necessidades dos usuários e na organização do serviço de saúde da família, controle social e educação popular em saúde foram os mais evidentes. Os processos de saúde-doença e cuidado demandados pela comunidade e pelas equipes de saúde da família geravam aprendizados significativos do campo da Estratégia Saúde da Família e ressignificação do núcleo de saber, no caso, Educação Física.

Em 2007 concluí a residência e, conseqüentemente, meu desligamento. A formação gerou transformações profundas de visão de mundo, sociedade e de educação, mas surgiu uma nova inquietação para aquele momento: era meu desejo continuar no SUS. Para Akerman e Feuerweker (2013), as pós-graduações (especializações, residências, mestrado, doutorado) apresentam impasses, afastamentos e descompasso, devido à escassez da formação e as necessidades do sistema de saúde, bem como distanciamento entre as instituições formadoras dos serviços de atenção à saúde, ou seja, do SUS.

Em busca da práxis, um grupo de egressos das categorias Nutrição, Fisioterapia e Educação Física da RMSF de Sobral do qual fiz parte seguiu para Fortaleza na esperança de encontrar possibilidades de reinserção na saúde pública. A nossa inserção foi pela preceptoria de território, que cuidava da especialização (larga escala) em saúde da família e comunidade para trabalhadores oriundos nos Centros de Saúde da Família, do Sistema Municipal Saúde Escola de Fortaleza.

É a partir desta experiência que se inicia meu processo de ingresso enquanto trabalhador no SUS, especificamente na Atenção Básica à Saúde, após a formação em

serviço na RMSF. Inicialmente, senti um estranhamento em vários aspectos, sobretudo quanto à complexidade evidente da atenção à saúde em uma capital do Nordeste, isto devido às desigualdades/iniqüidades sociais e atuação dos profissionais, centrada no modelo biomédico.

A formação na RMSF de Sobral possibilitou o acesso ao conceito e vivências de promoção da saúde, entendida aqui como uma determinação social que envolve fatores de ordem intersetorial, interdisciplinar, participação democrática, sustentabilidade, integralidade no cuidado e produção de autonomia na efetivação dos direitos que afetam diretamente a totalidade da vida de indivíduo e coletividades. Para Buss (1998), a promoção da saúde evidencia-se como um referencial conceitual, político e metodológico em torno do processo saúde doença, que visa analisar e atuar sobre as condições que são críticas para melhorar as condições de saúde e de qualidade de vida.

Ainda nessa experiência, percebi lacunas da formação na RMSF, como a gestão de serviço de saúde, financiamentos e vigilância em saúde, mais especificamente no aspecto ambiental, valorização do trabalhador e questões sanitárias. Acredito que essa percepção deveu-se a uma aproximação mais teórico-conceitual e vivencial, com ênfase na atenção à saúde comunitária na ESF. Segundo Carvalho e Ceccim (2009), no decorrer do processo formativo deve-se envolver toda a rede de serviços de saúde, de modo que se garanta intimidade e destreza nos campos de atuação com maior expansão e perspectiva de empregabilidade, de modo que os profissionais possam ingressar no trabalho com maior autonomia profissional. Essa proposição dos autores citados se refere à formação inicial, mas se aplica para programas de RMSF, haja vista que, em sua maioria, os profissionais que chegam nos programas não tiveram vivência prévia no SUS, ou quando tiveram foi de forma fragmentada e descontextualizada.

Em 2008, retornei ao município de Sobral para atuar na preceptorial de categoria¹, segundo as definições do MS e do programa da RMSF. Esse processo deu-se

¹ Função de supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de experiência em área de aperfeiçoamento ou especialidade ou titulação acadêmica de especialização ou de residência, que exerçam atividade de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos profissionais ou estudantes, respectivamente em aperfeiçoamento ou especialização ou em estágio ou vivência de graduação ou de extensão (BRASIL, 2005). Reconhecer as bases conceituais e a realidade sócio-cultural-epidemiológica do território; orientar o residente quanto às práticas específicas da categoria na Estratégia Saúde da Família; contribuir com os residentes no planejamento das ações a serem desenvolvidas; sistematizar juntamente com os residentes o fazer da categoria; avaliar o processo formativo de cada residente em conjunto com o tutor. (PARENTE, 2008).

no início da 6^a e 7^a turma e perpassando por outras turmas (8^a, 9^a e 10^a) da RMSF. Esse desejo surgiu quando residente, pois não tínhamos de fato a figura deste preceptor de categoria compondo oficialmente o corpo docente da RMSF.

A partir da minha trajetória no campo da assistência e formação em saúde da família optei em concorrer ao Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, em 2012, com a finalidade de aprofundar meus conhecimentos, com vistas a seguir investindo na educação continuada no referido campo e conciliar com minha práxis na docência em serviço de saúde. Para isso, a escolha pela linha Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Sistemas de Saúde se deve à minha experiência na saúde pública, por acreditar na educação permanente enquanto estratégia para mudanças e ressignificação das práticas e saberes de Educação Física enquanto área do conhecimento que tem apresentado interfaces com a Estratégia Saúde da Família.

Diante da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), em meados dos anos 80, e com o avanço da Reforma Sanitária brasileira, desafios foram postos para materializar uma formação profissional a fim de atender as demandas do novo modelo assistencial de saúde². As dificuldades referentes aos perfis profissionais e às instituições de ensino para atuar sobre a complexidade do processo saúde-doença foram alguns entraves encontrados que proporcionaram o início das reflexões sobre as estratégias de ruptura com o modelo tradicional de educação em saúde.

Esses movimentos colocam em cena a preocupação na construção do Sistema Único de Saúde universal, equânime, sob gestão descentralizada, com integralidade no cuidado e mediante controle social. Para a materialização deste arcabouço, faz-se necessário criar e implantar políticas de regulação, apoio e de fomento à educação no cenário de ensino, pesquisa, extensão, gestão e nos serviços de saúde em ambientes educativos, de forma permanente e continuada (CECCIM; FERLA, 2007).

Essa prerrogativa se ancora sob a compreensão de saúde declarada na Lei 8080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990, que, em síntese, define o processo saúde-doença-qualidade de vida em seus determinantes e condicionantes sociais, culturais, econômicos e suas interfaces com acesso aos direitos sociais, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho,

² Sobre a ordenação de recursos humanos na saúde, ver artigo 200, inciso III, da Constituição Federal de 1988.

renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais. Reforça ainda a forma como se organizam os processos de saúde da população e a expressão da organização social e econômica do país (BRASIL, 1990).

Essa concepção ampliada é contra-hegemônica ao modelo saúde voltado para o biológico, curativo e preventivo de doença. Esses paradigmas tensionaram a formação de profissionais da saúde, em especial na medicina a partir da organização e normatização o relatório Flexner³. Percebeu-se que, com as mudanças sociodemográficas, epidemiológicas associadas às condições de desigualdades sociais no modo de conduzir a vida em sociedade, o paradigma biomédico não atenderia às novas mudanças devido a sua insuficiência, demandando novas práxis em saúde.

Posto o desafio que foi a ordenação da formação de seus trabalhadores diante do paradigma biomédico e positivista que influenciou as demais formações das categorias da saúde, o movimento sanitarista necessitava criar políticas e estratégias que avançassem para uma produção de cuidado com base na integralidade, de uma clínica ampliada/compartilhada (CAMPOS, 2000), que potencializasse o trabalho em equipes multiprofissionais com aprendizagens significativas e relevantes para os trabalhadores de saúde, usuários e para o SUS.

Sabe-se que as experiências oriundas de municípios brasileiros colaboram para formulação de políticas afirmativas para SUS. No campo da formação em pós-graduação da saúde em caráter de residência (*lato sensu*), o programa de Residência em Saúde Comunitária do Centro de Saúde Escola Murialdo, da Escola de Saúde Pública, 1976, em Porto Alegre (RS), no ano seguinte inseriu vagas para Enfermagem, Serviço Social e Medicina Veterinária (MULLER; HAAG; SILVA, 2001). Em Sobral (CE), no ano de 1999 iniciou-se o programa de RMSF - inicialmente para os profissionais de Medicina e Enfermagem - e dois anos depois inseriu outras categorias como Educação Física, Nutrição, Serviço Social, Fisioterapia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Odontologia e Farmácia (MARTINS JÚNIOR, 2008).

Ambas as experiências são multiprofissionais com produção de cuidado para além do médico e do corpo físico, ampliando o escopo da Atenção Básica e a Educação

³ A publicação do relatório Flexner, em 1910, acentuou a segmentação da Medicina, centrando as noções de saúde em torno das práticas medicalizadoras e no cuidado intra-hospitalar, influenciando a formação e as práticas médicas em todo o mundo ocidental e, em seguida, a formação de todas as demais profissões da área da saúde (CECCIM, 1998; 2010).

pelo trabalho como ideia-força e estratégia para mudanças das práticas de trabalho e ressignificação do conhecimento (MARTINS JR, 2008; FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010).

Nesse sentido, a partir de 2003, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde⁴ foi instituída, ligada à Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES). Dois anos depois, deu-se início ao processo de regulamentação da RMS e à Residência em Área Profissional, com a instituição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)⁵. Os respectivos programas passaram a receber apoio e investimento do Ministério da Saúde para formar profissionais para o Sistema Único de Saúde.

Em 2007, para assegurar a educação permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde, com apoio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), definiu as especializações em serviço e as residências como programas referência nos processos educativos dos trabalhadores da saúde, quando a aprendizagem se realizaria no cotidiano de trabalho. O objetivo era transformar as práticas profissionais e reorganizar os serviços de saúde.

A educação permanente é o “[...] conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas” (BRASIL, 2009, p. 20) entre ensino-serviço-gestão-controle social. Ceccim e Feuerwerker (2004) consideram que a política de educação em saúde deve ser capaz de impactar no *ensino* como importante instrumento para o desenvolvimento técnico profissional e da alteridade com os usuários; na *gestão setorial*, enquanto política pública governamental; na *atenção*, no ordenamento e na articulação da rede na prestação de serviços de qualidade, pautados na integralidade e humanização; e no *controle social*, para o desenvolvimento da autonomia das pessoas e a democratização da condução e gerenciamento da política de saúde.

O arcabouço teórico-conceitual e metodológico da educação permanente em saúde no Brasil apresenta a concepção de educação transformadora e emancipatória⁶,

⁴Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004.

⁵As portarias nº 1.111, de 5 de julho de 2005; nº 1.143, de 7 de julho de 2005; e a portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005; regulamentam a lei de criação e financiamento das RMS.

⁶A educação transformadora e emancipatória no setor saúde tem como referência a Educação Popular como uma estratégia política e metodológica que permite o trabalho na perspectiva da integralidade de saberes e práticas, pois proporciona o encontro com outros espaços, outros agentes e tecnologias que se

com participação direta de trabalhadores, gestores, estudantes, docentes e usuários através de organização educativa contextualizada com as demandas do trabalho *no e do* cotidiano do serviço, com a finalidade de transformar a práxis dos profissionais de saúde (MERHY; FEUERWEKER; CECCIM, 2006) enquanto prática técnica e social (DONNANGELO, 2011).

Assim, a formação de profissionais de saúde, com base nos princípios do Sistema Único de Saúde e nas necessidades sociais de saúde, exige das instituições formadoras projetos político-pedagógicos condizentes com as realidades locais, com vistas a uma educação participativa e democrática, capaz de organizar o trabalho em saúde, transformar as práticas profissionais e as relações destes com os usuários.

Compreende-se o trabalho em saúde como trabalho vivo (MERHY, 1997), permeado por saberes, práticas, poderes, afetos e interesses, que possibilita experimentações e movimentos de mudanças implicadas com as ações de saúde e suas demandas; com descobertas institucionais e coletivas na relação entre o trabalhador, o usuário, o gestor e a comunidade, mediada pelo trabalho enquanto produção de saúde e em defesa da vida e do SUS (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010). E quanto à educação pelo trabalho, apresentam-se cenários de desafios no pensamento e na reinvenção de si, dos saberes e das práticas, bem como do mundo (CECCIM; FERLA, 2003; OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010).

A educação pelo trabalho, no contexto da RMSF e inserida na Atenção Básica no modelo técnico-assistencial da Estratégia Saúde da Família, apresenta-se como ambiente potente, inovador, desafiador, instigante para romper com a reprodução social de práticas hegemônicas, proporcionar a flexibilização dos procedimentos instituídos e distanciamento da necessidade de construção de uma verdade absoluta (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010), para um aprendizado vivo ancorado na integralidade do cuidado a partir da ação-reflexão-ação dos processos de saúde-doença e cuidado dos usuários e comunidade.

A vivência no serviço pode possibilitar e gerar aprendizagem através do diálogo permanente entre teoria e prática. Na concepção da educação pelo trabalho, o saber nasce deste na constante reflexão *na e sobre* a prática. As experiências produzidas

colocam a favor da vida, da dignidade e do respeito ao outro. Trabalhar com a educação popular em saúde qualifica a relação entre cidadãos, definidos constitucionalmente como sujeitos dos direitos à saúde, pois pauta-se na subjetividade inerente aos seres humanos (BRASIL, 2007).

constroem novos conhecimentos, novas formas de atuar e competências, o que se denomina de “sistema aprendente” (SOARES *et al*, 2008).

É nesse cenário político, social e pedagógico em saúde que, a partir de 2000, se insere o profissional de Educação Física, especificamente nos programas de RMSF⁷ de Sobral e, em 2005, na cidade de Fortaleza (CE), com propostas pedagógicas e trajetórias de turmas de residências diferentes.

Têm ocorrido profundas mudanças na operacionalização da proposta pedagógica do programa de Sobral. Segundo Souza (2012), até a quarta turma apresentava-se uma combinação de formação em serviço articulada à pedagogia tradicional, focada em conteúdos, aulas por especialista e avaliação por provas e teste. No entanto, a partir da quinta turma observam-se mudanças significativas, com a introdução de uma pedagogia inovadora, assumindo como marco teórico-metodológico os princípios da educação permanente, educação popular, educação por competências e promoção da saúde (MARTINS JÚNIOR. 2008).

Sob um novo paradigma de formação, o atual desenho pedagógico da RMSF de Sobral organiza-se nos eixos de aprendizagem, vivências teórico-conceituais, de território, de extensão da categoria e em produção científica. O marco teórico-metodológico do processo educativo é baseado nos princípios da Promoção da Saúde, Educação permanente, Educação Popular e Educação por Competência (MARTINS JÚNIOR *et al*, 2008). As mudanças ocorridas no programa em Sobral “[...] nos leva a acreditar que a cada nova leva de residentes e corpo docente, reacomodações nos territórios ou na ESF, instigam a residência a dialogar, a buscar a tão almejada organicidade com a realidade” (SOUSA, 2012, p. 73).

Em Fortaleza, o programa tem como objetivo integrar o ensino-serviço-comunidade, de modo a possibilitar a construção de práticas e saberes junto à equipe de saúde da família, atuando como dispositivo para reorganização e reorientação das práticas em saúde, bem como de formar profissionais com competências necessárias

⁷A RMSF no Ceará é uma estratégia de formação na área de saúde de pós-graduação *lato sensu* coordenada por escola de saúde vinculada ao SUS, através de Secretaria da Saúde, em parceria com Instituições de Ensino Superior (IES) e Ministério da Saúde. O objetivo é formar profissionais de saúde das seguintes categorias: Educação Física, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Odontologia e Farmácia, que atuam nos territórios e serviços de saúde, em especial na Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família.

para atuação na ESF de forma reflexiva, articulando os conhecimentos teóricos e os conhecimentos práticos contextualizados em situações reais (FORTALEZA, 2007).

Ao longo do tempo, os dois programas vêm apostando na educação pelo trabalho enquanto tecnologia pedagógica na formação em saúde, como dispositivo para superação do modelo de educação bancária para uma educação libertadora, na superação da concepção de saúde como ausência de doença para direito social/qualidade de vida, transformação da prática mecânica para reflexiva, com transformações no sujeito e no cotidiano do serviço de saúde que impactem positivamente na saúde dos usuários e na organização do SUS.

A inserção da Educação Física através do SUS no Ceará emerge da política nacional e municipal de educação permanente, que se inicia em 1999, em Sobral, e em 2005 em Fortaleza, a partir do processo de organização da Estratégia Saúde da Família (ESF) no âmbito municipal, em que se apontava a necessidade de criar ambientes favoráveis à capacitação dos trabalhadores frente ao novo paradigma da saúde como qualidade de vida, e não mais como ausência de doença, Sousa (2008), sendo a educação permanente como vetor da organização dos serviços e da rede de saúde local (ANDRADE *et al.*, 2009).

Esse se constitui um avanço, por ser fruto de uma visão ampliada de saúde por parte dos gestores que se propuseram a implantar um novo modelo de atenção à saúde que integrasse áreas de conhecimentos distintos, com intuito de ampliar as possibilidades de intervenções no processo saúde-doença-cuidado, para desenvolver planos e políticas direcionadas para a promoção da saúde (LUCENA *et. al.*, 2004). Essa implementação ocorre de forma processual, com desafios na perspectiva da sustentabilidade de projetos, programas ou políticas (SILVA; OLIVEIRA, 2013).

Através das RMSF, ao longo dos 13 anos de inserção do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde no Ceará, somam-se 16 egressos que acessaram a política de educação permanente em saúde, formados à luz dos projetos político-pedagógicos inovadores dos programas, ancorados nos princípios do SUS, na perspectiva da promoção da saúde, com abordagens pedagógicas da educação popular, em contextos sociais e políticos distintos, que conviveram em equipe na interface com as demandas dos usuários e do serviço, entre dificuldades, desafios e potencialidades na

condição de residentes, e, após a formação, se deparam com o desafio de continuar trabalhando no SUS ou em outras áreas de atuação da Educação Física.

1.2 Estado da questão, questão de pesquisa, questões norteadoras e objetivos

A partir da minha inserção no Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (MASF), na Universidade Federal do Ceará (UFC), alguns encontros foram sendo estabelecidos com professores/pesquisadores, estudantes/pesquisadores e orientador. Um desses encontros foi com a pesquisadora Daniela Dallegrave, que me convidou para participar como sujeito da sua pesquisa de doutorado⁸ sobre Residência em Saúde. Após a minha participação, compartilhei sobre meu objeto de pesquisa, ao que ela relatou que havia realizado um levantamento de teses e dissertações oriundas dos programas de pós-graduação *stricto sensu*, no Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)⁹, endereço onde se localiza o banco de dados de trabalhos produzidos em programas de doutorado e mestrado acadêmico e profissional. Segundo a autora, em maio de 2012 foi realizada a busca dos trabalhos defendidos entre 1987 e 2010, período disponível pelo portal, com a utilização dos termos “*Residência + Saúde*”, *Internato*, *Preceptor*, com foco nas pesquisas que tratavam sobre a formação pelo trabalho em saúde. Nesse processo, com o termo Residência em Saúde, foram encontrados 849 registros, sendo escolhidos 60. Surgiram 180 registros com a palavra *internato*, dos quais 8 foram selecionados; com o termo *preceptor*, encontramos o total de 75 estudos, sendo escolhidos 7 (DALLEGRAVE, 2012).

Após o encontro com Dallegrave e seu levantamento no banco de teses da Capes, e tendo em vista o meu interesse de pesquisa, fiz alguns recortes: excluí os trabalhos oriundos dos termos *internato* e *preceptor*; incluí trabalhos defendidos no período de 2005 a 2010; e estudos de 2011 a 2012 disponibilizados no site da Capes, com uso do termo Residência em Saúde, totalizando 28 produções, dos 75 trabalhos

⁸ Capítulo do projeto de tese de Daniela Dallegrave, sob a orientação do Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim. DALLEGRAVE, Daniela. **Governamentalidade e encontros de aprendizagem no trabalho em saúde: pensando as Residências em Multiprofissionais em Saúde**. 2012. 71f. Projeto de Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012 p. 18-31.

⁹ Disponível em: <http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/teses.do>

selecionados por Dallegrave, e a inclusão de 6 trabalhos de 2011 a 2012, totalizando 34 produções.

Os motivos para as delimitações quanto ao período são devido à Lei 11.129, que institui a Residência em Área Profissional, excetuada a profissão médica desses programas e a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2005). A partir desta base legal, observa-se o aumento no número de programas financiados pelo Ministério da Saúde, em especial a Residência em Saúde da Família e Multiprofissional em Saúde. Quanto aos termos escolhidos, estes se devem ao campo de estudo que se pretende aprofundar sobre a educação pelo trabalho no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde, Saúde da Família e/ou Integrada, Atenção Primária ou Básica à Saúde brasileira e egressos de RMSF.

Para Therrien S. e Therrien J.(2004), a revisão de literatura colabora na definição das categorias centrais da investigação através do levantamento bibliográfico, em que se amplia o mote de compreensão e explicitação de teorias e categorias relacionadas ao objeto em estudo, em especial formação pelo trabalho em saúde, através de teses e dissertações, de preferência o trabalho completo, pois é possível identificar a gênese da relação do autor com o problema de pesquisa, o referencial teórico, a metodologia com suas categorias de análises, os resultados e as considerações na íntegra, bem como o encontro com outras referências bibliográficas.

O acesso ao formato do trabalho em resumo pode ser encontrado no portal Capes, quando disponibilizados pelos autores, a partir dos seus programas. Em seguida, faz-se necessário buscar o estudo na íntegra, através das bibliotecas de origens ou pela *plataforma lattes*, em contato com o(a) autor(a) via correio eletrônico. O trabalho completo possibilita uma melhor análise em todos os tópicos do estudo. No entanto, o resumo, em sua maioria, não traz as informações com mais detalhes, sobretudo na metodologia da pesquisa. É a partir do resumo, a primeira triagem, que se pretende fazer uma revisão de literatura.

Como uma das intenções desta revisão era encontrar estudos com os egressos de residência, em especial de RMSF, percebe-se que poucos foram investigados e os que foram estudados, uma parte se encontra atuando no SUS, em especial nas áreas de Medicina, Enfermagem e Odontologia, que apresentam em seus arcabouços a sua participação na saúde pública. No entanto, mesmo com os últimos avanços sobre a

inserção de outras categorias no SUS, como a política dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), criada em 2008, ou nos programas de residência para a função de docente em serviço, ainda não existe de fato uma política que viabilize a fixação do profissional formado pelos programas de residência em saúde no SUS.

Nesse sentido, quando se fala de residência multiprofissional em saúde, isso se traduz em vivência de ensino e aprendizagem com outro que pode ser um profissional independente no seu nível de qualificação, do usuário, do docente, da própria política de saúde e sua história, entre outros conteúdos e atores significativos para qualificação dos conhecimentos que perpassam o processo de formação.

A partir da revisão, observa-se que a formação através de programa de residência possibilita vários aprendizados, como: trabalho em equipe, abordagem interdisciplinar, compreensão ampliada do conceito de saúde, integralidade do cuidado, participação social, educação em saúde, visão política em defesa e consolidação do SUS.

Do mesmo modo, é preciso considerar os desafios vivenciados pelos programas, como financiamento, precarização do trabalho, a ausência de estratégia para formação docente assistencial, privatização da saúde pública, desafios estes que tentam inviabilizar o fortalecimento da Educação Permanente em Saúde e a formação para SUS como parte do processo de ensino e aprendizado.

Observam-se estudos realizados com enfoque em egressos por categorias (Medicina, Serviço Social, Nutrição e Odontologia). Entre os estudados não havia produções sobre a Educação Física, como também investigação sobre a atuação de egressos em outros cenários de prática diferentes da saúde pública, considerando a ausência de fixação dos formados pelo SUS seguirem na atenção, formação e gestão na saúde.

Assim, através da revisão da literatura especializada obtivemos as seguintes lacunas do conhecimento: nenhum dos trabalhos apontam para o impacto da residência fora do contexto da saúde pública; em sua maioria buscaram avaliar os programas e os residentes em formação; nos trabalhos que tinham como sujeito o egresso não foi encontrada a categoria da Educação Física. Essas lacunas colaboram para a relevância deste estudo.

Baseados nas lacunas teóricas identificadas na revisão de literatura e práticas advindas da minha experiência com o campo empírico, formulamos a seguinte questão de pesquisa: **Qual a repercussão dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Estado do Ceará no exercício profissional dos egressos de Educação Física?**

A partir desta questão, propõem-se ainda as seguintes questões norteadoras:

- **Qual o perfil quanto ao sexo, idade, formação (graduação, pós-graduação; local e ano de conclusão), a trajetória e onde atuam os profissionais de Educação Física egressos da RMSF dos programas do Ceará?**
- **Qual a trajetória quanto aos cenários de prática percorridos pelos egressos de Educação Física após a formação nos programas de RMSF do Ceará e onde atuam?**
- **Quais os limites e possibilidades dos programas de RMSF no exercício profissional do egresso de Educação Física?**

Para responder à questão de pesquisa identificamos como objetivo geral: **Analisar a repercussão dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Estado do Ceará no exercício profissional dos egressos de Educação Física.** Como desdobramentos do objetivo geral, estabelecemos os seguintes objetivos específicos:

- Descrever o perfil dos profissionais de Educação Física egressos dos programas de RMSF do Ceará, idade, sexo, tempo de graduado, matriz de formação em educação física e pós-graduação.
- Identificar a trajetória quanto aos cenários de prática percorridos pelos egressos de Educação Física após a formação nos programas de RMSF do Ceará e onde atuam.
- Investigar a percepção dos profissionais de Educação Física egressos dos programas de RMSF do Ceará sobre os limites e possibilidades daqueles programas no seu exercício profissional.

1.3 Justificativa e relevância do estudo

A formação na modalidade de residência multiprofissional em saúde da família apresenta-se como uma estratégia potente para as mudanças nas práticas e a construção de saberes na e para atenção básica à saúde. Esse modelo se ancora na educação permanente em saúde e na educação pelo trabalho, pois reconhece que é no cotidiano dos serviços, através do trabalho em equipe com relação direta com o usuário e acompanhamento pedagógico por docente assistencial, que se configuram como cenário de ensino e aprendizados significativos.

Esse modelo vem ao encontro de uma das responsabilidades do SUS, que é ordenar a formação dos seus trabalhadores, bem como a ressignificação da formação inicial dos cursos da área da saúde, que ainda apresentam em sua maioria um distanciamento com as necessidades sociais de saúde e da própria política pública de saúde brasileira.

É nessa conformação que se insere o profissional de Educação Física na atenção primária. A inserção deste profissional se deve à visão ampliada de saúde, ampliação da equipe multiprofissional e as mudanças sociodemográficas e epidemiológicas nos últimos tempos. Ainda sobre a inclusão da categoria da Educação Física no SUS, em especial na atenção básica, se deu bem antes que a formação inicial contemplasse em seus processos pedagógicos disciplinas e conteúdos voltados para atuação no SUS.

Nesse sentido, esta pesquisa se faz necessária por oportunizar uma reflexão e práxis sobre elementos que versam sobre a RMSF, educação pelo trabalho, produção de conhecimentos, qualificação e desempenho pelos profissionais de Educação Física egressos dos programas de RMSF do Ceará. Com os futuros resultados e sistematização da realidade que perpassam pela problemática em estudo, emergirão questões referentes

à formação e atuação profissional em diferentes cenários de práticas, bem como elementos que apontaram para os processos formativos dos programas que influenciam na atuação dos profissionais de Educação Física.

Depreendemos que os conhecimentos a serem encontrados nesta pesquisa podem servir como subsídios para formação do profissional de Educação Física para atuação na saúde pública/coletiva, seja na graduação ou na pós-graduação, com vistas à ampliação e fortalecimento do debate acerca da formação profissional e mundo do trabalho.

Outro aspecto importante a salientar diz respeito ao esforço e empenho que os programas de residência multiprofissional em saúde da família do Ceará vêm investindo para garantir sua legitimidade na formação de trabalhadores para SUS. Destaca-se ainda que esse modelo de formação para profissionais de Educação Física possibilita ao egresso uma atuação com mais competência e compromissos com as políticas que estruturam o setor da saúde.

Percebe-se a escassez de estudos na área, que investiguem a educação pelo trabalho, formação de profissionais de Educação Física na modalidade de RMSF para qualificação profissional e contribuições para os espaços de atuação da Educação Física. Assim, faz-se necessário realizar esse estudo para colaborar, ampliar e estimular outras produções científicas sobre o que será estudado nessa investigação. Destacam-se também as experiências do Ceará e seus programas de RMSF como cenários que apostam na transformação profissional e dos serviços através da educação na saúde.

A relevância deste trabalho é mostrar como os programas de RMSF no Ceará contribuem para o desempenho profissional; do mesmo modo, saber como os egressos articulam a práxis em saúde disseminadas através da educação pelo trabalho nos espaços atuais de exercício profissional, bem como perceber a relação da formação em RMSF no modo de pensar e agir em seus espaços de trabalho.

O estudo poderá contribuir para uma reflexão por parte do profissional de Educação Física egresso ao problematizar sua experiência e atuação durante a formação na RMSF, pois possibilitará percepções que outrora talvez ainda não fossem feitas. Essa dimensão traz o caráter pedagógico na abordagem ao sujeito na fase de campo deste estudo.

Esta pesquisa está estruturada em quatro capítulos:

- **Capítulo 1, introdutório**, em que apresento a temática escolhida, a partir de minha experiência profissional, o estado da questão, os objetivos da pesquisa e a justificativa.
- **Capítulo 2**, no qual trato Saúde e a educação pelo trabalho: a residência multiprofissional em saúde, uma política pública de (re)formação para o SUS sobre a interfase saúde, educação e trabalho: desafios no processo de mudança no exercício profissional.

A seguir a política de educação pelo trabalho no SUS: a educação permanente em saúde e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, no Brasil e no Ceará, qual o perfil do egresso?

Depois é abordada a formação e trabalho em educação física: Críticas e proposições na relação formação e o mundo do trabalho do profissional Professor de Educação Física. Adiante se apresenta uma síntese das categorias de análise sobre egressos dos programas de residência multiprofissional em saúde da família.

- **Capítulo 3**, descrevo a metodologia utilizada na pesquisa, baseada em abordagem qualitativa com utilização da Técnica de Incidentes Críticos e análise de conteúdo de Bardin (2007).
- **Capítulo 4**, que versa sobre as análises e discussões dos resultados e as demais considerações acerca da pesquisa, desde sua gênese até a conclusão.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta pesquisa será fundamentada nos referenciais teóricos descritos a seguir. Preliminarmente, apresento uma reflexão teórica sobre saúde, educação e trabalho na perspectiva da inseparabilidade, ou seja, durante a formação em serviço, essas categorias são imbricadas permanentemente. Mais adiante veremos a Residência Multiprofissional em Saúde enquanto estratégia de formação atrelada aos referenciais metodológicos e pedagógicos da Educação Permanente em saúde. Após esse preâmbulo, versaremos sobre a Saúde e a Educação Física, especificamente a concepção, inserção, formação e atuação na Atenção Básica. Adiante, apresenta-se a síntese das categorias de análise sobre egressos dos programas de residência multiprofissional em saúde da família, proposta da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Essas concepções teóricas e categorias, a priori, servirão de base para a análise das informações a serem coletadas.

2.1 Saúde e educação pelo trabalho: a Residência Multiprofissional em Saúde, uma política pública de (re)formação para o SUS

A formação de profissionais para SUS deve se ancorar em concepções de saúde, educação e trabalho que apontem para mudanças orgânicas nos trabalhadores, no setor saúde e, conseqüentemente, nos usuários. Desse modo, a implantação do processo de educação permanente no contexto da atenção básica à saúde precisa de ambientes favoráveis à educação pelo trabalho que possibilitem aos atores vivenciarem a estrutura organizativa da saúde pública e comunitária com vistas à saúde coletiva.

A seguir, apresenta-se uma reflexão teórica acerca de conceitos sobre saúde, educação e trabalho do referencial social que influencia a educação pelo trabalho como

estratégia de formação de trabalhadores da saúde. Adiante, aborda-se a questão da política de educação permanente, especificamente o programa de RMSF no Ceará.

2.1.1 Interface saúde, educação e trabalho: desafios no processo de mudança no exercício profissional

O desafio que tem sido posto para as organizações e trabalhadores do setor saúde é que saúde, educação e trabalho não se separam, ou seja, o trabalho no cotidiano dos serviços de saúde é permeado por representações sociais de mundo e de ser humano a todo momento, de forma dinâmica e complexa, consciente ou inconsciente (MINAYO, 1997). O trabalho em saúde se manifesta a partir das práticas, por sua vez, estas são permeadas por relações sociais e a educação é parte integrante desse processo (MELO, 1997).

Superar a separação não é simplesmente juntar as partes, e sim compreender que concepção se pretende articular com os elos entre saúde, educação e trabalho no campo da práxis em serviço. Nesse aporte, não abordaremos a construção histórica das categorias que permeiam o setor saúde, mas os conceitos e elementos essenciais para a compreensão, diferenças e suas interseções no cotidiano das práticas de saúde.

No tocante ao conceito de saúde, podemos destacar dois, quais sejam: a lógica biomédica ancorada no corpo biológico, na prevenção de doença, curativista e com reforço à medicalização dos problemas de saúde. A outra é a abordagem mais positiva e ampliada de saúde, voltada para os determinantes sociais da saúde como um conjunto de fatores ambientais, econômicos, educacionais, culturais, serviços de saúde articulados enquanto direito social, ligados também à promoção da saúde.

A concepção biomédica tem suas raízes no campo do pensamento moderno, constituída na revolução científica ocorrida no século XVI, que coloca o princípio da razão pura como a única forma de organizar a experiência humana, em detrimento às

ciências sociais, que considera elementos históricos e sociais do lugar onde vivenciam os processos culturais, (PASINI; GUARESCHI, 2010).

Esse pensamento demarca o campo da saúde a partir dos seus efeitos sobre o pensamento médico, nos séculos XVIII e XIX, como alicerce aos conceitos da Medicina Científica, que passam a compreender o corpo humano como máquina e a doença como algo que precisa ser corrigido e ajustado através de procedimentos centrados no biológico (PASINI e GUARESCHI, 2010).

Ainda se propõe a reduzir o corpo a um conjunto de órgãos, ou seja, a saúde seria a harmonia destes micro-organismos em condições satisfatórias para o desempenho das atividades vitais e do cotidiano. Nesse caso, a doença é uma manifestação produzida no e pelo biológico. Essa ideia reforça a fragmentação e as dicotomias entre corpo e mente, espírito e alma, natural do social, pois desconsidera toda construção e produção social cultural da saúde e da doença. Corrobora com Minayo (1997, p. 34), quando reforça que “[...] a concepção biomédica reduz a doença e a saúde ao contorno biológico individual, separando o sujeito de seu contexto integral da vida”.

A lógica biomédica gera um reducionismo no campo da saúde quando reforça que os cuidados nesta área se concentram na cura ou no tratamento nas estruturas fisiopatológicas ou anátomo-clínicas biologicamente determinadas, reforçando a medicalização dos problemas de saúde por meio de práticas anti-integrativas, fragmentadas e profissional centrado. Nessa concepção, o profissional de saúde em sua prática reduz o sujeito à doença e dá assistência com enfoque na queixa e conduta.

O modelo biomédico reforça a ausência de doença, pois seu avanço científico decorrente da mortalidade por doenças infecciosas foi necessário para elaboração de estratégia preventiva. Esse modelo passa a orientar as ações de saúde. Para Westphal (2012), os princípios que fundamentam essa lógica de saúde são:

Mecanismo, unicausalidade (uma causa produzindo um único efeito); com ênfase nos determinantes biológicos (as doenças e suas curas sempre ocorrem no nível biológico); individualismo (o objeto das ações em saúde é um indivíduo, tratado por outros indivíduos, excluindo-se, portanto, dessa ação em saúde o contexto ambiental, social e histórico); e a especialização (WESTPHAL, 20012, p. 684).

Ainda sobre o modelo destaca-se outro elemento que é a descoberta, a produção, e a eficiência de fármacos para a cura de doenças infecciosas, como a insulina e as

sulfamidas, nos anos 1930, que foi dado como o início da era “terapêutica”, reforçando o conceito de saúde como ausência de doenças e reforço ao uso de medicamento (WESTPHAL, 2012).

Paralelamente ao desenvolvimento de fármacos, desenvolveu-se também a indústria de equipamentos e materiais médicos voltados para o diagnóstico e tratamento de doenças. Esses aparatos tecnológicos surgiram com a promessa de enfrentamento à doença, reforçado com a importância de investimentos e estudos de base epidemiológica sobre a acurácia das tecnologias de diagnósticos para comprovar evidências sobre o uso dos procedimentos estudados para o diagnóstico preciso de doenças e agravos (MATTOS, 2010).

Com o avanço do desenvolvimento científico e tecnológico biomédico, ganha reforço a medicalização das causas dos problemas de saúde, gerando dois desdobramentos na relação profissional de saúde e usuário. Segundo Camargo Jr. (2010), essa relação gera a naturalização dos problemas de saúde, que são:

O ocultamento de aspectos usualmente conflitivos das relações sociais, pela transformação do problema de saúde em uma origem biológica; e por outro, a expropriação da capacidade de cuidado das pessoas em geral, em especial (mas não apenas) os membros das camadas populares, tornando-as dependentes do cuidado dispensado por profissionais, em particular (ou quase exclusivamente, para alguns) médicos (CAMARGO JÚNIOR, 2010, p. 98).

Essa vertente também afetou e direcionou a mudança no ensino médico e de outras categorias que compõem a grande área das ciências da saúde. Essa influência demarcou a organização pedagógica, curricular, local de aprendizagem, o tempo para o ensino e pesquisa, com reforço a especialização. Esse modelo de formação se concentrava em quatro anos de estudos com práticas em laboratórios e hospitais, articulação entre escolas médicas e universidade, pesquisa e ensino com ênfase no biológico e reforço à especialização (WESTPHAL, 2012).

Esse modelo de ensino com aprendizagem na transmissão do conhecimento, centrado em laboratórios e hospitais, com enfoque na biologia humana e nas chamadas disciplinas das doenças e na ênfase na especialização, que surge em 1910 e teve repercussão internacional elaborada pela Fundação Carnegie, deu origem ao conhecido e criticado *Relatório Flexner* (WESTPHAL, 2012).

A partir dos avanços da Medicina no campo do ensino, na pesquisa e na assistência médica, esse paradigma biomédico foi se consolidando e, ao mesmo tempo,

se configura como o desafio para os sistemas de saúde universais. Até nos dias atuais esse modelo é vigente e hegemônico, em especial para os países que são classificados por agências internacionais como estando “em desenvolvimento”, como é o caso do sistema de saúde brasileiro (WESTPHAL, 2012).

Observamos o grande avanço que o modelo biomédico promoveu no campo da saúde, com a busca da cura de doenças infecciosas, o estímulo à pesquisa laboratorial e a organização do ensino médico. No entanto, esse modelo visa às mudanças decorrentes da globalização, da complexidade dos processos de saúde-doença e cuidado individual ou coletivo, mortalidade decorrente de doenças transmissíveis e agravos, como acidentes de trânsito e violência em geral, ou seja, um acúmulo epidemiológico aponta que esse modelo não é suficiente para superar os grandes obstáculos presentes na população brasileira.

Outros enormes desafios gerados pela práxis biomédica, segundo Pasche e Hennington (2006), foram as formas de consumo de serviços de saúde com elevação de custos, com pouco impacto na saúde dos usuários, o alto consumismo de medicamento, o distanciamento profissional do compromisso com a qualidade de vida e a expropriação da autonomia decisória do usuário. Ainda sobre esse assunto os mesmos autores relatam que as contradições deste modelo produziram tensionamentos por dentro do sistema de saúde que apontavam a necessidade de implantar formas e padrões de assistência nos serviços e práticas, que impactassem nas condições sanitárias, ampliação do acesso e uso de recursos e tecnologias em saúde de forma racional (PASCHE; HENNINGTON, 2006).

É imprescindível dizer que a racionalidade biomédica no curso de sua história ainda demarca fortemente não apenas a concepção de saúde, mas sim “[...] determinando os modos de como produzimos nossos pensamentos e nossas práticas de atenção e de formação de trabalhadores na atualidade” (PASINI; GUARESCHI, 2010, p. 146). As autoras ainda reforçam que, ao longo dos anos de construção do SUS, permeia no campo da saúde uma disputa da racionalidade biomédica com a proposta inovadora de produzir uma saúde com base na institucionalização em 1990.

A relevância do modelo biomédico foi por provocar profundas reflexões, críticas e análises no campo da saúde, de ordem política, social e econômica (SILVA JÚNIOR, 1998; MENDES *et al.*, 1994; CAMPOS, 1992; MERHY, 1992 apud SILVA JÚNIOR *et*

al (2007). Esse movimento tem apontado para a necessidade de mudanças na compressão do que vem a ser saúde e o adoecer, e como se articulam no cenário da formação e do trabalho na produção de saúde.

A constituição da base político-ideológica da Reforma Sanitária brasileira dá-se no cenário de aumento dos gastos dentro da previdência social com assistência médica, do esgotamento do modelo médico assistencial privatista, privilégio de práticas curativas e individuais em detrimento das ações coletivas e preventiva, provocando tensionamento político. Era necessário ampliar os serviços de saúde, alocar recursos financeiros e atender aos segmentos que se encontravam desprotegidos, com o objetivo de democratizar a saúde como direito universal garantido pelo Estado e sob a égide da participação e controle social.

No início dos anos 80, avança a Reforma Sanitária brasileira com a organização do movimento pela conquista da saúde como direito universal e dever do Estado. Realiza-se, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que marca o reencontro do governo, movimento sanitário e movimentos populares, com a definição ampla do processo saúde-doença e cuidado, da construção dos três referenciais para a Reforma Sanitária Brasileira, a saber: o delineamento de um novo conceito de saúde; a saúde como direito de cidadania e dever do Estado; a instituição de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade, “[...] processo político e que expressa concepções sobre saúde e doença, direitos sociais, gestão, as relações entre as esferas de governo do país, entre outros” (MATTA, 2007, p. 61). O seu relatório final serviu de base para a elaboração da Seção Saúde da Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (LOS) – Lei N° 8080/90.

A década de 1980 representou uma nova fase de participação social nas políticas públicas de saúde. A realização da VIII Conferência Nacional da Saúde, em 1986, definiu o conceito amplo de saúde como “[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e o acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1988), produto “[...] das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (PUSTAI, 2004, p. 71).

A nova concepção de saúde destaca o papel protagonizante dos determinantes sociais na estruturação do processo saúde-doença e cuidado no reconhecimento da influência dos fatores socioeconômicos, culturais, políticos e ambientais sobre as condições de vida e de saúde das populações, para além do estado de ausência de doenças. Aponta ainda para a mudança do modelo assistencial e na tradução das necessidades de saúde, como “[...] produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural” (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p. 12).

A partir do SUS, a promoção da saúde configura-se como instrumento conceitual e político que envolve premissas, princípios; e metodológico, que se referem à intervenção, planos de ação, práticas etc., com enfoque no processo saúde-doença, ampliando e potencializando formas de intervir na saúde (SUCUPIRA; MENDES, 2002).

Para uma prática promotora de saúde é preciso ir além da prestação de serviços médico-assistenciais. Entre os desafios para materializá-la está o de incorporar o conceito amplo de saúde como resultante de fatores determinantes que incidem nas condições de saúde e vida das populações, e enfrentá-los para além do fator ausência de doença. Para Sucupira e Mendes (2002), promoção da saúde significa o indivíduo e as populações terem o direito a uma vida saudável, de não ter agravo para o qual já existem conhecimento e práticas disponíveis.

Em Buss (2000), promoção da saúde está ligada à qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Requer responsabilização múltipla, que engloba ação estatal na formulação e implementação de políticas públicas saudáveis, efetivação da articulação intersetorial, reforço na ação comunitária e reorientação do sistema de saúde (BUSS, 2000). A crise econômica, a política de ajuste macroeconômico, os limites do exercício da democracia e da participação são responsáveis pela deterioração das condições de vida e saúde da população latino-americana (SUCUPIRA; MENDES, 2002).

A partir da ampliação do conceito de saúde, que se destaca como um salto de qualidade para pensar, sentir e agir na referida área, ao mesmo tempo se configura como uma nova problemática para os usuários, gestores, profissionais e estudantes da saúde. Para Czeresnia (2009), a noção de promoção da saúde sobre a dimensão dos determinantes sociais da saúde é tão ampla como a própria noção de vida. Para a autora,

essa expansão conceitual envolve dimensões objetivas no âmbito global de um Estado, e subjetivas, a partir da singularidade e autonomia dos sujeitos. A autora ainda reforça, que “[...] não pode ser atribuído à responsabilidade de uma área de conhecimento e práticas” CZERESNIA (2009).

O debate acerca da promoção da saúde tem sido construído pelos atores e autores do campo da saúde pública e especificamente na saúde coletiva brasileira. Destaca-se também que o conceito de promoção da saúde tem gerado críticas, inclusive quando se dialoga com o SUS. Percebe-se que a dimensão teórico-conceitual e suas ações práticas não se restringem apenas às políticas públicas de saúde, e sim requer a participação de outros setores que apresentam uma relação direta com a qualidade de vida de uma determinada população. O que “seria” do setor saúde são os serviços assistenciais. Para Pasche e Hennington (2006), essa ideia poderia acarretar:

Por conseqüências, a secundarização da construção de estratégias de intervenções sobre os “núcleos duros” da gestão, da clínica e dos processos do trabalho, cujo escamoteamento dificulta, senão impede, a reversão do modelo de atenção e gestão, sugeridas pela promoção da saúde, (PASCHE; HENNINGTON, 2006, p. 33).

Por outro lado, destinar a promoção da saúde como algo que seja desenvolvido “por fora” do setor e serviços de saúde, reforça a crítica de que o setor saúde perderia sua especificidade, “[...] na desvalorização da práticas clínicas, uma vez que o objeto da saúde se deslocaria da doença e do risco de adoecer para saúde, transformado-se e confundido o objeto com o objetivo da ação sanitária” (CAMPOS, 1997 apud PASCHE; HENNINGTON, 2006, p. 34).

Para Lefevre, F. e Lefevre, A. (2004), em sua obra *Promoção da Saúde: a Negação da Negação*, é realocado o debate sobre a relação da promoção da saúde com a saúde e a doença enquanto algo positivo e negativo, a conferir: a negação primária da doença, que são seus efeitos no organismo, e a secundária, que nega as condições que geram as existências das doenças; para chegar na saúde positiva tem que passar pela doença e, conseqüentemente, pelo setor saúde, sendo a arena política e simbólica onde se travam as convergências e divergências entre as diferentes concepções da saúde e doença (LEFEVRE, F. e LEFEVRE, A., 2004).

Quanto à relocação da promoção de saúde nos caminhos do setor saúde, Lefevre, F. e Lefevre, A. (2004) afirmam:

Relocar a promoção da saúde nos trilhos do setor saúde vai permitir, pelo menos em tese, ver com clareza que as doenças, enquanto negatividades, são, paradoxal e dialeticamente, positivities, uma vez que constituem referências obrigatórias que nos permitem conceber, na teoria, e engendrar, na prática, a saúde enquanto positividade (LEFEVRE, F. e LEFEVRE, A., 2004, p. 33).

A noção e o conceito de doença, risco e transmissão, que têm sua base no conhecimento técnico-científico é um ponto de convergência nas práticas de promoção da saúde e prevenção de doença. Essa tendência pode causar uma confusão e indiferenciação em torno de suas práticas, pois a promoção implica transformações densas na forma de articular o conhecimento na operacionalização de suas práticas de saúde, e raramente é alegada e/ou praticada de modo explícito (CZERESNIA, 2009).

Outra reflexão acerca do conceito ampliado de saúde envolve a noção comportamento saudável, que tem como base estudos e pesquisas que apontam para uma relação de causa e efeito. No entanto, essa relação é medida através de instrumentos ou técnicas que desconsideram outras dimensões do viver. Por exemplo, a quantidade de calorias que devem ser consumidas, o tempo que deve ser gasto com práticas regulares de exercícios físicos, a relação entre o tempo de consumo de tabaco e a perda de anos potenciais de vida. Esse discurso é muito voltado para a obtenção de saúde e qualidade de vida, mesmo que ainda reforce a responsabilidade pessoal, como se os sujeitos tivessem a escolha entre ficar ou não doentes.

Nesse sentido, Caponi (2006) propõe outra reflexão para o conceito de saúde e sua relação com risco, a conferir:

[...], o conceito de saúde com abertura ao risco nos permite repensar os conceitos de prevenção e de promoção da saúde. Lembremos que, para Canguilhem, a saúde implica segurança contra riscos, audácia para corrigi-los e possibilidade de superar nossas capacidades iniciais. Nesse sentido, competirá aos programas de saúde coletiva criar estratégias de prevenção das doenças capazes de minimizar a exposição a riscos desnecessários e, ao mesmo tempo, gerar políticas de promoção da saúde que nos permitam maximizar a capacidade que cada indivíduo possui para tolerar, enfrentar e corrigir aqueles riscos ou traições que inevitavelmente fazem parte da nossa história (CAPONI, , 2006, p. 75).

As reflexões críticas acerca dos conceitos sobre saúde têm promovido ressignificações na busca da compreensão e materialização da saúde tão almejada, onde indivíduos e coletividades possam conduzir a vida da melhor forma possível, ou com redução e eliminação dos riscos de adoecer. Ao mesmo tempo, percebe-se que a doença pode gerar mudanças pessoais e coletivas significativas, ao ponto de obterem mais saúde, ou seja, produções de sentidos e significados na relação saúde-doença e vida.

Porém, observa-se que para efetivar qualquer dos conceitos de saúde, a participação do setor é imprescindível e, ao mesmo tempo, não pode também se limitar internamente, e tampouco delegar aos outros setores tamanha responsabilidade.

Esse debate ainda afeta toda a organização do SUS na sua consolidação do direito à saúde para além de uma política setorial, na busca de novas reorganizações da sociedade civil com o Estado que considerem as singularidades individuais, coletivas e *lócus* regionais, com alocação de recursos com vista às necessidades sociais de saúde.

Nesse sentido, sem desconsiderar os fatores inerentes ao processo de consolidação do SUS e do conceito de saúde brasileiro abordado anteriormente, torna-se imprescindível destacar o papel protagonista que a formação e atuação profissional em saúde podem desempenhar na luta pela materialidade do conceito ampliado de saúde.

As formulações teórico-conceituais em torno do que seja saúde geram desafios para o SUS, em especial para o trabalho em saúde e a formação. Romper com modelos hegemônicos de ensinar e aprender saúde de forma descontextualizada, fragmentada, com reprodução do conhecimento, mais conhecido como educação bancária¹⁰, é uma missão intensa, pois exige das instituições e das pessoas uma pedagogia que se aproprie de abordagens metodológicas criativas e críticas; estruturas com recursos garantidos no desenvolvimento do Projeto Político Pedagógico e avaliação como parte do processo para redefinir os rumos da formação. Em uma palavra, uma práxis pedagógica que afete na transformação dos sujeitos e contextos de atuação, com vistas a uma educação crítica para superação dos problemas no setor ou na própria formação em saúde.

No âmbito da relação trabalho e formação, apresenta-se semelhança com a produção de saúde, pois ambos têm como finalidade a produção de bens não materiais, no que se diferencia do trabalho fabril. O trabalho no campo da saúde pública para materialização do conceito ampliado de saúde exige do trabalhador uma postura ética, crítica e política em defesa dos princípios do SUS, visando à superação do trabalho

¹⁰ Paulo Freire (1979, p. 38) denominou como sendo o modelo de Educação Bancária o método de ensino e aprendizagem pautado na transmissão, imposição de conhecimentos ou “depósito” de saberes, na importação descontextualizada dos conhecimentos, na passividade dos educandos e na supremacia ideológica do saber científico sobre o popular. A consciência bancária afirma que quanto mais se dá, mais se sabe.

morto para o trabalho vivo¹¹ em ato, com uso racional de tecnologias em saúde: *duras, leve-duras e maximização das leves*¹² (MERHY, 2005).

Ainda sobre o trabalho e tecnologias em saúde, Merhy (2005) formula suas análises a partir de dois pensadores, Karl Marx e Taylo, um anticapitalista convicto, ao passo que o outro era capitalista por essência. Em análises das obras dos autores citados, Merhy coloca de forma muito simples a diferença entre o processo de trabalho, que tem como finalidade um objeto material; e o serviço de saúde, que produz bens simbólicos na mediação entre trabalhadores onde o objeto poder ser o corpo biologizado, o sujeito, a família e as coletividades com suas necessidades de saúde. A depender do que é capturado por objeto das ações do trabalho, desenvolve-se uma determinada prática, ou seja, a prática conforma o objeto (REIS, *et al*, 2007).

Outro aspecto destacado na micropolítica do trabalho na saúde proposto por Merhy (2005) é a interseção partilhada. É nesse encontro do agente produtor e o consumidor:

Que no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor, com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias de modo geral), com o agente consumidor, tornando-o em parte objeto da ação daquele produtor, mas sem que, com isso, deixe de ser também um agente que, em ato, põe suas intencionalidades, conhecimentos e representações, expressos como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde, para o momento do trabalho; e que no interior há uma busca de realização de um produto/finalidade (MERHY, 2005, p. 59).

A interseção partilhada se configura no ato do trabalho em saúde como um espaço importante e potente para mudanças e construção ousadas de práticas produtoras de saúde a partir da gestão do cuidado compartilhado com os sujeitos em ato. Outro destaque para esse encontro é o processo de ensino e aprendizagem com os atores em ato na construção de objetivos e metas comuns que busquem a qualidade da atenção à saúde.

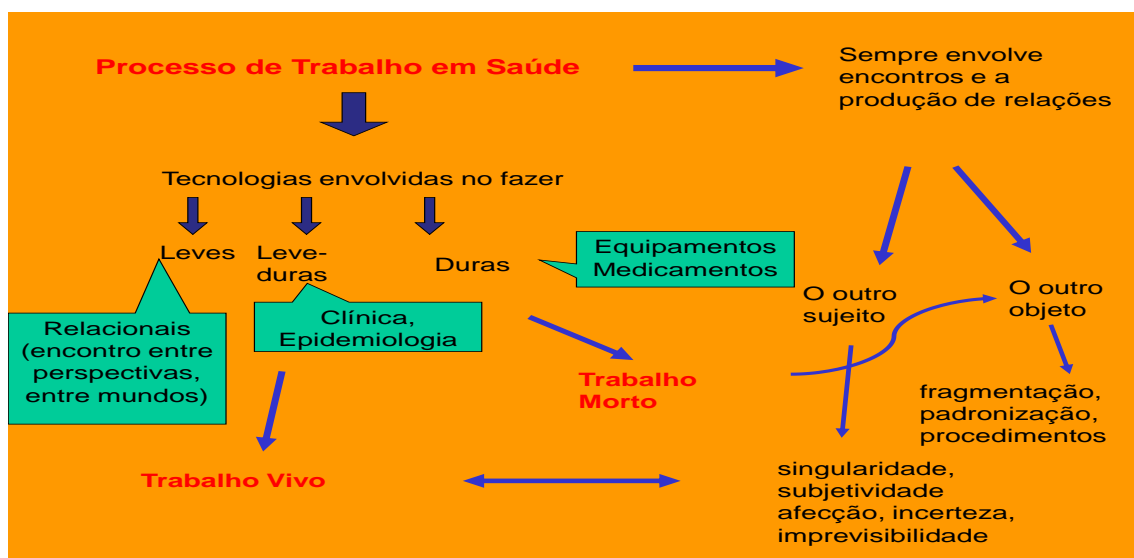
¹¹ Para Merhy (2002, p. 49), o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer produção em saúde.

¹² A classificação elaborada por Merhy referente às tecnologias em saúde são: leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalhos), leve-duras (como, no caso, os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e duras (como no caso de equipamentos de tecnologias do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais) (MERHY, 2002, p. 49).

É evidente que a escuta, o acolhimento e o vínculo se configuram como tecnologias importantes e potentes para produzir reflexões necessárias sobre o processo de saúde-doença e cuidado na relação entre o agente produtor e o consumidor, que busca a saúde enquanto valor de uso, útil e significativo para estar no mundo e poder vivê-lo, e não enquanto mercadoria, como um produto, da forma como é proposta pela lógica do capital.

O desenho elaborado por Laura Feuerwerker (2013) mostra o processo de trabalho em saúde e suas interfases entre as tecnologias em saúde, o trabalho morto e vivo e sua relação com o outro (objeto ou sujeito), bem como as consequências dessas relações, apresentado na figura 01:

Figura 01: Desenho referente ao processo de trabalho em saúde (FEUERWERKER, 2013).



Fonte: Apresentação proferida pela Professora Dra Laura Macruz Feuerwerker, no I Seminário de Formação de Pós-Graduação em Saúde, no dia 24 de julho, 2013, na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), na mesa Educação Permanente em Saúde: Compreensão e políticas indutoras.

Evidenciamos o quanto o processo de trabalho em saúde possibilita reflexões na e sobre a prática de saúde, abertura para construção de novos arranjos organizativos para a gestão do cuidado, bem como na gestão do setor e estímulo à participação dos usuários como sujeitos corresponsáveis pelos serviços de saúde e o controle social no desenvolvimento das políticas públicas de saúde.

Na busca por articular saúde, educação e trabalho, como visto nos conceitos mencionados nesse estudo, destacam-se dois paradigmas: o técnico e o reflexivo, apontados por Parreiras e Martins Júnior (2004) como base para compreender suas interfaces no campo da saúde. Para a saúde, o paradigma técnico se configura na biomedicina, e o reflexivo aponta para novo modo de pensar e agir sobre saúde e seus determinantes, pois exige dos estudantes e profissionais uma postura mais crítica e propositiva frente às necessidades de saúde.

Em relação à educação, o paradigma técnico se ancora na educação bancária, diferente da educação enquanto práxis libertadora, que remete ao pensar e agir criticamente. E sobre o trabalho morto, o paradigma técnico se configura quando transforma o cuidar apenas em procedimento focado na doença, e o trabalho vivo remete ao paradigma reflexivo ao passo que a relação profissional entre saúde e usuário é permeada pelas tecnologias leves.

É com a tomada de consciência prática que a interrelação saúde e educação a partir do trabalho em ato podem produzir aprendizados significativos e novos saberes. Nesse sentido, faz-se necessário investir em processos e pessoas que possibilitem a construção de abertura para práxis em saúde não para fazer juízo de valor, e sim apostar na potência do cotidiano dos serviços de saúde enquanto instâncias para ação-reflexão-ação na e sobre os arranjos produtores de saúde, mas que leve em consideração os fatores externos e internos no setor saúde para apropriação do lugar, dos problemas, das possibilidades e dos desafios, buscando construir novos caminhos para a saúde enquanto bem social.

Para a materialização e produção de processos significativos para os sujeitos envolvidos no campo da saúde, a educação dos trabalhadores deve romper os distanciamentos dos processos formativos dos acontecimentos do mundo e superar a lógica da educação enquanto transmissão de conhecimento/informação. Uma formação para mudanças das práticas dos trabalhadores deve primar pelo refletir, pensar e agir não *para*, e sim *com* o outro.

É na relação com o outro - que pode ser o profissional, o gestor, o docente, o discente e o usuário dos serviços de saúde na construção de produção de cuidados - que conformam-se espaços produtores de encontros permeados por subjetividades, abordagens e dimensões pedagógicas pelos atores envolvidos. Assim, conforme Silva e

Cabellero (2010), ambas defendem que o trabalho, a educação e o cuidado em saúde são desenhos relacionais, e a interação destes campos e dos atores produz constantemente ressignificação e aprendizagem dos processos vividos. Para contribuir com essa dimensão Barros, M. e Barros, R. (2010, p. 79) reforçam que “[...] a formação em situação, tal como o trabalho situado, nos convoca a habilitar este plano de experimentação, plano onde pensar, fazer, aprender, trabalhar, viver não se dissociam”. Assim, não existe separação real entre trabalho em situação, em ato, e os processos de formação pelo trabalho, ou seja, durante o processo de trabalho em saúde ou educação pelo trabalho, institucionalizado ou não, existe uma produção pedagógica (HECKET; NEVES, 2010).

2.1.2 A política de educação pelo trabalho no SUS: a educação permanente em saúde e qual o perfil de egresso da Residência Multiprofissional em Saúde da Família no Brasil e no Ceará?

Esse debate sobre as conexões entre saúde, educação e trabalho no setor saúde tem mobilizado pessoas, instituições e experiências brasileiras para repensar a formação e atuação profissional na produção de cuidado em saúde. Essa preocupação é demarcada na Constituição Federal, inciso III, artigo 200, que se configura como um marco, através do termo “[...] ordenamento da formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 1988), sendo este da competência do Sistema Único de Saúde. Esse trecho da Constituição faz uma diferença, quando explicita que a formação desde a graduação e durante a atuação profissional no SUS deve se ancorar nos princípios, diretrizes e nas necessidades de saúde dos usuários e no próprio setor.

Diante do avanço constitucional do art 200, inciso III, reaparece um grande desafio, que é criar as condições necessárias para materialização desta complexa responsabilidade que é a formação de trabalhadores para SUS, de forma que articule conceito ampliado de saúde, educação/formação e o cotidiano do trabalho nos serviços de saúde. Em 2003 foi formulada a Política de Formação e Desenvolvimento de Trabalhadores para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2003). A construção de uma política de formação e desenvolvimento profissional parte da reflexão sobre a limitação sobre as práticas de formação e de capacitação dos

profissionais, bem como do isolamento profissional e a limitação da sua prática técnica para a implementação da política pública do SUS, que visa à saúde como um direito, ancorada no conceito ampliado da mesma, com atenção integral e acesso universal.

A educação permanente é o “[...] conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas” (BRASIL, 2009, p. 20) entre ensino, serviço, gestão e controle social. Ceccim e Feuerwerker (2004) consideram que a política de educação em saúde deve ser capaz de impactar no *ensino* como importante instrumento para o desenvolvimento técnico profissional e da alteridade com os usuários; na *gestão setorial*, enquanto política pública governamental; na *atenção*, no ordenamento e na articulação da rede na prestação de serviços de qualidade, pautados na integralidade e humanização; e no *controle social* para o desenvolvimento da autonomia das pessoas e a democratização da condução e gerenciamento da política de saúde.

O conceito pedagógico da Política de Educação Permanente em Saúde proposta pelo Ministério da Saúde nasce no campo da educação na década de 60, visando a educação de adultos, que apresenta suas especificidades. Em seguida tem como marco a orientação da Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde, na década de 80, que propõem a reorientação dos processos de capacitação de trabalhadores inseridos nos serviços de saúde, tomando como eixo central da aprendizagem o trabalho cotidiano nos serviços (BRASIL, 2005c).

A política de EPS apresenta também seus princípios de base humanista e objetivando o desenvolvimento cultural. Nesse sentido, Laura Feuerwerker (2013) apresenta os princípios da Educação Permanente em Saúde, que se propõem à mudança nas práticas, nas relações com outro enquanto um ato educativo e pedagógico para a vida.

Reconhecimento de que o homem está em permanente processo de produção: o homem tem vários possíveis, que precisam ser ativamente construídos. Reconhecimento de que não há uma “ignorância” total, mas, sim, necessidades de aprendizagem para a produção do desenvolvimento cultural. Necessidades de aprendizagem que precisam ser reconhecidas em diálogo com os próprios grupos e que variam de situação para situação e ao longo do tempo. O processo de aprendizagem deve partir dos conhecimentos já adquiridos e estar baseado num processo de autoanálise e autorreflexão (FEUERWERKER, 2013, p. 18).

Em relação à dimensão educativa, a EPS deve ser pautada na concepção pedagógica transformadora e emancipatória de Paulo Freire (2006) – aprendizagem significativa e problematizadora, na busca da transformação das práxis de saúde,

reconhecendo a complexidade e a potência educativa do próprio trabalho, concebido não apenas no seu sentido instrumental, mas também como espaço de problematização, diálogo e construção de consensos para melhoria da qualidade da atenção à saúde (PAIM, 2002; CECCIM, FEUERWERKER, 2004, CECCIM, 2005).

Em 2003, a política de EPS apresentava os objetivos para construção de estratégias para a materialização nas esferas municipal, estadual e federal. Segundo Merhy *et al.* (2006):

Produzir novos contratos e novos acordos de negociação coletiva no SUS; ter como foco os processos de trabalho: atenção, gestão, participação e formação; ser destinado equipamentos organizados pelos trabalhadores, ou seja, uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar; gerar ou produzir busca coletiva organizada para a produção e gestão de recursos humanos, como o olhar "Outros" é essencial para criar a possibilidade através de problemas e detectar "Desconforto"; permitindo estratégias de construção maior potencial para ser posto em prática porque os diferentes atores estavam envolvidos de fato sua proposição; introduzir a noção de produção coletiva em vez da noção de recursos humanos ou capital humano (MERHY *et. al.* 2006, p. 154).

Nesse sentido, a EPS apresenta uma estrutura para seu desenvolvimento que deve emergir a partir do trabalho em saúde na perspectiva da produção de cuidado para a gestão do cuidado, integralidade da atenção e da rede de saúde, a conferir (MERHY, *et. al.* 2006):

Pressuposto Pedagógico: As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimentos, valores, relações de poder, organização do trabalho, entre outros). A aprendizagem requer que se trabalhe com elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa), assim possibilita criar novos sentidos (criar e recriar relações), centrado nas relações. *Objetivo Principal:* Transformação das práticas. *Público:* equipes de atenção e de gestão em qualquer esfera do sistema, docentes, estudantes e usuários. *Planejamento/ Programação Educativa Ascendente:* a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) enfrentados na atenção e/ou na gestão, na formação e na educação popular. Possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas. *Atividades Didático-Pedagógicas:* muitos problemas são resolvidos/equacionados em situação. Quando necessárias, as atividades educativas são construídas de maneira ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipe. As atividades educativas são construídas de maneira articulada com as medidas de reorganização do sistema (atenção, gestão, educação, controle social), que implicam acompanhamento e apoio técnico. *Repercussão Educativa:* constituição de equipes para apoio técnico em temas específicos prioritários; instituição de processos de assessoramento técnico para formulação de políticas específicas; desenvolvimento de habilidades assistenciais; desenvolvimento de capacidades pedagógicas; racionalidade ético-estético-política na condução de processos e métodos (MERHY *et. al.*, 2006, p. 155).

A partir do processo de trabalho, que se organiza a partir do referencial teórico e metodológico da EPS, os profissionais de saúde buscará romper com a lógica de formações e trabalho em saúde de forma fragmentada e descontextualizada. Essa prática tem sido um desafio para os sistemas locais de saúde, bem como minimiza os distanciamentos e integra serviço, gestão, controle social e ensino. A ideia é que, independentemente de onde estejam institucionalizados os processos formativos, faz-se necessário criar estratégias pedagógicas para alcançar o quadrilátero da Educação Permanente em Saúde (EPS). Assim, acredita-se que, nessa perspectiva teórica e metodológica, os sujeitos em formação terão uma compreensão ampliada da complexidade do SUS e abertura para poder intervir, buscando a transformação dos sujeitos e, conseqüentemente, suas práticas.

A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundante às transformações do trabalho no setor saúde para que venha a ser lugar para uma práxis crítica, reflexiva, propositiva, compromissada, tecnicamente competente, despertando os profissionais para o desenvolvimento de uma abordagem congruente com a necessidade de saúde da população, que estimule os profissionais a repensar cotidianamente sobre seu fazer e transformar a realidade com vista à promoção da qualidade de vida das pessoas. Nessa perspectiva, a política de EPS tenciona para tornar a rede de serviços de saúde uma complexa rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho (CECCIM, 2005; SILVA; CABELLERO, 2010).

Nos últimos anos, uma das iniciativas que vem sendo formuladas para formação pós-graduada é a modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS). Esse processo conta com o apoio de secretarias municipais, estaduais e do Ministério da Saúde. Esse arranjo de educação profissional de caráter multiprofissional e interdisciplinar, de nível de formação pós-graduada *lato sensu*, pretende aproximar a formação profissional em saúde da realidade social e do trabalho no SUS, qualificando os profissionais para atuarem no sistema, através de metodologias de ensino-aprendizado em serviço (pelo trabalho), mediante acompanhamento pedagógico de docente em serviço.

A RMS é uma estratégia de formação em saúde a qual desemboca no processo de construção do SUS desde sua institucionalização, atualmente se localiza na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), e cuida da política

de EPS. Não diferente dos demais processos de implantação e consolidação de ações e estratégias políticas que formam o setor saúde, a RMS dispõe de um arcabouço legal e jurídico que se encontra em construção permanente com avanços, recuos e desafios ao longo de sua existência (SOUSA, 2012).

Um dos avanços que podemos destacar é que a residência era uma formação restrita para a categoria médica, reconhecida desde 1970. Em 1977, é constituída a Comissão Nacional de Residências Médica (CNRM), que regulamenta as residências médicas como uma modalidade de ensino de pós-graduação, destinadas apenas para médicos, funcionando em Instituições de Saúde (FEUERWERKER, 1998). Passados 27 anos, em fevereiro de 2005, foi publicada a Medida Provisória nº 238/2005, um passo para garantir a regulamentação da Residência em Área da Saúde para as demais profissões da Saúde, independente da categoria médica (BRASIL, 2005). Contudo, no mesmo ano, é aprovada a Lei Nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que institui a Residência em Área Profissional da Saúde definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuada a médica (BRASIL, 2005).

É importante destacar o fato de ser recente a sua regulamentação, alguns municípios apresentavam experiências de residências multiprofissionais, como o programa de Residência em Saúde Comunitária do Centro de Saúde Escola Murialdo da Escola de Saúde Pública de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, que iniciou suas atividades em 1976 e no ano seguinte inseriu vagas para Enfermagem, Serviço social e Médicos Veterinários (MULLER; HAAG; SILVA, 2001). Em Sobral (CE), em 1999, iniciou o programa de RMSF, inicialmente para os profissionais de Medicina e Enfermagem, e dois anos depois inseriu outras categorias, como Educação Física, Nutrição, Serviço Social, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Odontologia e Farmácia (MARTINS JÚNIOR, 2008).

Entre as experiências e legislação observa-se a fragmentação do processo de formação pelo trabalho, quando a Lei Nº 11.129, de 30 de junho de 2005, traz a exclusão da categoria médico; talvez mais desafiador fosse incluir essa categoria, ampliando para possíveis inserções de profissionais médicos em programas multiprofissionais em saúde. Mesmo que essa inserção não seja legalizada, isso não significa dizer que no campo da prática essa articulação não aconteça, afinal, toda a

equipe é corresponsável pela formação, seja do médico em sua residência específica, ou das demais categorias em programa multiprofissional.

A implantação de programa de residência multiprofissional em saúde exige estruturas e processo para legitimar sua manutenção. A lei supracitada, em seu artigo 14º, aponta para criação de uma Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e no 15º o financiamento de bolsas para o corpo discente e docente para todos os níveis de formação inicial e pós-graduações, como especializações, aperfeiçoamento e residências (BRASIL, 2005).

É importante registrar que essa portaria gerou articulações entre os Ministérios da Saúde e da Educação, com a finalidade de garantirem a regulação dos investimentos, seleção de projetos, financiamentos, credenciamento e certificação. Essa intersetorialidade ministerial incidiu nas Portarias Nº 1.111, de 05 de julho de 2005, que normatizava a concessão de bolsas para a Educação pelo Trabalho, e na Portaria Nº 2.117, de 03 de novembro de 2005, que instituiu a Residência Multiprofissional em Saúde no âmbito do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde, com a função de criar, estabelecer e regular os programas a partir de suas diretrizes e normas (BRASIL, 2005).

Ainda em 2005, os dois ministérios estabeleceram uma cooperação técnica na direção da Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos na Área da Saúde, tendo como objetivo desenvolver estratégias que articulem as bases epistemológicas da saúde e da educação superior para a formação de recursos humanos em saúde, coerente com o SUS, com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), por meio da Portaria Interministerial Nº 2.118, de 03 de novembro de 2005 (BRASIL, 2005).

Corroborando com essa intersetorialidade no campo da formação em saúde, Sousa (2012) aponta que foi uma das articulações mais necessárias, e que demonstra um avanço no campo da formação em saúde quanto ao fomento de estratégias de educação pelo trabalho ainda na graduação, como o PET Saúde e Pró-Saúde.

Paralela à questão do arcabouço jurídico entre os ministérios sobre a conformação da RMS e sua CNRMS, em dezembro de 2005 foi realizado o I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Nesse encontro, além do debate sobre essa modalidade, iniciou-se o processo de organização do Fórum Nacional de

Residentes Multiprofissionais em Saúde (FNRS). Em 2006, aconteceram três seminários regionais sobre Residência em Saúde, que resultou na preparação no II Seminário Nacional de Residência em Saúde; e na construção do Fórum Nacional de Coordenadores de Residências, e Fórum Nacional de Preceptores e tutores de Residências em Saúde.

Os fóruns têm sido espaços de participação social com debates permanentes acerca da formação em saúde para SUS, na identificação das problemáticas e potencialidades dos programas e avaliação dos rumos da política de residência, bem como resistência aos ataques contra os princípios e diretrizes do SUS para permanência desta modalidade de formação. Esses movimentos se constituem enquanto coletivos protagonistas nas formulações de orientações, práticas e conceitos que emergem do “trabalho vivo” e “em ato” para o cenário da formação (CECCIM, 2010).

Em janeiro de 2007 foi publicada a Portaria Interministerial nº 45, a qual determina que todas as residências em saúde, sejam multiprofissionais ou profissionais, no âmbito dos serviços de saúde, serão orientadas pelos princípios do SUS. Para Ferreira e Olschowsky (2010) e Sousa (2012), a portaria tem sido um avanço para as políticas de formação de trabalhadores do SUS, fruto do movimento do II Seminário sobre Residência em Saúde, e evidencia a força da organização dos Fóruns na luta e em defesa da residência em saúde.

Essa portaria aponta para a questão da carga horária de 40 a 60h e os eixos que devem nortear a elaboração e o desenvolvimento dos programas de residências em saúde, seja multiprofissional ou uniprofissional. São estes eixos nos quais os programas devem se ancorar para o desenvolvimento de residências em serviços de saúde, que representem a realidade sócio-epidemiológica do país; trabalhem com a concepção ampliada de saúde; esteja em sintonia com a Política Nacional de Educação Permanente; utilizem de estratégias pedagógicas com foco na integralidade e na interdisciplinaridade; integre ensino-serviço-comunidade; articule-se com diferentes níveis de formação desde a educação profissional, graduação até a pós-graduação; dialoguem com a Residência Médica; e principalmente, um sistema de avaliação que seja dialógico e permita a participação das instituições formadoras, coordenadores de programas, corpos docentes, residentes, gestores e gerentes, e o controle social do SUS (BRASIL, 2007).

A partir dos eixos norteadores, extrai alguns pressupostos para os programas de residência, que em linhas gerais são o trabalho em equipe sob a égide da multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; a integralidade enquanto eixo central do processo de educação pelo trabalho, na visão de saúde não como ausência de doença, e sim o conceito mais ampliado que pense e articule os determinantes sociais da saúde; e o direito do usuário à assistência de qualidade; a noção de rede de cuidado com articulação dos adensamentos tecnológicos a partir das necessidades do usuário, com olhar e escuta sensível sobre a dimensão da educação permanente como eixo estruturante para ressignificação dos saberes e das práticas em saúde.

Um desafio que é fruto da complexidade tanto territorial, da conjuntura política do SUS e das especificidades locais é a questão da diversidade de abordagens pedagógicas e desenhos operacionais no modo de desenvolver programas de residência. Talvez essa diversidade se configure na riqueza e na invenção de fazer residência, mas ao mesmo tempo pode também fragilizar, dificultando a implantação de processo que regule e avalie os rumos de cada programa, e a própria política (SOUSA, 2012).

Ainda em 2007, a Comissão Nacional de Residências Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (CNRMS) passou a trabalhar e seus membros foram efetivados através da Portaria Interministerial Nº 698, de 20 de junho do mesmo ano. O grupo da CNRMS esteve voltado para a organização do processo interno, mediante a construção do Regimento Interno da Comissão e com um esboço de requisitos mínimos para os programas de Residência Multiprofissional em Saúde que contempla todas as categorias da saúde definidas na resolução 287, de 8 de outubro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde, excetuada a categoria médica.

Nos dois anos de funcionamento da Comissão instituída a partir da Portaria nº 45, o que se percebia eram dificuldades operacionais que prejudicaram o movimento dos trabalhos; no entanto, apresentava uma abertura para um diálogo democrático de negociação e para a construção das residências, fortalecendo sua conexão com a consolidação do SUS e a democratização da formação em saúde, bem como mantendo permanente diálogo com os movimentos sociais e profissionais da área da saúde, por meio de Seminários e Fóruns Nacionais.

Entre várias questões que primam pela qualidade do processo de residência, uma destas tem sido a carga horária, cuja definição foi por muito tempo de responsabilidade

do próprio programa. Para resolver essa questão e com base nas residências médicas, foi lançada a Portaria N° 506, em 24 de abril de 2008, pelo Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, que determinou que a carga horária das Residências Multiprofissionais deveria funcionar em sessenta (60) horas semanais. Esse espelhamento das residências médicas causou, segundo Sousa (2012, p. 61), “[...] polêmica e dividiu o grupo da CNRMS, pois o argumento foi a equiparação da bolsa das residências multiprofissionais aos da área médica, se também houvesse equiparação da carga horária”.

A seguir, em 2008, mais uma portaria entra em cena para definição do papel da CNMRS, reforçando a sua função de regulação, normatização, certificação e avaliação dos programas a partir dos princípios e de diretrizes do SUS, essas definições encontram-se publicadas na Portaria Interministerial N° 593, 15 de maio de 2008. Ainda de maneira generalista, a proposta de avaliação dos programas, mesmo considerando os princípios e as diretrizes do SUS, que são um avanço, geram um desafio operacional ao considerar a quantidade de modelos de programas, arranjos operacionais, enfoques e cenários de práticas distintos. Provavelmente, a CNRMS necessita de apoio dos programas e de seus atores para construir a residência que o SUS necessita, com indicadores de avaliação definidos, perfil de docente, bem como perfil de residente para inserção e egressos de programas de residência.

Paralelamente aos processos de deliberações da CNRMS, o movimento organizado através dos Fóruns buscava a articulação para os encontros nacionais em formato de seminários. Nesse sentido, em 2008 ocorreu o III Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde, em Brasília, “[...] visando à construção coletiva de acompanhamento das residências multiprofissionais e em área da saúde” (BRASIL, 2009).

Em 2009 aconteceu um grande fato, que afeta todos os envolvidos no processo: foi lançada pelo Ministério da Saúde e o Ministério da Educação a Portaria conjunta N° 1.077, de 12 de novembro de 2009, onde definiram uma nova composição, retirando o Fórum de preceptores, coordenadores; Fórum de residentes e entidades, como o Fórum de Entidades Nacionais dos Trabalhadores na área da Saúde (FENTAS); e Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS); dando uma nova configuração política à Comissão (SOUSA, 2012).

O processo de legitimação da nova composição da CNRMS revela uma contradição e um retrocesso. Como resolver as problemáticas da política de residência multiprofissional com a exclusão dos movimentos organizados que surgem por dentro das residências, que são os Fóruns dos segmentos (residente, preceptores/tutores e coordenadores), os quais compõem e desenvolvem os programas? Essa atitude arbitrária trouxe em seu discurso a necessidade de agilizar os processos de regulação, através de seu poder jurídico, conformando as residências em saúde através de portarias, minutas e resoluções. Uma de suas deliberações foi a garantia de bolsa para residentes por parte do Ministério da Saúde e Educação, na intenção de articular o financiamento pela tripartite (município, estado união) para concessão de bolsa para o corpo docente (SOUSA, 2012). Esse processo político tem gerado desgastes e preocupações, pois o financiamento é também fundamental para continuidade dos programas, bem como ampliado embates entre os Fóruns e a CNRMS.

Com a nova composição da CNRMS, os trabalhos tiveram seguimento em 2010 e 2011 com a articulação interministerial, com ausência da representatividade dos Fóruns organizados e mais participação do Ministério da Educação na regência dos trabalhos da CNRMS. Uma crítica sobre a relação interministerial, em especial ao Ministério da Educação, antes era espectador, e após a Lei 11.129 e sua regulamentação pela Portaria 2.117, tem se “[...] colocado mais à frente no cenário, propondo inclusive a criação de programas multiprofissionais, articulados com o SUS, no âmbito dos hospitais universitários, dispendo-se a financiar bolsas para sua efetivação (que entende importantes para a inovação da atenção à saúde no âmbito dos hospitais de ensino)” (FEUERWERKER, 2010, p. 2).

Além das atribuições previstas para a CNRMS desenvolver, as Portarias divulgadas versaram sobre a carga horária, duração e avaliação da residência; a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), instância de cogestão dos programas; estrutura e funcionamento da referida Comissão; a regulamentação de funcionamento dos programas; o estabelecimento de regras e normas para questões referentes à transferência de residentes, licenças, tratamento, entre outros (SOUSA, 2012).

Em seguida foi realizado o IV Encontro Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde. Esse espaço foi tensionado pelos Fóruns

e outros movimentos, como Rede Unida, Fórum de Entidades Nacionais dos Trabalhadores na área da Saúde (FENTAS) e Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS), com o apoio do Conselho Nacional de Saúde, CONASS e CONASEMS.

Em 2011 aconteceu o IV Seminário Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde, com objetivo de discutir a concepção político-pedagógica dos programas de Residência Multiprofissional e em área profissional, a política e a gestão de financiamento destes, assim como a legitimidade da atual composição da CNRMS (SOUSA, 2012). A partir do IV Seminário, o que se observa é a continuação de Encontros Nacionais e Regionais de Residência Multiprofissional em Saúde em articulação com os movimentos sociais do campo da educação na saúde, para manter a chama dos debates, organização política em torno dos programas de residência.

Os encontros regionais e nacionais organizados pelos fóruns, em especial dos residentes multiprofissionais, com o apoio do Ministério da Saúde e movimentos sociais, têm sido espaços potentes para formação política dos sujeitos, definição de estratégias e ações em defesa da formação em saúde, bem como definição de princípios de diretrizes que venham a contribuir para o desenvolvimento da política e dos programas.

Nesse sentido, em 2006, o coletivo de residentes elaborou cerca de 14 (quatorze) princípios e diretrizes que versam sobre a formação em residência em saúde, a conferir:

[...] articulação orgânica com os princípios do SUS; concepção ampliada de saúde, considerando o sujeito enquanto ator social, responsável pelo seu processo de vida; a residência como espaço de educação permanente, dispositivo potencial para promover mudanças dos modelos de gestão e atenção do sistema; utilizar uma pedagogia problematizadora; pensar a formação sob a perspectiva de linhas de cuidado, utilizando a rede de atenção como espaço de aprendizagem; organização dos eixos pedagógicos sob a perspectiva de áreas de cuidados como estratégia de formação com base na integralidade; integração ensino-serviço; integração de saberes; parceria institucional para viabilizar o processo de estruturação, execução, avaliação e manutenção das residências; integração com IES, como medida de aproximação entre pós e graduação; regionalização e descentralização; interiorização do trabalho em saúde, amenizando a dificuldade de acesso a tecnologias de cuidado em saúde em áreas afastadas dos centros urbanos e avaliação e monitoramento dos programas como um processo de educação permanente em serviço (BRASIL, 2009, p.10-12)

Essa produção, elaborada de forma coletiva pelos residentes multiprofissional do Brasil, mostra bastantes elementos que são fundamentais não apenas para os programas de residências, mas também em defesa do SUS, para intersectorialidade das políticas de formação e a ampliação do acesso dos usuários aos cuidados em saúde.

Até o presente momento, o que a CNRMS tem elaborado para orientar os programas de residência é, de certa forma, o que está posto para o SUS, como os seus princípios e diretrizes, a integração ensino-serviço-comunidade, ou seja, educação pelo trabalho, aprendizagem significativa, trabalho em equipe multiprofissional/interdisciplinar (campo e núcleo de saberes e práticas), itinerário de linhas de cuidado, adotando metodologias e dispositivos da Gestão da Clínica Ampliada. Destacam-se ainda questões operacionais, como a organização operacional nas 60 horas semanais, atividades teóricas, teórico-prático e definições sobre o papel dos docentes que compõem a residência em saúde, tutoria, preceptoria e coordenação dos programas (BRASIL, 2011).

Essa reflexão permeada pela apreciação dos documentos e trabalhos sobre a RMS partiu da necessidade de encontrar quais indicadores, competências ou perfil de egresso essa política pretende formar, que considere a educação pelo trabalho em saúde, em arranjo de equipe multiprofissional e em especial no cenário da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família?

O que se percebe é a ausência de critérios mais consolidados que possibilitem análises e avaliações, tanto do programa, e em especial do impacto da residência na formação dos residentes, configurando como um desafio para todas as instituições e atores envolvidos nos programas de RMS. Essa constatação reforça o estudo realizado por Sousa (2012, p. 62), quando este aponta, ainda de modo geral, que “[...] não houve avanço no quesito avaliação pedagógica dos programas, até mesmo as diretrizes pedagógicas encontram em minutas e avaliação em fase de construção”.

O que existe são as diretrizes gerais, como conceito ampliado de saúde, integralidade, trabalho em equipe multiprofissional, interdisciplinaridade, linha de cuidado, educação permanente em saúde, e os princípios e diretrizes do SUS. Alguns estudos, como os de Demarco, (2011), Scherer (2006) e Oliveira (2007), mostram como resultados as diretrizes, ou parte delas, e em relação aos princípios do SUS percebe-se a integralidade como categoria presente na formação do residente. Porém, Sousa (2012)

ressalta que qualquer estudo que tenha por objetivo avaliar o impacto das RMS terá que considerar o perfil da instituição ofertante, bem como o Projeto Político Pedagógico que norteia o programa (grifo nosso).

Em meio aos processos de legislação para política de RMS, abordaremos elementos que foram e são fundamentais para construção de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), no Brasil e no Ceará, especificamente nos municípios de Sobral e Fortaleza, e o que versam os projetos políticos pedagógicos sobre os egressos dos referidos programas, pioneiros no Ceará.

A proposta de formar profissionais de saúde para Atenção Básica no modelo técnico-assistencial em saúde da família é reflexo do movimento da reforma sanitária brasileira, da inserção do conceito ampliado de saúde na constituição, da ineficiência da formação inicial e atuação profissional centrada no modelo biomédico, bem como a necessidade de ampliar o campo da Estratégia Saúde da Família com a inserção de outros núcleos de saberes e práticas ressignificadas a partir das necessidades sociais de saúde do usuário, coletividades e do próprio setor.

Criado em 1993 e conhecido como Programa Saúde da Família, teve suas origens em 1987, através de um programa emergencial para o atendimento às vítimas da seca, quando inseriam os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que se configurou em Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e mais tarde, especificamente na cidade de Quixadá, no sertão do Ceará, essas mulheres ajudaram a gerar o PSF (LAVOR; C. e LAVOR, M. 2004). Para Campos (2006), com a inserção do PSF na Atenção Básica, o sistema vai se estruturando, os municípios passam a demandar este novo profissional e vão se evidenciando as contradições entre as mudanças ocorridas no Sistema de Saúde e a formação em saúde.

Durante o ano de 1997, organizados pelo Ministério da Saúde, foram fomentados espaços de debates para reflexão sobre residência em saúde da família, devido ao preparo insuficiente dos profissionais para apreender e intervir na multicausalidade dos processos de saúde-doença individuais ou coletivos (WARDERLEY, 2010).

Em 1999, o então Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, junto aos atores do Movimento Sanitário, articularam-se

formando grupos interessados em criar, reavivar e reinventar residências em saúde da família; esse grupo de trabalho elaborou a seguinte proposta:

[...] criar um modelo de Residência Multiprofissional, onde embora fossem preservadas as especialidades de cada profissão envolvida, seria criada uma área comum, especialmente vinculada ao pensamento da velha saúde pública, acrescida de valores como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento (CAMPOS, 2006, p. 6).

Em 2002, este seminário resultou na implantação de 19 residências multiprofissionais em saúde da família, com financiamento do Ministério da Saúde, com formatos diversificados, mas dentro da perspectiva de trabalhar integradamente com todas as profissões da saúde (CAMPOS, 2006). Algumas delas já estavam em andamento e esse processo contou apenas com os representantes do movimento sanitário, com a ausência da “[...] representatividade do Ministério da Educação” (ROSA; LOPES, 2010, p. 490).

É importante destacar que o movimento sanitário e o Ministério da Saúde, ao perceberem as necessidades de mudanças na formação profissional desde a graduação, têm participado ativamente nos processos de mudanças para formação de recursos humanos, na perspectiva de que os sujeitos apreendam a complexidade, a dinamicidade, a singularidade dos processos de saúde-doença e cuidado, bem como os aspectos pertinentes à gestão e controle social do setor saúde. Rosa e Lopes (2010), em seu estudo, sinalizam que:

Dentre as políticas de formação de recursos humanos para a saúde, especialmente para o SUS, a Residência Multiprofissional em Saúde foi, nessa perspectiva, apresentada como uma estratégia do Estado que objetiva uma formação específica, com vistas a instituir um arsenal de profissionais com perfil para modificar práticas atuais e para criar uma nova cultura de intervenção e de entendimento da saúde no âmbito da implantação do SUS, através da formação em serviço. O Programa da Residência Multiprofissional em Saúde propõe a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, observando a necessidade de qualificação de todas as profissões da saúde [...] Prevê uma série de ações que possibilitem a atenção integral à saúde, dando enfoque especial à Atenção Básica (ROSA e LOPES, 2010, p. 491).

É nesse cenário de implantação e expansão da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família que vem sendo gerada a necessidade de mudança da Educação na Saúde, com o objetivo de alcançar os interesses do SUS como aprendizagem significativa, a partir do cotidiano de trabalho, enquanto espaço educacional para transformações das práxis em saúde.

Ao contextualizar o processo de implantação do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do município de Sobral, é fundamental compreender os princípios que orientaram a reorganização da atenção à saúde no Brasil e que legitimam as mudanças e as inovações em tecnologia nas estratégias de saúde, nos níveis de atenção primária, secundária e terciária na melhoria da qualidade de vida de uma nação.

Nesse sentido, a Reforma Sanitária, diante do desafio do trabalho em saúde, da formação ainda voltada para os modelos biomédicos e das necessidades sociais de saúde, dispõe, através da Constituição Federal brasileira de 1988, a legitimação legal do SUS e suas atribuições, e a formação de recursos humanos na área da saúde. Na Lei nº 8080 (Lei Orgânica da Saúde), que regulamenta o sistema de saúde, no parágrafo único do seu art. 14, fala que os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e a pesquisa.

Outro grande passo foi a política de educação permanente implementada desde 2004 pelo Ministério da Saúde, tendo como enfoque a educação e o trabalho, a aprendizagem significativa, a relevância social do ensino e as articulações da formação para o profissional organizado com saberes técnicos e científicos, e com uma postura ética da vida e das relações (BRASIL, 2005).

No município de Sobral, a educação permanente entrou em cena junto com o processo de organização da saúde, pois já apontava para a necessidade de criar um sistema favorável à capacitação dos profissionais de saúde como estratégia de mudança do modelo médico assistencial e hospitalocêntrico, junto ao novo paradigma da saúde como qualidade de vida (SOUSA, *et al*, 2008).

Em conjunto com a mudança do modelo de saúde, surge, em 1999, a primeira turma de Residência em Saúde da Família, uma formação de modalidade de pós-graduação *lato sensu*, desenvolvida pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, em parceria com a Universidade Estadual Vale do Acaraú e a Secretaria de Saúde e Ação Social do Município de Sobral, que iniciou com objetivo de qualificar os profissionais (médicos e enfermeiros).

Com a inserção da segunda turma, integram-se ao programa de residência multiprofissional outras categorias (Educação Física, Fisioterapia, Serviço Social, Farmácia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Psicologia e Odontologia), juntamente com

as categorias de Enfermagem e Medicina, em arranjos de equipes multiprofissionais na atenção básica, tendo a Estratégia Saúde da Família como modelo organizativo e operativo da saúde da população sobralense, com objetivo de ampliar a capacidade de resolubilidade dos problemas de saúde identificados, em apoio às equipes de saúde da família. Até aqui, a RMSF contava exclusivamente com recurso do município, e com a sua ampliação, este foi o grande desafio (TOMAZ JÚNIOR, 2008).

A terceira turma contou com o apoio de recurso do Ministério da Saúde, por se tratar de orçamento público, abriu-se processo de seleção amplo, e aplicado simultaneamente em vários estados da federação Martins Jr. (2008). Sobral, já se “[...] firmava como pólo formador para o SUS e como *locus* de diversas experiências exitosas em saúde da família, o que despertou interesse em candidatos de outros locais, trazendo um novo componente à Residência Multiprofissional de Sobral” (SOUSA, 2012, p. 69), pessoas com formação e experiências profissionais anteriores bastante diversificadas (MARTINS JÚNIOR, 2008).

Referente à quarta turma da RMSF, o que consta é ausência do financiamento do Ministério da Saúde, e mais uma vez o município se responsabilizando pelos recursos. Nessa experiência, contata-se a redução no número de matriculados; foi a turma que teve mais evasão e demarcou a última participação da categoria médica na RMSF (TOMAZ JÚNIOR, 2008; SOUSA, 2012).

Quanto à dimensão pedagógica, até a quarta turma predominou um “[...] modelo centrado em uma combinação de formação em serviço e módulos teórico-conceituais, ministrados por especialistas, com forte componente conteudista” (SOUSA, 2012, p. 69). Ainda sobre o aspecto pedagógico, o que se encontra registrado no Projeto Político Pedagógico até a quarta turma era “[...] formar e capacitar os profissionais de saúde para atuarem com os preceitos estratégicos, organizativos e funcionais de Saúde da Família na construção de sistema locais e municipais de saúde estruturantes do SUS” (SOBRAL, 2004).

Em relação às atribuições de núcleo, o que consta nos documentos são ações para planejar, acompanhar e avaliar os programas de atividades físicas junto aos grupos específicos; organizar grupos terapêuticos segundo os perfis epidemiológicos das unidades para patologias crônicas degenerativas, visando programar e fomentar a atividade física dos grupos operativos na UBS para a adesão ao tratamento, autoestima,

consciência corporal, autonomia na vida e em seu processo terapêutico; articular redes sociais, incluindo o PSF no território, visando elaborar e programa projetos e atividades para a promoção de estilo de vida saudável, prevenindo-se especialmente o sedentarismo.

Até a quarta turma, o que existia eram orientações e ações que o residente de Educação Física tinha que fazer na ESF. Essas atividades se encontram descritas no artigo de Lucena *et al.* (2004) com um forte componente pautado no discurso da atividade física e saúde, reforçado pela recomendações do Conselho Federal de Educação Física e Conselhos Regionais de Educação Física (Sistema CONFEF/CREF), com um reforço na fragmentação entre corpo, saúde e sociedade, com um forte componente epidemiológico das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT).

Em 2005, inicia-se a quinta turma de RMSF, onde se percebe uma mudança no objetivo do programa que passa a “[...] construir competências sociais, políticas, técnicas e humanas para as diversas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família de modo orgânico, participativo e alimentador da prática na perspectiva da promoção da saúde” (SOBRAL, 2005). Considerada como a nova pedagogia, essa turma aponta para uma outra forma de desenvolver a RMSF, a partir dos referenciais teóricos e metodológicos, que são os princípios da promoção da saúde, da educação permanente, educação popular e educação por competência (MARTINS *et al.*, 2008). Quanto à operacionalização das quatro dimensões, esta se dá mediante a articulação de cada uma delas com a vivência de aprendizagens teórico-conceituais, trabalho de conclusão de curso, de extensão, sendo a vivência no território transversal e sob a lógica do sistema aprendente (SOBRAL, 2005; MARTINS *et al.*, 2008).

Compreende-se que a vivência no serviço possibilita e gera aprendizagem, no diálogo permanente entre teoria e prática. O saber nasce do trabalho, na constante reflexão na e sobre a prática, e as experiências produzidas constroem novos conhecimentos, novas formas de atuar e novas competências, o que se denomina de sistema aprendente. Segundo Parente (2006), o sistema aprendente parte de uma compreensão de que toda a rede de saúde é uma grande escola, superando a lógica tradicional, segundo a qual o aprender tem hora, dia, local e alguém que ensina.

É com a quinta turma de RMSF que se apresentam os indicadores de aprendizagens que versam sobre o processo de formação dos residentes. Esses

indicadores são como “termômetro”, são “[...] parâmetros relativamente confiáveis quanto à coerência entre o objetivo específico traçado para ser cumprido, do ponto de vista pedagógico, e o quão próximo ou distante o residente se encontra de atingir tal objetivo” (SOBRAL, 2006 p. 34).

Entre 2008 e 2010, insere-se a 6ª e 7ª turmas de RMSF. Esta inserção foi concomitante devido ao atraso do financiamento do Ministério da Saúde. A proposta pedagógica implementada continua e segue a mesma da 5ª turma, e pela própria dinamicidade da residência, nenhuma proposta será executada da mesma forma (SOUSA, 2012). Nesse momento, é incorporada a figura do tutor no lugar do preceptor de território, o que acompanha a equipe multiprofissional no território a partir do campo de saber na Estratégia Saúde da Família e, pela primeira vez, oficialmente, a preceptoria de categoria, que acompanha e sistematiza junto ao residente o seu fazer na ESF (SOUSA, 2012).

É importante destacar dois conceitos bastante desenvolvidos no processo de formação da RMSF, o método da roda, proposto por Campos (2000), que se propõe a fortalecer a autonomia do sujeito e do coletivo através da solidariedade, integração, aprendizado e na melhoria da qualidade do serviço. Para o autor, a roda deve ser um espaço em que a práxis concreta dos sujeitos, o agir interpessoal, a política ou a gestão propiciem relativo grau de autonomia para o exercício da participação e democratização das instituições; em particular, no nosso caso, a formação em saúde da família através da RMSF e a tenda invertida por compreender que os lócus de aprendizagem, o território é o lugar de organizar os processos formativos (ANDRADE, 1999).

Os indicadores de avaliação do processo de formação do residente da 6ª e 7ª turma permanecem de acordo com da 5ª turma de RMSF, ou seja, avaliação formativa, somativa, na participação ativa do residente, da equipe básica da saúde da família e do corpo docente (SOBRAL, 2006). Esse método de avaliação se propõe a não fazer juízo de valor, e sim identificar as necessidades de aprendizagens, considerarem o apreendido e tomar decisões para ampliar e qualificar a formação do residente a partir dos fatores internos e externos do território e da RMSF como um todo.

A 8ª turma, iniciada em 2010, experimentou novas mudanças, propostas em seu PPP, fruto da vivência das demais turmas, em especial da 6ª e 7ª turmas. Foram implantados os ciclos de aprendizagem, com enfoque em novos campos de saberes,

como a clínica ampliada, a abordagem coletiva que durante o processo passou a ser abordagem comunitária e a organização do serviço, e a ética e a interdisciplinaridade como eixos transversais a todo o processo formativo (SOBRAL, 2010; SOUSA, 2012). O projeto político-pedagógico da 8ª turma traz a importância para a produção de tecnologias, referencial proposto por Mery, abordado no capítulo anterior deste estudo, no âmbito da Estratégia Saúde da Família, como está deliberado em seu objetivo:

Desenvolver tecnologias para a Estratégia Saúde da Família, a partir da construção de competências teórico-metodológicas, técnico-operativas, sociais, políticas e humanas para as diversas categorias profissionais da saúde, de modo orgânico, participativo e alimentador da prática, na perspectiva da Promoção da Saúde, com vistas à transformação de práticas para a consolidação do SUS (SOBRAL, 2010).

No que se refere à produção de tecnologias para o Saúde da Família, considerando que 80% dos problemas de saúde podem ser resolvidos na Atenção Básica, o que se observa é uma complexidade no tocante às relações, como acolhimento e vínculo, que são tecnologias leves, e as demais leve-duras e as duras se apresentam com baixa densidade. Essa característica da atenção básica é um dos fatores que diferenciam dos outros pontos de adensamentos tecnológicos da rede de saúde local.

É nessa turma que se criam instrumentos para avaliação do residente e do docente, com definição de competências teórico-metodológicas que avaliam o desempenho profissional relacionado ao aprofundamento teórico-conceitual; técnico operacional relacionado à elaboração, planejamento e execução de ações no CSF; competência social voltada para o fortalecimento de redes sociais e potencialidades saudáveis do território; competência ético-política, que avalia a apropriação dos princípios e diretrizes dos SUS; e competência humana, que avalia a dimensão das relações interpessoais. Cada competência geral tem seus indicadores na perspectiva gradual, considerando desde a dimensão do conhecer até dimensão do fazer e do ser (SOBRAL, 2010).

Outro destaque que se inaugura ainda na 8ª turma de RMSF é a construção do perfil de competência de núcleo, que foi organizada pela preceptoria e os residentes de categoria. Essa construção considerou a experiência da categoria na ESF de Sobral, as políticas que conformam o SUS, bem como garantiu uma interrelação com as competências gerais e os pressupostos da RMSF à luz da política da Atenção Básica/ESF e promoção da saúde. As competências aludem aos seguintes aspectos: fortalecer as redes de práticas corporais no território; promover as práticas corporais

para promoção, prevenção, reabilitação, tratamento e cuidados em saúde; e avaliar as práticas corporais para o controle e monitoramento dos determinantes sociais da saúde (SOBRAL, 2010).

Atualmente, a 9ª e 10ª turma estão distribuídas em todos os territórios da sede, que compreende uma média de um a dois Centros de Saúde da Família, que apresentam aspectos sociais, epidemiológicos, culturais, dentre outros, bastante diferentes.

Para uma maior compreensão destes territórios, as equipes iniciam o processo de territorialização em saúde, que tem como objetivo conhecer, identificar, compreender e elaborar estratégias de intervenções que considerem outros aspectos, tais como social, cultural, educacional, ambiental, epidemiológico, bem como sua rede de apoio para o enfrentamento às necessidades de saúde identificadas; tudo isso em articulação com as comunidades, através da participação popular, na construção de territórios mais saudáveis. Nesse processo são realizadas visitas domiciliares e institucionais, com o resgate da história da comunidade e a apreensão mais abrangente das necessidades de saúde dos sujeitos.

Após a territorialização, os profissionais residentes começam a organizar o serviço a partir de várias possibilidades: a demanda encaminhada da equipe de saúde da família; a inserção em processos de trabalhos existentes, como grupos sistemáticos, clínica e visita domiciliar; e através da inserção em processos comunitários. A inserção inicialmente acontece pelo campo específico em que cada profissional, ao identificar sua demanda, organiza-se e, aos poucos, vai se articulando de forma multiprofissional, interdisciplinar ou disciplinar.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família completa 13 anos, tendo formado oito turmas, duas em andamento, com vários avanços e desafios em qualificar profissionais para o SUS, especificamente para Atenção Básica à saúde. É importante destacar que todas as turmas tiveram arranjos operacionais, número de territórios, composição de equipes multiprofissionais e processos de trabalho nos territórios diferenciados.

Mas a filosofia educacional sempre se pautou na educação libertadora de Paulo Freire, tendo a educação popular, educação permanente, promoção da saúde, educação por competência como pontos comuns desde 5ª turma até o presente momento.

Acrescenta-se também a vivência de território, que é a interseção entre as vivências de extensão, teórico-conceituais e de produção científica.

A organização do processo de formação dos residentes dá-se durante dois anos, com a sua carga horária dividida em 80% para atividade no campo e 20% para momentos teórico-conceituais, que engloba momentos de estudo coletivo, seminários, oficinas, roda de educação permanente em categorias, equipe multiprofissional, no CSF e na comunidade.

Boa parte deste tempo é destinada ao serviço, pois é no cotidiano do trabalho o maior aprendizado, oportunizando aos residentes a convivência com situações problemas reais, em apoio com o corpo docente.

O programa de RMSF e sua trajetória no município de Sobral tem sido permanentemente avaliados e redirecionados seus objetivos ao longo do tempo, muito embora o programa de Sobral tenha que se ajustar às orientações enviadas pela CNMSF e pelos Ministérios da Saúde e Educação. Destaca-se também pela importância que a RMSF tem para a gestão, ensino, assistência em Atenção Básica e o exercício do controle social para o município, devido à permeabilidade territorial. Consegue vigiar fortemente os avanços e as ameaças sobre a política de RMS, em especial para a Atenção Básica/ESF, como exercício de democracia e participação.

A trajetória de Sobral destaca-se pela ousadia e coragem de inventar e reinventar formas de avaliar, acompanhar e contribuir para a formação de profissionais para o SUS, embora ainda não fique muito claro qual o perfil do egresso posto em seus documentos norteadores, no entanto, podemos refutar que, de alguma forma, o que existe de avanço até o presente momento possivelmente dê pistas para construir esse passo. Assim, esse estudo tem como contribuir não para todas as categorias que compõem a RMSF, mas para que, a partir de uma, se pense nas outras, e assim demande outros estudos sucessivos.

A seguir, abordaremos o processo de RMSF no município de Fortaleza, com o intento de apresentar sua implantação e buscar em seus documentos normativos seu processo de trabalho e algo que discuta sobre o residente egresso.

A implantação da RMSF no município de Fortaleza ocorreu em 2005. O interesse pela residência multiprofissional se deve à reestruturação do sistema de saúde local, com ampliação da cobertura de equipe de saúde da família de 15% para 70%, em

especial nas áreas de maiores vulnerabilidades sociais. Outro motivador foi a criação da Escola de Educação Permanente em Saúde, articulada entre os movimentos dos Pólos de Educação Permanente e as instituições formadoras do Ceará (FORTALEZA, 2007).

Nesse sentido, o objetivo era uma política estruturante de organização e de gestão do serviço com estratégias de educação permanente, em parceria com as instituições de ensino e organizações não governamentais, transformando toda a rede de serviço de saúde do município em espaços de educação contextualizada e de desenvolvimento profissional (FORTALEZA, 2007). Essa proposta traz um novo modelo de organização de serviço, não mais concentrada nos hospitais, na doença e na cura; fruto das experiências que deram certo em outros municípios cearenses, em especial de Sobral.

A ideia-força que tem orientado a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza é de que o Sistema Municipal de Saúde Escola possa:

Efetivamente, potencializar a reorientação do modelo assistencial, propiciando mudanças qualitativas no processo de trabalho em saúde, contextualizadas em uma vivência educacional que tem como protagonistas: gestores, trabalhadores da saúde, instituições formadoras e as diferentes representações dos movimentos sociais e populares. Assim, o cuidado vai sendo desvelado e entendido nas diversas dimensões. Entendendo que a capacidade para cuidar dos trabalhadores pode ser desenvolvida, despertada ou inibida a partir da experiência educacional, e principalmente, pela presença ou ausência de modelos de cuidar/cuidado, portanto propiciar a ambiência para o desenvolvimento do processo de ensino aprendizagem é algo entendido como fundamental para gestão (FORTALEZA, 2007 apud. WALDOW, 1995).

A partir do referencial proposto pelo município, corrobora com as diretrizes macros, “[...] conceito de saúde como qualidade de vida; um sistema cujo eixo central de desenvolvimento é o espaço do serviço, o seu território de abrangências e a formação de profissionais de acordo com as necessidades de saúde da população” (FORTALEZA, 2007, p. 9).

A opção da gestão municipal da saúde de Fortaleza pela RMSF é fruto dos pressupostos do Sistema Municipal Saúde Escola do município, a qual deve ser articulada junto à Residência de Medicina de Família e Comunidade, que já vinha em andamento. A vivência de residentes nos territórios do saúde da família potencializa a capacidade de mudança da formação do profissional da saúde e do modelo de saúde enquanto ausência de doença, redimensionando a relação profissional/profissional e profissional/usuário, sobre território e processo de cuidado vivo em ato, com o devido

suporte pedagógico, através do acompanhamento pedagógico por parte de docentes qualificados (FORTALEZA, 2007).

Desse modo, o objetivo da RMSF de Fortaleza é promover uma maior integração ensino-serviço-comunidade que possibilite a construção de práticas e saberes junto às equipes da Saúde da Família, atuando como um disparador para reorganização e reorientação das práticas em saúde, e de formar profissionais com conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para o desempenho na ESF (FORTALEZA, 2007).

Para o alcance desse objetivo geral, os específicos versam pela reorganização do serviço da Atenção Básica: construção de uma rede de saúde resolutiva e integrada; construção da especialidade saúde da família e trabalho integrado entre categorias; colaboração para a construção de cenários de práticas para graduação em saúde; desenvolvimento de projeto/pesquisa com ênfase na Atenção Básica; fortalecimentos dos processos educativos a partir das necessidades de saúde dos usuários e do território; ampliação da visão sobre a produção de conhecimentos, considerando a experiência popular; desenvolvimento de espaços para formação política e transformações no campo da saúde com postura ética, solidária pela produção de reflexão crítica e de práticas realizadas em diversas dimensões da vida (FORTALEZA, 2007).

Embora muito semelhante ao modelo da RMSF de Sobral, o residente é um sujeito que deve problematizar e desenvolver suas habilidades e atitudes com base na realidade local, de forma construtiva com os usuários e coletividades, de modo que as experiências produzam sentido e significado para os participantes e contem com apoio do corpo docente quando for necessário.

A organização do processo de formação do residente é por equipes multiprofissionais, localizados em um território que compõe uma das regionais de saúde, bem como vivências em outros serviços que complementam a rede de uma regional, como, por exemplo, as policlínicas.

Outro aspecto é quanto às atividades de campo e núcleo de atuação de cada categoria. Essa atuação deve levar em consideração as dimensões dos problemas de saúde sobre uma ótica interdisciplinar, evitando assim a fragmentação do cuidado e a contribuição do núcleo, a depender da situação-problema ou potencialidades dos territórios.

Para o desenvolvimento de uma prática reflexiva, a partir das experiências enquanto cenário para educação permanente, os residentes realizam suas ações e conhecimentos (o quê), os conhecimentos práticos (o como fazer) e os conhecimentos contextualizados (o quando, o onde e o porquê) são elaborados em toda sua complexidade (FORTALEZA, 2007).

O programa de RMSF de Fortaleza é organizado metodologicamente nos seguintes eixos: as atividades de treinamento em serviço correspondem à vivência para desenvolver um profissional comprometido com um território; atividades teórico-práticas, que são referentes à criação de espaços para problematização no território e suas nuances e dimensões das necessidades de saúde, bem como atividades geradas a partir dos módulos, em geral facilitadas pelo corpo docente; atividades teóricas, que são as áreas temáticas articuladas com os eixos em comum que são a família, o território e a educação.

Foram construídos 28 objetivos finalísticos sobre a ideia do campo e mais três referentes ao núcleo, no caso da Educação Física. Em relação aos finalísticos do campo, estes são, de forma geral, voltados para o conceito ampliado de saúde; princípio e diretrizes do SUS; aspectos normativos das políticas de saúde; noção de rede e integração dos serviços de saúde; vigilância à saúde; processo de trabalho em equipe multiprofissional em articulação com a equipe do saúde da família e noção de complementariedade, conhecimento sobre território, abordagem sociocultural, respeito aos seus valores, crenças, costumes; capacidade comunicativa com a população; construção de vínculos; postura de respeito e solidariedade; compreensão sobre a resistência dos usuários aos atendimentos; entender o sistema de informação; planejamento em saúde; diagnóstico ampliado de saúde; participação social; avaliação das ações; disseminar ações e resultados alcançados; estabelecer parcerias com os movimentos nos territórios, instituições públicas e privadas; consciência sanitária, compreensão das singularidades locais; saber identificar as reações das famílias em situações limite; acreditar no diálogo; e preparar os profissionais para entender as relações sociais produzidas entre os sujeitos em um dado contexto histórico e as condições materiais e simbólicas sobre o processo de saúde e doença na identificação de possíveis soluções, tudo isso com a participação do usuário (FORTALEZA, 2007).

Quanto aos objetivos finalísticos do núcleo da Educação Física, são os mesmos elaborados pelo programa da RMSF de Sobral, especificamente da 2ª até a 4ª turma de residência.

Assim, o programa de Fortaleza se encontra fragilizado devido às mudanças de gestores, à saída do corpo docente do sistema de saúde e à redução das bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde. A primeira turma teve início em junho de 2009, com 66 residentes, composta pelas categorias de Serviço Social, Veterinária, Psicologia, Nutrição, Educação Física, Enfermagem, Odontologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Farmácia e Fonoaudiologia, sendo 6 residentes por categoria.

O programa está na III turma, sendo que as outras 2 turmas tiveram redução das categorias pelo Ministério da Saúde; hoje são 14 vagas para as seguintes categorias: Enfermagem (3), Odontologia (3), Fisioterapia (2), Nutrição (2), Serviço Social (2) e Psicologia (2). E a Educação Física apenas fez parte do programa na I turma, o que, de certa forma, aponta para a pouca contribuição para a área devido à descontinuidade da categoria no programa.

O que se apreende do programa de Fortaleza, é uma intencionalidade riquíssima com propostas ousadas de transformação dos serviços através da educação permanente e, em especial, com o programa de RMSF, no entanto, as últimas mudanças têm minado a residência a ponto de não passar da terceira turma. Em relação à Educação Física, dos 6 residentes, apenas dois concluíram, os demais passaram no concurso para professor da rede pública de ensino e outros na pós-graduação em saúde pública.

2.2 Formação e trabalho em educação física: críticas e proposições na relação formação profissional e o mundo do trabalho do profissional Professor de Educação Física¹³

Essa seção abordará reflexões críticas acerca da atual formação profissional em Educação Física e sua relação com o mundo do trabalho, a partir dos ditames legais e ideológicos frente às necessidades sociais para uma práxis crítica e superadora dos desafios postos nos cenários de práticas do profissional professor de Educação Física.

¹³ Cabe ressaltar que a denominação utilizada é contra a atribuição do Conselho Federal de Educação Física (CONFEF). No entanto, entendemos que o termo “professor” é epistemologicamente o correto, pelo fato de a profissão ter a prática pedagógica como eixo norteador, independentemente do campo de atuação, seja ele escolar ou não escolar (MACIEL, 2012, p. 45)

A crítica à formação inicial em Educação Física tem sido um assunto relevante quando se formulam análises da realidade do mundo trabalho, seja no setor da educação básica, em serviços de saúde pública, em políticas de esporte/lazer, em docência em ensino superior e em cenários privados como academia área *fitness*. Aqui, a crítica, muito embora seja importante, por si mesma não será suficiente se não materializar ações que apontem caminhos para superação, tendo em vista seu cenário social, político e histórico em movimento a partir das relações de poderes e suas intencionalidades no campo da formação e do trabalho em Educação Física.

Outra questão necessária para o debate que se segue é a compreensão da área profissional demarcada nesse texto. Afirmamos que essa categoria, enquanto profissão e formação, tem em sua natureza uma constituição social e historicamente sistematizada, aprendida, reformulada cientificamente ao longo dos tempos, criativamente ensinada de tempos em tempos, referente à cultura corporal. Assim, a Educação Física é:

Uma atividade humana caracterizada pelo trabalho pedagógico da docência, que tem como objeto o trato com o conhecimento da cultura corporal em qualquer cenário de trabalho, que se configure como produção de bens materiais ou imateriais – educação, lazer, saúde, competições de alta performance, desenvolvimento de tecnologias esportivas, entre outros, ou seja, o trato com o saber da cultura corporal são os alicerces da formação acadêmica e do trabalho do profissional professor de Educação Física (TAFFAREL *et al.*, 2007, p. 46).

No atual cenário da Educação Física encontramos diversos cursos de formação profissional em todo o território nacional, muito embora sua formação esteja conforme os moldes do niilismo pós-moderno, ancorado na lógica da fragmentação do saber, bem como no contato com conteúdos desvinculados da realidade social. Essa lógica decorre das necessidades do estado neoliberal em formar profissionais funcionais à reprodução do modo de produção capitalista, visando às suas necessidades de acumulação e valorização.

Reflexo desse modelo de sociedade, as graduações nos cursos de licenciaturas, em geral, com destaque para a formação nos cursos de Educação Física, apresentam os seguintes problemas:

a) Problemas teóricos: [...] a formação sofre a disputa de influências ainda fortes das diferentes áreas do conhecimento – área médica e áreas das ciências humanas e sociais, sendo evidente o trato com o conhecimento no currículo orientado, hegemonicamente por teorias positivistas e idealistas; *b) problemas epistemológicos:* [...] enfoque das pesquisas empírico-analíticas com ascensão da abordagem hermenêutica-fenomenológica, [...] atualmente

uma forte ênfase em teóricos pós-modernos que se caracterizam pela perda de referências históricas e pelo “giro linguístico” [...] c) *problemas de financiamento público*: decorrentes dos ajustes estruturais que desresponsabilizam o Estado de suas funções propícias e estabelecem relações promíscuas entre público-privado no repasse de verbas públicas aos setores da economia privada, ocorrendo isso tanto pelo Ministério da Educação como no Ministério do Esporte; d) *problemas de oferecimento de condições objetivas para funcionamento dos cursos*: infraestrutura inexistente ou incompatível ou insuficiente com as exigências do curso; corpo docente com pouca titulação, pouca qualificação e com trabalho docente precarizado [...] corpo discente que chega cada vez mais despreparado nas universidades, decorrente da péssima qualidade do ensino básico e ausência de assistência estudantil afirmativa e não paliativas para se manter na universidade [...] corpo técnico em que dia-a-dia se vê o desaparecimento dos seus postos, pela via das fundações privadas e institutos que, como parasitas, sugam recursos e postos de serviços [...] e) *problemas curriculares*: com inconsistente base teórica; processos de gestão antidemocráticos; dicotomia teoria e prática; currículos extensivos e desportivizados; sem articulação entre ensino-pesquisa-extensão; teorias do conhecimentos idealistas, voltadas para atender apenas as demandas do mercado, com perfil de formação voltado para competências mínimas; com a organização do trabalho pedagógico baseado no modelo Taylorista ¹⁴f) *problemas políticos*: como a perda da autonomia universitária com a ingerência dos rumos que deve ter a formação pela forte influência, por um lado, do poder executivo e legislativo nas universidades e faculdades, através de medidas legais que vão desde a definição de diretrizes até as questões de orçamento para educação superior, contratação de pessoal, programas e projetos que interessam ao governo, e por outro lado a pressão exercida e pelos Conselhos [...] (TAFFAREL; SANTOS JÚNIOR, 2010 p. 15-17).

Percebe-se que a educação superior apresenta vários desafios no seu cotidiano, problemas esses que apontam para o Estado como um dos maiores responsáveis pelo retrocesso da educação, enquanto

[...] dimensão da vida social imprescindível nas sociedades, um dos fundamentos básicos na construção de uma sociedade justa e substantivamente civilizada. E a Educação Física como uma ação pedagógica que contribui com a educação e com a formação de um povo (TAFFAREL; SANTOS JUNIOR, 2010 p. 24).

Esses problemas da Educação Superior têm agravado os desafios da formação profissional do professor de Educação Física, especificamente a partir das Diretrizes Curriculares, aprovada pela resolução nº 07, de 31 de março de 2004 do Conselho Nacional de Educação (CNE), a qual direciona as graduações em Educação Física, como Licenciatura e Bacharelado:

A LICENCIATURA: a formação de professores que atuarão nas diferentes etapas e modalidades da educação básica, portanto, para atuação específica e especializada com a componente curricular Educação Física.

¹⁴ Refere-se ao modo de organização a produção de bens baseado nas teorias de Frederick W. Taylor, que desenvolveu estudos a respeito de técnicas e métodos para a administração da produção (TAFFAREL, *et al.*, 2007 p. 43).

O BACHARELADO: (oficialmente designado de graduação) qualificado para analisar criticamente a realidade social, para nela intervir por meio das diferentes manifestações da atividade física e esportiva, tendo finalidade aumentar as possibilidades de adoção de um estilo de vida fisicamente ativo e saudável, estando impedido de atuar na educação básica. (CONFED, 2006, p. 20).

Essa fragmentação é decorrente de uma suposta inserção diferenciada no mundo do trabalho, com sérias limitações no campo da formação, pois o trabalho na área continua por se caracterizar pela prática docente, seja na educação formal (escola/educação básica) ou nas áreas fora dela, não formal (academia, clubes, saúde pública) (RODRIGUES, 2012). Tal justificativa da atuação no campo formal e não formal ganha força no processo de reformulações curriculares em diversos cursos de Educação Física, para que estivessem nos moldes da resolução em pauta.

A partir dos problemas sinalizados acima sobre a formação superior e a fragmentação da formação do profissional Professor de Educação Física, quais são as causas desses retrocessos? Do ponto de vista econômico observa-se um corte dos gastos públicos, propondo um Estado mínimo em sua obrigação econômica e, contra partida o Estado máximo na política, transformando a educação em um campo fecundo de manifestação das teses neoliberais (RODRIGUES, 2012). Essa questão política econômica gera a “precarização do trabalho e desemprego estrutural, que trazem uma grave exclusão social” (Anderson, 1995; Antunes, 1995 *apud* Rodrigues, 2012).

Quanto ao ponto de vista Educacional percebe-se precarização do trabalho docente com vista à ideologia da empregabilidade e do empreendedorismo como novas demandas para o mundo do trabalho, que tem no ensino de competência¹⁵. Ainda sobre a dimensão Educacional temos também essa desqualificação do trabalho docente e, conseqüentemente, da formação de profissionais para o campo da educação. Quanto ao currículo com vista à formação do novo trabalhador (empreendedor, empregabilidade e profissional liberal), a reforma curricular aponta o desenvolvimento do trabalhador do tipo precário e flexível para inserção alienada no mundo do trabalho (RODRIGUES, 2012). Um dado que reforça com os pontos de vista educacional e curricular é que atualmente existem 182 Universidades que ofertam as duas formações, e constata-se,

¹⁵ “Ressaltamos que a organização curricular pautada e orientada pela noção corrente do desenvolvimento de competências acaba por alterar o modelo de profissionalização dos professores a partir de uma nova concepção de ensino cuja tendência-mor é a secundarização dos conhecimentos teóricos (e sua mediação pedagógica). Aqui o conhecimento sobre a prática é considerado mais relevante (logo mais importante) do que a formação intelectual e política dos professores” (TAFARELL; SANTOS JÚNIOR, 2010, p. 16).

pelos dados colhidos até agora, que as estruturas e condições na formação sejam diferenciadas, pois o corpo docente não apresenta características distintas, o que põe em risco o discurso da formação diferenciada (TAFFAREL e SANTOS JÚNIOR, 2010).

Com a tal promulgação da resolução 07/04 do CNE, ocorreu a divisão do campo de atuação na área da Educação Física, isto é, antes se tinha livre acesso para que o profissional escolhesse em qual campo iria trabalhar, ou optar pelas oportunidades que o mundo do trabalho favorecesse, após esta resolução, esse direito foi extinto. Portanto, após a formação em Educação Física, o profissional professor terá que se encaixar conforme sua formação o designa. Essa divisão na formação e da atuação profissional está intimamente ligada ao crescimento do mercado de academias (*fitnes*) em detrimento da valorização do trabalhador professor, mesmo considerando que a relação entre o usuário de uma academia com profissional da área mediante uma prática corporal é permeada por processos educativos e pedagógicos, ou seja, o ensinar, o acompanhar e o avaliar gera aprendizados no outro. Isto, com ou sem intencionalidade e consciência, é um ato pedagógico, o seu fazer foi docente.

Destaca-se também o aumento de academias de ginástica¹⁶, que explodem ainda na década de 80 e 90, com o movimento da propaganda máxima “atividade física é saúde” atrelada pela desobrigação do Estado quanto à garantia dos direitos sociais, dentre eles, a saúde, passando a ser uma responsabilidade unicamente do indivíduo (RODRIGUES, 2012).

Nesse sentido, observa-se que como fruto dos aumentos de academias - reflexo da desvalorização da Educação Física escolar aliado à desobrigação do Estado em garantir práticas corporais enquanto direito à saúde, lazer e esporte, e as exigências desse mercado privado da cultura corporal voltado para produção do capital, com forte estrutura de precarização das condições de trabalho do profissional Professor de Educação Física – concretizou-se a discussão referente à regulamentação da profissão, conhecido como o 1º de setembro, no ano de 1988, com reforço à divisão da formação, fragmentação dos conhecimentos, sendo oficializada no governo FHC¹⁷, que trouxe aos trabalhadores da área uma insatisfação. (MACIEL *et al*, 2012).

¹⁶ Até os anos de 1970, existiam cerca de 1000 academias de ginástica no Brasil; em 2003, de acordo com os dados do atlas do esporte no Brasil, esse número chegava a 20.000 (COIMBRA, 2009).

¹⁷ Trata-se de forma crítica, como era referido por Fernando Henrique Cardoso

Nas reflexões elaboradas por Coimbra (2009), a autora aponta vários elementos que contribuem para o reforço e retrocesso da atual fragmentação na formação e na atuação profissional, bem como sinaliza o papel do Sistema Conselho Federal de Educação Física/Conselho Regional de Educação Física (CONFEF/CREF) na sua relação com os empreendimentos da classe burguesa no mercado do *fitness*, sinalizando que:

A burguesia se apropriou da cultura corporal, a *priori*, sob a forma da Educação Física ministrada no âmbito escolar. Hoje, como essa disciplina não é central para o projeto de formação humana do capital, ela é desvalorizada no seio escolar. Desse modo, a classe hegemônica se apropria, na contemporaneidade, da cultura corporal sob a forma de mercadoria a ser vendida, principalmente pelas academias de ginástica, o que proporciona um reordenamento no trabalho do professor de Educação Física [...]o reordenamento no trabalho do professor de Educação Física, imbricado em um processo de reestruturação produtiva e neoliberalismo trouxeram duras penas aos trabalhadores da área, que enfrentam relações de trabalho altamente flexíveis, desregulamentadas e precárias (COIMBRA, 2009, p. 10).

Ainda sobre o Sistema CONFEF/CREF's, destaca-se que a regulamentação do profissional de Educação Física é apontada como a saída corporativista frente à crise do capital (MACIEL *et al*, 2012), que, ainda assim, se propõem a “assegurar” os espaços privados *de e para* práticas corporais, como academias, clubes, escolinhas privadas, consideradas pelo presidente (desde a inauguração do Sistema CONFEF/CREF's) Steinhilber (1996) como “terra de ninguém”, novo nicho de trabalho atuação em áreas não formais, onde quem deveria assumir é um profissional de Educação Física, antes que outros o fizessem.

Os estudos de Nozaki (2004), Alves (2012), Santos Júnior (2005), Cruz (2009), Coimbra (2010), Dias (2011), Dutra (2011), Silva e Frizzo (2011), que abordam a formação de professores, a produção do conhecimento e a atuação profissional, delineiam, com muita propriedade, coerência e relações entre a economia política e as tendências conservadoras na formação e atuação profissional de professores de Educação Física.

As tendências contra as transformações de adaptação da classe, ao ataque da subjetividade, à desqualificação do trabalhador nas condutas de formação acadêmica estão fortemente alicerçadas em aparatos legais, em estratégias e mediações de aparelhos do Estado, como é o CONFEF, e de agregações entre organismos da classe capitalista, como bem ressalva Coimbra (2010) em suas pesquisas acerca da

reorganização empresarial do âmbito do *fitness* entre CONFEF/CREF's, Associação das Academias do Brasil (ACAD) e Sindicato dos Proprietários das Academias de Ginástica (SINDICAD) (TAFFAREL, 2012).

Conforme evidenciam os estudos de Dutra (2011) – que recorreu aos exemplares da Revista de Educação Física do (CONFEF) –, o autor analisou os posicionamentos do Sistema CONFEF/CREF's por intermédio de suas publicações e concluiu que as principais alegações enfatizam a divisão entre o licenciado, que só pode atuar na escola, e o bacharel, que só pode atuar nos demais campos da Educação Física.

Sendo assim, a partir das crises econômicas, provindas de superprodução, saturação e outros fatores, focando na realidade da Educação Física, questiona-se a função da fragmentação da formação, pois, o que antes a formação em Educação Física era para contexto de atuação geral, encontra-se no cenário contemporâneo uma formação unilateral, especialismo precoce para um campo de atuação específico, considerando que os egressos são em sua maioria escolhidos pelo mercado de trabalho e são poucas as exceções dos profissionais que têm a oportunidade de escolherem seu cenário de prática. Assim, esta estratégia está voltada para a lógica da garantia da reserva de trabalho, abandonando a qualificação do trabalhador.

Desenvolver reflexões que levantam a problemática da divisão do trabalho em determinada área, no nosso caso a Educação Física, é de pura relevância. Para tanto, há uma reflexão do movimento do real que não deixa passar despercebidas as contradições advindas por meio do modo de produção capitalista, que estabelece a propriedade privada, e com o desenvolvimento desta última, propicia a divisão social do trabalho. Na Educação Física, identificamos este cenário quando refletimos sobre a divisão na formação profissional, na divisão dos postos de trabalho e no policiamento da fiscalização do Sistema CONFEF/CREF's, com o discurso de garantir qualidade na prestação de serviços para a sociedade.

Portanto, é imprescindível buscar analisar, a partir de uma concepção de fundo, os desdobramentos até chegar a este ponto no cenário da Educação Física, e a partir disso buscar superar estes entraves que se mostram como obstáculos na formação e no trabalho destes profissionais. Sendo assim, trata-se de uma relevância significativa para a emancipação dos profissionais professores de Educação Física no exercício da

docência, no que diz respeito à reflexão da realidade para explicá-la, criticá-la e superá-la.

A partir do pressuposto da divisão social do trabalho, que se eleva com o desenvolvimento do trabalho na sociabilidade capitalista, os trabalhadores da área da Educação Física estão direcionados para um campo específico de trabalho, a partir do momento de sua inserção na universidade.

No cenário da Educação Física, isto reflete bem a divisão na formação, pois no momento da divisão da formação, de forma imediata se concretiza o processo de divisão do trabalho. E a formação passa por uma reformulação que priva os estudantes de, no processo de formação profissional, se apropriarem de conhecimentos historicamente elaborados pela humanidade, como, por exemplo, conhecimentos da área das ciências humanas e pedagógicas, na formação do bacharelado.

Nessa acepção, o profissional professor de Educação Física não consegue mais constatar, identificar, compreender e explicar a realidade social, se constituindo tecnicamente qualificado para o desenvolvimento dos conteúdos. Para citar um exemplo, as práticas da cultura corporal (esporte, dança, ginástica, lutas e outras) são abordadas somente nos aspectos técnicos, de forma descontextualizada, utilitarista e instrumentalista, desapropriada de uma visão ampla e crítica de práticas corporais enquanto fenômeno social, político, educacional e cultural.

As posições do Conselho de Educação Física, que em suas legislações específicas delimitam campos de atuação do profissional – professor de Educação Física –, vêm gerando lacunas na formação; vazios que são sentidos durante o processo de formação, bem como na atuação profissional, nos campos de trabalho. As lacunas na formação dizem respeito à negação do conhecimento e as lacunas na atuação profissional dizem respeito à negação de postos de trabalho. A expressão desta negação pode ser identificada nas atuais reivindicações do Movimento Estudantil da área, a revogação das diretrizes curriculares e a reformulação dos currículos na perspectiva da unificação (TAFFAREL, 2012).

É crucial refletirmos sobre as análises elaboradas por Nozaki (2004), o autor destaca a adequação da Educação Física ao modelo de acumulação flexível, isto é, à nova base material produtiva; ao setor de serviços mediados pela transformação das práticas corporais em mercadorias, associado à nova ordem de precarização,

fragmentação e terceirização compelida pela ordem neoliberal vinculada à nova base material; ao novo modelo de regulação social, em sua relação de formador e formado, no seio dessa superestrutura. Noutras palavras, a Educação Física advém como meio para a adequação das consciências à ideologia da empregabilidade. Todas essas transformações têm, no processo de regulamentação da profissão, uma mediação determinante para suas efetivações.

A desvalorização da Educação Física está explícita nas tentativas de redução da carga horária das aulas e de eliminação de sua obrigatoriedade no campo da estrutura legal da própria educação, como observamos no texto inicial da LDB, de 1996. Apesar de o texto final da LDB pôr em evidência a obrigatoriedade da disciplina enquanto componente curricular, a reflexão de Nozaki (2004) confirma que as tentativas de sua exclusão no texto oficial apresentam-se como evidências de sua desvalorização no Projeto Político Pedagógico na escola. Compreendemos ainda que não seja possível a adaptação instantânea da Educação Física ao novo projeto dominante de formação para o trabalho, não explicita uma incapacidade dessa disciplina de atender aos anseios acima demandados para a formação do trabalhador flexível. Contudo, reportamo-nos em nossa análise à existência de uma nova intervenção da Educação Física com o projeto dominante; estamos nos referindo à educação da cultura corporal como “[...] artigo de luxo a ser ofertado nos setores de serviços fora da escola, em especial nas academias” (SOUSA SOBRINHO *et al.*, 2011, p. 03). Sadi (2013) coaduna com esta alegação quando assegura que, a respeito da educação, em um contexto de crise do capital e de contrarreformas neoliberais, devemos analisá-la como uma mercadoria com ampla aceitação no setor de serviços, a qual é tomada como meio de elevação da taxa de lucro do capital, para tanto:

[...] podemos considerar que os investimentos em instalações máquinas e matérias-primas na área de educação, em comparação aos salários, são relativamente menores diante de setores da produção, ou mesmo diante do setor de serviços da saúde. Isso significa novamente dizer que a composição orgânica baixa permite ao capital obter taxas mais elevadas de mais-valia. Como se consegue tal façanha? Produzindo grandes quantidades de mercadorias a custos inferiores aos do mercado e vendendo-as a preços abaixo dos valores de referência do mercado. Esse processo, justamente com os princípios de produção japonesa, inclui o “modelo” de qualidade como o termômetro de aferição dos acertos e erros, do “enxugamento” organizacional das instituições. Realiza-se através da cooperação/cooptação dos sujeitos, que devem se envolver, participar e “saber ser” na concepção e execução dos projetos. Nesse sentido, o capital penetra na educação como capital produtor de mercadorias (SADI, 2013 p. 09).

A partir das colocações de Sadi (2013), podemos apreender que a Educação Física desempenha uma nova mediação histórica com o projeto dominante, ao ter os conteúdos da cultura corporal ofertados como mercadorias no setor de serviços no chamado espaço não-escolar. A expansão da educação no setor de serviços tem como decorrência que os conteúdos da cultura corporal passam a compor as mercadorias no setor de lazer e saúde. As práticas corporais contraem um semblante de classe, já que estas se tornam acessíveis apenas à classe detentora do poder econômico, uma vez que estes conhecimentos passam a ser ofertados somente no setor de serviços, logo, tais conteúdos são excluídos da escola pública. Esse esvaziamento pedagógico da Educação Física repercute na perda de postos de trabalho na atividade docente no interior da escola pública em virtude do trabalho do professor liberal no campo de serviços no setor não escolar (SOUSA SOBRINHO *et al.*, 2011).

Sendo assim, há problemáticas da formação do trabalhador no atual Estado neoliberal da sociedade sob o domínio do modo de produção capitalista e vigência do modelo de formação por competências, desumanizando-o, coisificando-o, reificando-o, no ponto de vista ontológico.

Identifica-se que, a partir disso, é que decorreu a reforma universitária, a qual critica o modelo da universidade baseada na pesquisa, para passar a atender às demandas do mercado de trabalho, contribuindo para a formação de um novo tipo de trabalhador, que se adeque ao novo tipo de modo de produção. Para isso, a formação passará por uma transição; passou a ser baseada no modelo de formação por competências, que implica alegar que a formação não busca mais o processo de socializar o conhecimento historicamente constituído pela humanidade, pois a construção da historicidade humana, no caso da Educação Física, se caracteriza enquanto a cultura corporal. Todavia, o atual modelo de formação está centrado na formação de um novo padrão de trabalhador: “[...] amplo, generalista e iniciação à cultura específica do novo paradigma tecnológico ” (MACHADO, 1998, p.20). É necessário educar os trabalhadores para a competitividade, com ênfase para agirem em ocasiões imprevisíveis, que vão desde o emprego temporário, até o desemprego (LIMA, 2012).

Desta feita, consolida-se um modelo de formação técnico-instrumental, propagado pela lógica neoliberal ao atender os interesses do mercado de trabalho em

sua existência fenomênica – concretizando um novo modelo de formação de professores, referida por Scherer (2005) por possuir uma habilitação específica e supostas competências voltadas para intervenção no mercado de trabalho não escolar, ou seja, o mercado do bacharelado.

Portanto, os arautos do sistema CONFEF/CREF reforçam e defendem a resolução nº 07, de 31 de março de 2004 (CNE), com a defesa de um modelo de formação de bacharelado, o qual se caracteriza como a imposição de uma necessidade artificial do capital, que, ao mesmo tempo em que favorece o seu movimento metabólico de expansão e acumulação, adapta o trabalhador da Educação Física às condições neoliberais de venda da sua força de trabalho.

Em um estudo realizado por Proni (2010), que teve como objetivo mapear os tipos de ocupações e ramos de atividade econômica referentes à área da Educação Física no Brasil, a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE e a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), dos empregos de melhor qualidade oferecidos aos profissionais de Educação Física em estabelecimentos públicos e privados; após as análises dos referidos bancos de dados, o autor chegou às seguintes conclusões:

Pretende-se mostrar que a regulamentação da profissão produziu uma divisão entre duas “identidades profissionais” no interior da Educação Física, o que reforçou a segmentação deste mercado de trabalho altamente competitivo e marcado por situações muito desiguais. Além disso, procura-se enfatizar que o mercado de trabalho para os profissionais da Educação Física é menos estruturado que o destinado aos licenciados. E que a regulamentação da profissão procurou criar uma reserva de mercado, mas não foi suficiente para estruturar este amplo e diversificado mercado de trabalho, difundir um padrão de emprego adequado e elevar os níveis de remuneração (PRONI, 2010, p. 778).

Com isso, é necessário buscar uma alternativa a esse modelo de formação, o qual não é plausível no que diz respeito à realidade do curso, pois não condiz com os conhecimentos científicos acumulados ao longo da história desta área do conhecimento, bem como descaracteriza o fundamento do ser social, a partir de uma formação na qual os profissionais não se reconhecem enquanto seres ativos na sociedade. Portanto, a proposta da formação unificada levantada pelo movimento estudantil da Educação Física, acatada pelo Movimento Nacional Contra a Regulamentação do profissional de Educação Física (MNCR), está pautada na superação do atual modelo de formação fragmentada, desvinculada da realidade concreta.

A formação unificada possui o viés para enfrentar a divisão social do trabalho a partir de um trabalhador, professor que tenha uma formação de acordo com sua busca, possuindo um currículo crítico, emancipador e superador; que haja articulação entre teoria e práxis; que o homem compreenda como este chegou ao conhecimento do real, e não uma formação na qual os conteúdos a serem vivenciados estão desarticulados da realidade; que não haja articulação entre teoria e práxis; que os professores estejam à mercê dos ditames dos empregadores e das leis do mercado. Portanto, este modelo de formação surge como um projeto para a transição, buscando a superação do modelo de formação baseado na pedagogia das competências e que seja oposto aos interesses do neoliberalismo, possibilitando, com isso, a superação do modelo de formação unilateral para uma formação omnilateral.

As propostas de unificação são minoritárias, mas estão sendo levadas em cursos que discutem a reformulação e a possibilidade de unificação, como são exemplos os debates e as propostas na UFSM, UFRGS, UFG, UFBA, UEPA, UFMS, UNIMAT, entre outros (TAFFAREL, 2012). O processo necessita da precisão nos caminhos, disposições para que se dê o embate ao conservadorismo, que somente beneficia o capital, tanto na formação inicial e continuada do profissional professor de Educação Física, quanto na atuação em campos de trabalho.

Nesta acepção, estamos nos aliando às posições de resistência e de ofensiva e protegendo a tese da necessidade da formação unificada em um único curso de Graduação: Licenciatura Plena de Caráter Ampliado, que deverá ser acrescentado com cursos de especialização, mestrado e doutorado que aprofundarão a sólida base teórica, a consciência de classe, a formação política e a autodeterminação revolucionária dos professores de Educação Física formados nas universidades, com autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial; e no princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

Para materialidade dessa proposta de formação é importante garantir na formação inicial ensino e aprendizagens de caráter multiprofissional que se apresentam tanto na formação quanto na atuação profissional, inclusão dos saberes construídos nas áreas das Ciências Biológica/Saúde, Ciências Humanas/Sociais, da terra, das Ciências Exatas, da Filosofia e das Artes, o domínio dos macroconceitos da área (Esporte, Saúde, Lazer e as demais práticas corporais), domínio sobre os fundamentos dos

conhecimentos (Teoria do conhecimento e teoria da aprendizagem), domínios sobre docência (Organização do trabalho pedagógico – teoria pedagógica e metodologias específicas); de forma que sejam articulados transversalmente durante todo o curso, que tenham uma articulação permanente com os cenários de práticas e reflexões críticas em profundidade, com vista a construir novas estratégias e ações de superação dos desafios postos na realidade, ou seja, o trabalho docente é a base de sua formação acadêmica (TAFFAREL *et al*, 2007; TAFFAREL; SANTOS JUNIOR, 2010).

A proposição da Licenciatura Plena de Caráter Ampliado só será uma resposta sólida ao atual contexto da formação do profissional professor de Educação Física, inicialmente se contrapor a preparação para o mercado de trabalho, e sim com vista às reivindicações dos trabalhadores, considerando a Educação Física enquanto campo de estudo e ação profissional multidisciplinar e interdisciplinar, que venha a garantir a todo cidadão conhecimentos inerentes e acumulados sobre a cultura corporal desenvolvida como direito inalienável, considerada como patrimônio histórico da humanidade e que venha compor o processo de construção humana individual e coletiva (TAFFAREL; SANTOS JUNIOR, 2007).

A partir das reflexões e proposições, observa-se que a formação diferenciada entre licenciatura e bacharelado caminham na contra mão de uma formação ampliada e humana, de caráter multidisciplinar e interdisciplinar, social, crítica e criativa, inviabilizando mudanças do real concreto como as condições de formação e de atuação profissional. Assim, a fragmentação da formação, em especial o bacharelado, é um atraso para a Educação Física, pois apenas garante a divisão social do trabalho e da categoria profissional, e “[...] cinde a formação de maneira abstrata e tenta aprisionar o debate sustentado no senso comum” (TAFFAREL; SANTOS JUNIOR, 2010, p.39).

A formação inicial implica diretamente na atuação profissional que, conseqüentemente, poderá contribuir para as transformações necessárias do cenário de prática ou reforçar concepções e atuações hegemônicas existentes como, por exemplo, no campo escolar, aulas de Educação Física separadas por sexo; no esporte, o desenvolvimento da performance/rendimento ou uso das técnicas das modalidades com base única para o ensino do esporte na escola; no campo da saúde, desenvolver a atividade física com vistas à prevenção ou manutenção restrita da saúde física e as práticas corporais no tempo do lazer, enquanto uma mercadoria em detrimento do direito.

Esse modelo de formação, calcado na fragmentação do conhecimento, aliado à ausência de uma base teórica e crítica sobre formação e mundo do trabalho em Educação Física, tem gerado mais reflexões críticas e proposições formuladas por pesquisadores, no caso da saúde pública/coletiva. Autores como Luz (2007), Bagrichevsky (2007), Rocha e Centurião (2007), Ceccim e Bilibio (2007) enfatizam a necessidade de mudanças na formação e atuação profissional professor de Educação Física para garantir o arcabouço legal e os desafios do SUS na gestão, atenção, ensino e controle social. Nesse sentido, apresentaremos a seguir a relação do que foi debatido sobre a formação inicial em Educação Física até aqui com o contexto da saúde pública/coletiva e mostrar como esse setor aponta para uma formação ampliada de base humanista, crítica, política e em defesa dos direitos dos usuários e, conseqüentemente, dos trabalhadores.

Conforme o que é defendido pelos arautos do Sistema CONFEF/CREF's em suas teses superficiais, é o bacharelado em Educação Física que tem a tal competência para atuação no campo da saúde pública, conforme o texto que legaliza a relação da formação e atuação, a Lei das Diretrizes Curriculares aprovada pela resolução nº 07, de 31 de março de 2004 do Conselho Nacional de Educação (CNE), apresentada anteriormente. Desse modo, a formação em Educação Física Bacharelado reforçaria proposições contra o movimento sanitaria a favor de uma formação que supere a lógica biomédica de produzir uma suposta saúde, ainda centrada na doença e na cura, desde a formação e sua atuação no setor da saúde pública.

É inegável que o atual modelo de formação do bacharelado em Educação Física contribui para a concepção biologicista com reforço ao modelo biomecânico, na construção de corpos “treinados” (caso do esporte), ou de “adestrar” (caso das ginásticas) e de “habilitar” (caso da educação física escolar) o corpo dos praticantes com foco no desempenho físico (LUZ, 2007). Portanto, é um constante desafio em nossas práticas a compreensão ampliada de saúde e da inserção da Educação Física na Saúde Coletiva.

Observamos que no campo da saúde urge a necessidade de incluir conhecimentos das ciências sociais e humanas, conhecida como saúde coletiva, nos currículos das categorias da área da saúde. Em outras palavras, esse tensionamento corrobora com a formação em Licenciatura Plena e Ampliada, onde propõem que as

áreas de conhecimentos das ciências sociais/humanas façam parte do currículo do estudante de Educação Física. A inclusão de práxis pedagógica na perspectiva da saúde coletiva, com domínios de conhecimento que ampliem a compreensão do processo de produção de saúde ou doença enquanto um fenômeno social; que busque a superação o modelo de corpo para além do biomecânico, incluindo concepções de corporeidade às categorias de saúde, vida e vitalidade, como expressão de um todo que não se esgota no “físico”, vão ao encontro das proposições curriculares defendidas na formação Licenciatura Plena Ampliada em Educação Física.

Todos esses modelos ou paradigmas colocados nos interessam como concepções que orientam o fazer do profissional professor de Educação Física, mas o último modelo citado nos dá uma liberdade de utilizar os conteúdos da educação física de maneira que sejam significativos para os usuários e coletivos, que dialogue com os princípios e diretrizes do SUS.

A lógica da formação profissional e da atenção centrada na doença conduz a uma noção de saúde relativa, considerando os aspectos orgânicos, por suas especificidades anatomofisiológicas, tratados de acordo com os sinais e sintomas manifestos, desconsiderando a compreensão da determinação social da saúde que requer a mobilização de outros saberes para além da concepção biomédica (ROCHA; CENTURIÃO, 2007).

O que se observa é uma forte influência com postura conservadora nos cursos de graduação da saúde, a predominância da dimensão técnica, reflexo do reforço das corporações profissionais e das exigências do mercado, uma forte desarticulação do ensino com o serviço, abordagens pedagógicas centradas em conteúdos e no professor como o detentor do conhecimento (FEUERWERKER, 2002).

Em um estudo realizado sobre a formação em Educação Física, referente à disciplina e estágios sobre e no SUS, a partir dos Projetos Políticos Pedagógicos de dois cursos de Educação Física na região Sudeste, evidenciamos as seguintes análises:

Não há direcionamento dos cursos para o campo da saúde e os bacharéis têm mais respaldo em saúde do que os licenciados; predominam as disciplinas de abordagem curativa, prescritiva; nenhuma das instituições possui o conjunto de disciplinas Saúde Coletiva, Saúde Pública e algumas nem as contemplam; o estágio no serviço público de saúde, na Atenção Básica, não é previsto em nenhuma instituição (ANJOS; DUARTE, 2009 p. 1128).

Percebemos que esses modelos de currículos apontam para uma concepção de Educação Física centrada na aptidão física, com aprendizagem focada nas técnicas motoras estereotipadas com vistas ao desporto e à saúde individual; uma visão reducionista, de forma que a prática se distancia de uma reflexão crítica contextualizada com aspecto da cultura corporal, com justificativas unilaterais de seus currículos (MOCKER, 1992 *apud* BAGRICHEVSKY, 2007).

Outro estudo que aponta para o distanciamento da formação do graduado em Educação Física e sua atuação e papel na Atenção Básica, foi evidenciado na revisão sistemática realizada por Rodrigues *et al* (2013), que a atual formação do profissional de Educação Física não contempla suficientemente sua atuação na Atenção Básica à saúde.

Ainda para atingir esse distanciamento da formação do graduando em Educação Física, Pasquim (2010) analisou os currículos do referido curso em duas IES do Estado de São Paulo, que objetivou compreender o ensino de saúde coletiva em dois cursos de Educação Física a partir de análises documental e entrevista com os docentes das disciplinas referente à saúde coletiva/pública. O autor chegou às seguintes conclusões:

A Saúde Coletiva é uma perspectiva marginalizada nos cursos; está isolada em disciplinas com pequena carga horária e enormes dificuldades em estabelecer contatos com a prática profissional. Embora constitua elemento de dissenso dentro de um programa pedagógico conservador, as disciplinas específicas, em ambas as faculdades, parecem não ter densidade suficiente para produzir superações curriculares que permitam o desenvolvimento da própria Saúde Coletiva (PASQUIM, 2010, p. 193).

Para ampliar os desafios vividos pelos graduandos em Educação Física, em especial do currículo do bacharelado, o estudo elaborado por Oliveira (2013) em uma IES pública na zona Norte do Estado do Ceará, concluiu, ao analisar a sua formação em Educação Física Bacharelado, que sua relação com a experiência em um projeto de extensão vivenciado na realidade do SUS reforça as constatações de Pasquim (2010), Rodrigues *et al* (2013) e outros que formulam conhecimento crítico com o campo da saúde e formação em Educação Física. Para Oliveira (2013), a formação em bacharelado nessa IES:

[...] é possível perceber a carência, as dificuldades e falhas que o curso ainda enfrenta para formar profissionais de Educação Física de qualidade para assumir funções nos serviços de saúde pública. Problemas estes gerados possivelmente pela formulação de uma grade curricular ainda engessada na construção de um perfil profissional direcionado ao modelo biomecânico, ou seja, profissionais preparados para espaços onde o enfoque seja o *fitness*,

treinamento desportivo e de alto rendimento, enfatizando assim o caráter tecnicista das atividades que envolvem o campo da Educação Física no que concerne à busca de desenvolvimento das capacidades físicas [...] (OLIVEIRA, 2013, p. 38).

Parece ser o bastante para entendemos a formação do graduado em Educação Física com vistas ao que se propõe o bacharelado. Em sua relação com o campo da saúde pública/coletiva são apontadas pelos estudos muitas lacunas, ao mesmo tempo em que tais problemas contribuem para repensar o modelo de formação e apontar saídas para a superação dos desafios.

Mesmo com todas as mudanças que vêm ocorrendo no setor da saúde, a graduação apresenta limitações para acompanhar a realidade dos serviços de saúde e a complexidade dos problemas sociais desta área. E esse acompanhamento não significa estarem juntos; perpassa por concepções, visão política de educação, de saúde em defesa do SUS e da vida. Desse modo, a formação de profissionais da saúde deve ter como finalidade a qualidade da atenção à saúde das pessoas, participação nos espaços de gestão e do controle social, como locais de ensino e aprendizado, de práticas de saúde e de produção de saber (ROCHA; CENTURIÃO, 2007).

É evidente que as estratégias podem emergir do próprio SUS, da IES, do Ministério da Saúde (MS) ou movimentos sociais em defesa da formação para o SUS, ou de articulações destes segmentos. A seguir, apresentaremos algumas estratégias para superar tais problemas na formação em Educação Física.

Regulamentado pela Portaria MS/MEC nº 2.101/2005, o Pró-Saúde inicialmente contemplava os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia. Posteriormente, em 2007, pela Portaria MS/MEC nº 3.019, estendeu-se o programa para os demais cursos da área da saúde. Com vistas à integração ensino-serviço, o programa visa à reorientação da formação profissional em uma abordagem integral do processo saúde-doença, com ênfase na Atenção Básica, mediante transformações na prestação de serviços à população (BRASIL, 2011).

Outra iniciativa surgida como uma das estratégias do Pró-Saúde foi o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), criado em 2008 e voltado à integração ensino, serviço e comunidade. O PET-Saúde, regulamentado pela Portaria MS/MEC nº 421/2010, foi inspirado no Programa de Educação Tutorial (PET/MEC) e desenvolve ações para fortalecer a Atenção Básica em saúde, de acordo com os

princípios e diretrizes do SUS. Tem como objetivo fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes das graduações em saúde, de acordo com as necessidades do SUS (BRASIL, 2011).

Além disso, o PET-Saúde tem como missão a tarefa de facilitar o processo de integração ensino-serviço, institucionalizar as atividades pedagógicas dos profissionais do serviço; valorizar esta atividade pedagógica; promover a capacitação docente dos profissionais do serviço; estimular a inserção das necessidades do serviço como fonte de produção de conhecimento e pesquisa na universidade; e estimular o ingresso de profissionais do serviço na carreira docente (PRÓ-SAÚDE, 2009).

Em 2011, acontece a articulação das duas iniciativas, Pró-Saúde e Pet-Saúde. A finalidade desta junção em único programa, conhecido como Pró Pet Saúde¹⁸, aponta para a integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho enquanto estratégia práxis para pensar a prática, construir novos saberes e transformar a formação acadêmica, em especial propor mudanças nos currículos dos cursos envolvidos. A participação da IES é articular os cursos da área da saúde, envolver o docente na função de tutor, trabalhar com ênfase nas áreas estratégicas do SUS, conforme as políticas, programas com base nas análises de saúde local.

Apesar da relevância institucional e intersetorial para o SUS diante a necessidade de mudança na formação e aproximação dos graduandos nos serviços de saúde, produção científica voltada para o setor saúde, Matias (2013) aponta que essa proposta causou estranhamento no movimento estudantil, devido à sua ausência, enquanto sujeito protagonista, no processo de pensar sua formação; além disso, essas estratégias muitas vezes limitaram-se ao universo acadêmico, desmotivando a construção de autonomia estudantil local.

¹⁸ A reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino-aprendizagem e de prestação de serviços de saúde à população; e a fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o serviço público de saúde, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e formação de estudantes de cursos de graduação da área da saúde, tendo em perspectiva a qualificação da atenção e a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas IE. (BRASIL, 2013, p. 268).

Desse modo, podemos perceber que existe uma intencionalidade por parte dos segmentos que compõem e constituem o Pró-Pet Saúde, entretanto se faz necessária a participação dos estudantes desde a construção dos projetos, embora essa produção fique na função do docente e com pouca articulação com os atores do serviço de saúde. Pasquim (2010) alerta que o currículo não é a única saída ou alternativa de aproximação do estudante com o conhecimento da Saúde Coletiva, tampouco ter o nome significa que acontecem processos pedagógicos que articulem ensino, pesquisa e extensão.

O exemplo do pensamento de Pasquim é o projeto VER-SUS, integrante da Política de Educação para o SUS. Este surgiu em 2003 como projeto político-pedagógico do Ministério da Saúde, a partir do diálogo com o Movimento Estudantil (ME), buscando proporcionar aos estudantes a vivência e a realidade do SUS, a fim de se formarem enquanto profissionais críticos e comprometidos com as necessidades de saúde da comunidade. Além disso, o VER-SUS se propõe a promover a integração dos futuros profissionais à realidade da organização dos serviços, permitindo criar uma subjetividade tal que possa gerar nos estudantes um senso crítico formador de militância para o SUS.

De acordo com Canônico e Bretas (2008), o VER-SUS tem como eixos norteadores promover oportunidade aos participantes para vivenciar conquistas e desafios inerentes ao SUS e aprofundar a discussão sobre o trabalho em equipe, gestão, atenção à saúde, educação e controle social. Ainda fomentar as discussões sobre a importância dos movimentos sociais, e o movimento estudantil modo tal, deve ser um dispositivo de reflexão junto aos serviços, comunidade e IES, repensando os novos modelos de formação, coerentes com a realidade de uma sociedade mais justa, na defesa da saúde como uma política social.

Outras estratégias são articuladas por docentes através de grupos de estudo e pesquisa envolvendo a integração entre graduação e pós-graduação para problematizar, intervir e sistematizar conhecimentos e práticas sob a ótica da Educação Física e Saúde Coletiva. Na literatura existe registro do grupo de Educação Física, Saúde Coletiva e Filosofia – USP; Políticas de Formação em Educação Física e Saúde (Polifes) – UFRGS, onde apresentam uma trajetória e acúmulo de formulação teórica e prática com consistência institucional e disseminação de conhecimento através de Trabalho de

Conclusão de Curso (TCC), dissertações e teses, bem como livros e encontros científicos. A seguir, apresentam-se os objetivos dos dois grupos, respectivamente:

USP: problematizar a relação ‘atividade física e saúde’, desnaturalizá-la e, ao mesmo tempo, propor outros modos de intervir com os conteúdos da área específica, a partir das ciências humanas e sociais e no diálogo e na articulação com o campo acadêmico saúde coletiva. Dedicar-se a investigar questões referentes às políticas de formação no campo da educação física em interface com as áreas da educação e da saúde coletiva. UFRGS: Acolher projetos que examinam, dentro de uma perspectiva preferentemente biopolítica, a implicação dos preceitos da vida ativa e da vida saudável na cultura corporal de movimento, na educação dos corpos e na regulação da saúde. Currículo, docência, práticas corporais em serviços de saúde, programas de promoção da atividade física e artefatos culturais midiáticos compõem o terreno investigativo sobre o qual as pesquisas se desenvolvem (FRAGA *et al* 2013, p. 371-372).

Destacamos que esse debate e formulações do campo da Educação Física para o cenário da saúde coletiva tem se constituído especificamente nas regiões Sudeste e Sul. Esse movimento se deve ao fato de que há um número maior de pós-graduações na área da Educação Física com relação ao Nordeste e Norte, por exemplo. Mesmo considerando que um dos locais que avançou com a Estratégia Saúde da Família - com reorganização da Atenção Básica a partir da implantação do Programa do Agente Comunitário de Saúde (PACS), por exemplo - foi o Nordeste, entre eles o estado do Ceará, ainda não conseguimos de forma efetiva garantir esse debate e formulações no campo da pós-graduação em Educação Física, embora muitos profissionais professores de Educação Física tenham acesso aos programas de Residência Multiprofissional no campo da saúde pública, ou optem por pós-graduações em saúde coletiva, educação ou em saúde da família. Recentemente, em 2011, foi inaugurado o primeiro programa pela Universidade Federal do Ceará (UFC) no interior do Ceará, o Mestrado Acadêmico em Saúde da Família.

Até aqui observamos vários problemas que levam ao distanciamento da Educação Física com o acúmulo histórico que o SUS tem construído ao longo de sua trajetória. Parece até que, sobre saúde, a Educação Física entende melhor de aptidões físicas. É evidente que essa noção de saúde é demarcada pelas instituições militares e médicas, que construíram uma Educação Física voltada para o corpo socialmente higiênico e eugênico. É contraditório, se a Educação Física tanto propagou e abordou o tema da saúde, muito pouco debatemos sobre a saúde em nossa sociedade, como bem destaca Castellani Filho (2013, p. 42) ao afirmar que “[...] a Educação Física brasileira

desconhece o SUS! Ela não sabe o que é o SUS, presente entre nós há anos e referência obrigatória nos debates da política de saúde, notadamente na América Latina”.

À guisa de fechamento desse capítulo, que tem como finalidade refletir a formação inicial no atual contexto, propondo uma reformulação não apenas curricular, e sim de práticas pedagógicas, articulando a tríade da universidade *ensino, pesquisa e extensão* para uma formação humana, crítica, política e superadora da exploração do homem pelo homem, sendo a educação uma estratégia real para superação dos problemas, seja no cenário da educação básica, superior ou nos campos de trabalho, especificamente na saúde pública brasileira.

O exemplo do que foi exposto até aqui, referente ao debate da formação inicial como um dos cenários de prática, existe também na literatura um grande aporte teórico-crítico e propositivo na relação formação inicial e atuação na escola (Educação Física Escolar), nas políticas de Esporte e Lazer, em especial nos últimos tempos, quando esse debate ganhou mais densidade devido ao papel do Estado em garantir seja políticas, programas ou projetos que ampliem o acesso da sociedade aos serviços de esporte e lazer (Programa Segundo Tempo, Programa Esporte e Lazer da Cidade) e em outros cenários de práticas como academias/*fitness*.

Essas outras temáticas estão abordadas no capítulo referente às análises e discussões dos resultados, tendo em vista que emergiu do campo de pesquisa egressos da residência atuando na educação básica através da educação física escolar, nas políticas públicas de esporte e lazer, na graduação em educação física, pós-graduações na área da saúde especializações *strictu sensu* e *lato sensu*, projetos de extensão como PET Saúde e área *fitness*.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo/Abordagem

Em conformidade com o aporte teórico deste projeto, que aponta para uma práxis, estão envolvidas concepções e práticas interligadas no modo de produzir saúde. Para essa pesquisa, a metodologia se configura como um conjunto de vinculações entre ideias, opções e práticas. Essa conexão se assemelha com o campo empírico do estudo, pois este apresenta diferentes sujeitos com distintas atuações e modos de trabalho em educação física, em cenários de prática semelhantes ou diferentes, oriundos de diferentes programas de RMSF, de projeto políticos pedagógicos e território com equipes multiprofissionais de aprendizagens diversificadas.

Esse campo empírico instiga a “[...] criatividade do pesquisador” Minayo, 2010, p. 44) e contribuiu com reflexões nos sujeitos sobre as repercussões dos programas de RMSF no exercício profissional do professor de Educação Física. Para além disso, essa interrelação de pesquisador e sujeitos da pesquisa, numa mútua relação de aprendizagem, permitiu a exploração do objeto estudado a partir das atividades laborais nos cenários de prática do egresso.

A aproximação com o campo empírico permitiu elaborar pensamentos compreensivos, reflexivos e críticos, para melhor análise da formação multiprofissional em Saúde da Família e sua relação com o cotidiano nos espaços de práticas, assim como para uma maior qualificação do exercício do profissional professor de Educação Física, egresso dos programas de RMSF de Sobral e Fortaleza.

Para o alcance do que inicialmente se propõe esta pesquisa, a abordagem qualitativa foi devido à sua essência investigativa, que enfoca os significados atribuídos pelas pessoas à trajetória das experiências, à vivência cotidiana no mundo do trabalho e como esta é percebida pelos sujeitos.

Nesse sentido, a abordagem qualitativa possibilitou aproximação com os sujeitos para apreender, interagir, analisar, dialogar e apurar compreensões acerca da repercussão da formação em Residência Multiprofissional no contexto da ESF/APS e mundo do trabalho do profissional professor de Educação Física. Nesse estudo, a atenção ao rigor, à sistematicidade, ao planejamento, às análises ponderadas e cuidadosas das informações foram exigidas e realizadas conforme as exigências de uma pesquisa científica (MAY, 2005).

Este trabalho tem caráter exploratório-descritivo e uma abordagem qualitativa. Durante o processo de construção desse estudo, corroboramos com o pensamento de Leopardi (2002), ao destacar que nesse tipo de pesquisa tenta-se compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos. Gil, (2011), colocou, ou seja, a pesquisa exploratório-descritiva acaba servindo para proporcionar uma nova visão do problema e da prática, muitas delas são aplicadas no campo educacional e nos espaços de trabalho, pois possibilitam a aproximação com determinado(s) fato(s).

A proposta metodológica escolhida para esse estudo garantiu compreender o processo de educação pelo trabalho vivido pelos sujeitos sócio-históricos participantes da pesquisa e do contexto no qual ocorre o exercício profissional e sua relação com a formação nos programas de RMSF do Ceará.

De fato, essa experiência científica de dimensão qualitativa envolveu a interação pesquisador-participante, a qual se envolveu com interpretações das realidades sociais, e a exploração de espectros de opiniões em um grupo social específico, no caso, os profissionais professores de Educação Física egressos dos programas de RMSF (BAUER; GASKELL, 2002). Os autores reforçam que, no estudo qualitativo,

[...] o pesquisador quer entender diferentes ambientes sociais no espaço social, no caso foi perceptível a escola, Atenção Básica à Saúde (gestão e assistência), Universidade (extensão e ensino), Academia (*fitness*), Secretaria de Esporte (políticas de esporte e lazer), Escola de Saúde Pública (docência na assistência, gestão de projetos) tipificando estratos sociais e funções, ou

combinações deles, juntamente com representações específicas (BAUER; GASKELL, 2002, p. 57).

A busca na literatura sobre o objeto de estudo motivou a apropriação do campo social, onde se manifestam várias representações, crenças, significados, sentidos, afetos, entre outras dimensões sobre a formação na RMSF com relação ao que contribui e/ou não com o cenário de prática atual. Assim, conforme Minayo (2012), o estudo qualitativo possibilita a interrelação subjetiva e objetiva da realidade, contida na relação do pesquisador com o sujeito.

3.2 Cenários de Estudo

O cenário da pesquisa compreende os municípios Sobral e Fortaleza no estado do Ceará. Sobral-CE está localizado ao Noroeste do estado do Ceará, possuindo uma área de unidade territorial 2.122,89795 Km² e população estimada de 193.134 habitantes; 51.274 famílias, sendo, 45.938 na zona urbana e 5.876 na zona rural. Apresenta ainda uma densidade demográfica média de 88,67 habitantes/Km², acima da apresentada pelo estado do Ceará, que é de 56,76 habitantes/Km² (IBGE, 2013).

O município de Sobral, por meio da Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde, a partir de 1997, adotou um novo modelo de assistência em saúde não mais como ausência de doença, a partir da reorganização dos serviços com ampliação da Atenção Básica à luz do modelo técnico-assistencial da Estratégia Saúde da Família como ordenadora do cuidado integral e longitudinal.

Em consonância com o novo modelo de assistência à saúde, implanta-se a política de educação permanente em saúde como ideia-força para as mudanças nas práticas e saberes em saúde, para a reorganização dos serviços de saúde, sendo a atenção básica a coordenadora do cuidado. Nesse sentido, em 1999 implanta-se a RMSF como estratégia de formação através da educação pelo trabalho, em especial o trabalho em equipe multiprofissional, nos territórios da Estratégia Saúde da Família. Atualmente conta com 59 equipes de saúde da Família, seis de equipes de NASF e 12 equipes de RMSF.

Em Fortaleza, município com 2.300.000 habitantes, aproximadamente 1.950.000 de cidadãos(ãs) vivem em situação de maior vulnerabilidade e que necessariamente deveriam ter acesso à atenção básica (FORTALEZA, 2007). Mas é a partir de 2005 que a prefeitura decidiu adotar a Estratégia Saúde da Família como modelo estruturante da rede de serviço de saúde do SUS local. Essa decisão foi baseada nos resultados de desempenho insuficientes do sistema de saúde de Fortaleza, que até então contava com coberturas mínimas de atenção básica à saúde, pois atualmente o município conta com 248 equipes de saúde da família e 113 equipes do programa de Agente Comunitário de Saúde. (FORTALEZA, 2007).

É importante destacar o avanço na cobertura de equipes de saúde da família após o concurso realizado, que aumentou de 15% para 70% de cobertura nas áreas prioritárias. Essa cobertura só foi possível a partir da inserção de 850 profissionais da saúde para iniciar as atividades nas Unidades Básicas de Saúde, compostas por 300 médicos, 250 cirurgiões-dentistas e 300 enfermeiros (FORTALEZA, 2007).

Paralelo ao processo de inserção de profissionais de saúde na AB, o município adota a educação permanente como política estruturante de organização e gestão dos serviços, sobre a concepção do Sistema Municipal Saúde Escola, com ações realizadas em parceria com instituições governamentais e não governamentais (FORTALEZA, 2007).

Em 2007, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) de Fortaleza foi implantada no município, dessa vez em parceria com instituições de ensino superior de Fortaleza e o Ministério da Saúde, que teve orientação de atuar conjuntamente com a Residência de Medicina de Família e Comunidade que já vinha em desenvolvimento (FORTALEZA, 2007).

O processo de inserção dos programas de RMSF em Fortaleza e Sobral é fruto de uma visão de saúde enquanto qualidade de vida, que visa à estruturação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família na sua área de atuação como sujeitos ativos, com base na realidade do território, com a devida supervisão, apoio e suporte pedagógico para aprendizagem técnica (FORTALEZA, 2007; SOBRAL, 2008; SOBRAL, 2012).

Com vistas às razões políticas, técnicas e pedagógicas na inserção das RMSF nos dois municípios, ambos os programas apresentam aporte teórico, metodológico, pedagógico, operacional e avaliativo semelhantes.

Ambas as RMSF têm como referencial teórico e metodológico a promoção da saúde, educação permanente em saúde, educação popular, abordagem por competência, tenda invertida¹⁹, método da roda (CAMPOS, 2000) sobre o trabalho e equipe multiprofissional. Quanto à organização didática dos momentos teóricos e práticos, ambas se utilizam das técnicas de oficina pedagógica, seminários e aulas expositivas, na perspectiva da problematização, reflexão e significação dos aprendizados com o cotidiano do território.

Em relação à divisão da carga horária proposta pela CNRMS, que são 60h semanais, ambos os programas distribuem 80% do tempo em atividade de território e no CSF, e os outros 20% em atividades teóricas práticas. Outro destaque é quanto à apropriação dos demais serviços que compõem a rede local, que são chamados de estágio de vivência em Sobral e estágios nos ambulatórios especializados, no caso de Fortaleza. Observa-se que o residente, durante seus dois anos de formação, perpassa por outros adensamentos tecnológicos de saúde que apresentam interface com a sua categoria profissional (FORTALEZA, 2007; SOBRAL, 2008; SOBRAL 2012).

São a partir destas características que os professores de Educação Física foram inseridos no processo de formação em RMSF no Ceará. É importante destacar que os desenhos e arranjos dos programas durante a conclusão de uma turma para outra passam por adaptações oriundas de resoluções que orientam os programas como expertise dos mesmos ao perceberem a necessidade de buscar uma formação mais orgânica, prazerosa e significativa para os seus sujeitos participantes, em especial os residentes. Assim, das 11 entrevistas, três foram realizadas fora do espaço de trabalho e as demais no local de atuação, sendo um encontro na cidade de Fortaleza e dez em Sobral.

A trajetória do programa da RMSF de Sobral muito tem avançado para formação de profissionais para AB/ESF/SUS. Em Fortaleza, muitos foram os objetivos finalísticos da RMSF, considerando que os dois programas deixam pistas para o que se propõe encontrar sobre o perfil do egresso como elementos essenciais para analisar as repercussões dessa formação no atual exercício profissional, em especial do profissional de Educação Física.

¹⁹ Tenda invertida: conceito elaborado por Andrade (2004), que implica outra concepção de educação em saúde, pois o “mestre” vai à tenda do aprendiz, ou seja, o docente no Centro de Saúde da Família e território de abrangência contribui com o processo de aprendizagem do estudante aprendiz (o residente), na perspectiva de construção e reconstrução de conhecimentos.

A partir dos projetos políticos pedagógicos, de estratégias educativas, metodológicas e conceitos que orientam o modo de desenvolver os programas de RMSF do Ceará, conclui-se que os programas apresentam pontos em comum e outros que se diferenciam devido à especificidade histórica e a singularidade política local, que são determinantes no modo de fazer residência multiprofissional em saúde.

3.3 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos são os profissionais professores de Educação Física egressos das turmas de RMSF dos programas de Fortaleza e de Sobral. Como critérios de inclusão do estudo, elegeu-se: ter concluído sua formação com 100% da carga horária estabelecida e ter apresentado o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) no período estabelecido pelo programa; dar sua anuência ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Em relação ao programa de Sobral, os entrevistados foram os sujeitos formados desde a 2ª à 8ª turma de RMSF e, no caso de Fortaleza, devido a não oferta de vagas para profissionais Professores de Educação Física nas 2ª e 3ª turmas da RMSFC, participaram apenas os que se formaram na 1ª turma de RMSFC.

O universo quanto à quantidade de profissionais de Educação Física parte do número de matriculados nos dois Programas e a quantidade de profissionais que concluíram. Assim, em Fortaleza foram matriculados seis e um concluiu, em Sobral foram 18 matriculados e 15 concludentes, e um é o pesquisador. Desse número, a representatividade de sujeitos para esse estudo era prevista 14 de Sobral e 1 de Fortaleza. No entanto, com a minha inserção no campo foi possível realizar entrevistas com 11 egressos, 10 do programa de Sobral e 01 do programa de Fortaleza. Quanto aos demais que não participaram, uma estava desempregada e o outro sujeito era do programa de Fortaleza, que não atendia aos critérios de inclusão; e os demais não tiveram interesse em participar da pesquisa. Assim, a amostra nesse estudo foi intencional, pois a seleção é reflexo do objeto e objetivos da pesquisa (DYNIEWICZ, 2009).

O contato com os participantes foi através das redes *online*, como correio eletrônico, onde foi enviando um *email* convite com informações sobre o estudo (breve

introdução, objetivo, técnica e instrumento de coleta de informação), em seguida, com os que confirmaram, foi mantido o contato através do *Facebook* e *Whatsapp*, mas sempre um dia ou turno antes do agendamento realizamos ligações para confirmação da entrevista.

3.4 Etapas para coleta e análise das informações

3.4.1 Técnicas e instrumentos de pesquisa

A coleta de informações ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, a qual foi realizada pelo pesquisador, no período de fevereiro a março de 2014. Essa técnica favoreceu aos informantes alcance da liberdade e da espontaneidade necessária, conforme destaca Triviños (2001). A entrevista emergiu de alguns questionamentos (APÊNDICE A) de interesse do objeto de estudo.

Nesse estudo, seguiu-se as seguintes etapas para realização das entrevistas, ou seja, a confirmação do encontro e agendamento do local; horário e turno foram marcados através de ligações telefônicas. O agendamento respeitou a disponibilidade do entrevistado; *a priori* um tempo de duas horas. Por oportuno, explicamos novamente ao participante o objetivo da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido com a informação sobre liberdade para interrompê-la e sobre o caráter sigiloso de suas informações. Após essas etapas o participante assinou o TCLE; e prosseguiu-se com a realização da entrevista, utilizando dois gravadores.

De acordo com Turato (2010), a entrevista possibilita um aprofundamento do entrevistado no tema, e a entrevista semiestruturada é um instrumento que permite o conhecimento tanto do entrevistado como, de certo modo, do entrevistador, representando ganhos que enriquecem as informações segundo os objetivos propostos.

Para a entrevista semiestruturada foi utilizada a abordagem da *Critical Incident Technique* (TIC). Conhecida como TIC, essa investida surge nos Estados Unidos da América, o autor é o Jonh Flanagan, uma das grandes autoridades no campo da

Psicologia e Educação norte-americana. Para Flanagan (1954), o criador da técnica, o incidente se concebe:

Por incidente entende-se toda atividade humana observável, suficientemente completa, para que por meio dela se possam fazer induções ou previsões sobre o indivíduo que realiza a ação. Para ser crítico um incidente deve dar-se numa situação tal que o fim ou intenção da ação apareçam suficientemente claros ao observador e que as consequências da ação sejam evidentes (FLANAGAN, 1954 apud ALMEIDA, 2009, p. 183).

Para os autores, o TIC é uma alternativa para investigações no campo da educação e formação de adultos. Nesse sentido, existem trabalhos no campo da formação e atuação de profissionais de saúde que utilizaram a TIC como método de coleta de informações “[...] que consiste em uma forma de obtenção de dados qualitativos, utilizada nas últimas décadas na área da enfermagem, pela sua capacidade de acessar a subjetividade das pessoas que vivenciaram determinadas situações” (RIBEIRO *et al*, 2012, p. 163). Como resultado, a autora encontrou dezessete artigos, e destes, 76,5% foram estudos realizados no Brasil (RIBEIRO *et. al*, 2012).

- **A Técnica do Incidente Crítico (TIC)**

Em um dos resultados do uso das TIC no estudo de Ribeiro et al. (2012), observamos que o uso desta técnica possibilita:

A praticidade, flexibilidade, eficiência e completude da TIC como método para coleta e análise das informações. As características do método permitem a percepção de vários aspectos, que vão além do objetivo proposto e favorece o alcance dos resultados; ainda apontam que a identificação e a categorização das situações, comportamentos e consequências com polaridades positivas ou negativas, viabilizam a identificação clara e objetiva dos problemas, permitindo intervenções rápidas. Por essa razão, a técnica foi apontada como eficiente para o alcance dos objetivos pretendidos (RIBEIRO et al. 2012, p.166)

A partir do exposto sobre a TIC enquanto método de coleta de informações qualitativas e sua relevância a partir de outros estudos, realizados no campo da educação e atuação profissional, Ribeiro (2012) constatou que as TIC, no campo da enfermagem hospitalar.

Como todo método de coleta de informações em pesquisa qualitativa, a TIC apresenta algumas vantagens e desvantagens, que foram identificadas por Serrano (2006). A seguir, as observações elaboradas pela autora são:

A flexibilidade do Método, que pode ser utilizado em várias áreas do conhecimento; O recolhimento dos dados na perspectiva do entrevistado e por suas palavras; O respondente não é forçado a nenhuma resposta sugerida;

A possibilidade de identificar eventos raros que podem não ser encontrados por outros métodos; O foco apenas em eventos comuns do dia a dia; Sua grande utilidade em situações onde o problema ocorre, porém a causa e a gravidade ainda são desconhecidas; Sua ótima relação custo-benefício: baixo custo e rica geração de informações; Flexibilidade no uso de entrevistas, questionários, formulários ou relatórios (p. 26).

Embora as TIC já tenham sido utilizadas no campo da formação e atuação em saúde, especificamente na enfermagem, Serrano (2006) identificou como desvantagens do uso da TIC, a seguir:

Como a identificação dos incidentes críticos geralmente confiam na memória dos entrevistados, quanto maior o tempo entre ocorrência do fato e coleta de dados, maior pode ser a imprecisão e detalhamento dos incidentes; Os dados coletados tendem a estar ligeiramente enviesados pela memória mais recente. Os mais antigos tendem a ser esquecidos pelos entrevistados; A ênfase é mais sobre eventos raros. Os eventos mais comuns tendem a ser omitidos/ignorados pelos observadores; Os entrevistados podem não estar dispostos a cederem muito do seu tempo para falar (ou escrever) uma história detalhada para a descrição do incidente crítico (p. 27).

As observações a respeito das TIC foram importantes no sentido de ficar atento durante o processo de coleta de informações, maior apropriação sobre a forma de utilizar essa técnica, pois colaborou a compreender alguns relatos e reações dos entrevistados no ato da coleta de informações.

3.4.2 Procedimentos para coleta de informações

Inicialmente foi abordado aspecto das informações relacionadas ao perfil do entrevistado(a), conforme a primeira etapa do instrumento (APÊNDICE A), contendo as seguintes variáveis: idade, sexo, formação inicial e pós-graduação. Por conseguinte, de qual o programa e turma de RMSF é oriundo, tempo de conclusão da residência. Para chegar até o cenário de prática e vínculo atual, foi abordada a trajetória de trabalho após a formação na RMSF e ocupação atual.

Antes de entrevistar os sujeitos da pesquisa, foi realizado um teste piloto com quatro egressos de outras categorias que se formaram na RMSF, sendo dois da Nutrição, onde um atuava em uma empresa privada e em uma IES privada, e o outro, na gestão da merenda escolar do município de Sobral e como professor do curso de Nutrição, também na IES privada. A outra foi uma fisioterapeuta, profissional do Núcleo de

Apoio ao Saúde da Família (NASF), de Sobral-CE. A quarta pessoa foi uma enfermeira tutora do Sistema Municipal Saúde Escola e preceptora do PET Saúde – Rede Cegonha.

A escolha foi aleatória, procurando também iniciar a aproximação do pesquisador com egressos da RMSF e em cenários de prática diferentes. Com essa experimentação, foi possível evidenciar alguns aspectos necessários que foram adotados para as entrevistas com os egressos de Educação Física, como: após a coleta da informação sobre perfil e trajetória, explicar o que é um incidente crítico, para facilitar o entendimento por parte do entrevistado; abordar inicialmente o entrevistado sobre o cenário de prática que tem mais tempo e carga horária de atuação, com vista a possibilitar uma maior compreensão sobre o incidente crítico; identificar categorias que foram apontadas durante as entrevistas que reportem à formação da RMSF, a exemplo, **cuidado em saúde**, no decorrer das entrevistas a técnica do Incidente Crítico (IC) ainda na categoria citada. Quanto ao tempo, este foi relativo, pois dependeu da quantidade de lugares em que o sujeito atua, ou seja, quando os entrevistados tinham mais de um cenário de práticas, as entrevistas se estendiam entre 30 min a 1h de duração.

Esse pré-teste também contribui para elucidar algumas categorias possíveis quanto ao perfil do egresso: Visão Ampliada de Saúde; Prevenção de Doenças; Trabalho em Equipe; Atuação Intersetorial; Abordagem Interdisciplinar; Categorias de Processos Pedagógicos da RMSF: Educação Pelo Trabalho; Problematização; Metodologias Ativas. Entretanto, durante a fase de campo foram identificadas as subcategorias, que serão abordadas no capítulo de análise e discussão dos resultados.

Assim, com o pré-teste foi possível rever o instrumento, elaborando uma sequência didática que mediasse o pesquisador, o estudo e o sujeito na busca de conhecer as experiências vividas e sua relação com a formação na RMSF no formato de incidentes críticos. Observamos que o pré-teste contribui para verificar a compreensão, clareza, identificar as possíveis falhas, alterações nas ordens das perguntas, o tempo médio da entrevista e a forma de abordagem do pesquisador, uma vez que, segundo Minayo (2006), o pré-teste ajuda a determinar a clareza e a precisão dos temas previamente elaborados.

Conforme Flanagan (1954), o uso do método da TIC é composto por três etapas para organização da fase de campo, que são objetivos gerais; planos e

especificações; coleta de dados/informações. A seguir, estão descritas as recomendações propostas pelo autor para uso adequado das TIC:

Objetivos Gerais: a definição do objetivo geral de uma atividade é condição *sine qua non* para a avaliação de comportamentos específicos. Sem se entender o objetivo da atividade não há como se mensurar adequadamente a eficácia ou não no desenvolvimento desta atividade (FLANAGAN, 1954); Assim, antes da entrevista ser iniciada foi feita apresentação via *email*, oral e escrita sobre o objetivo do estudo: **analisar a repercussão dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Estado do Ceará no exercício profissional dos egressos de Educação Física.**

Planos e Especificações: foi fundamental para a aplicação da técnica o uso inicial com os sujeitos do pré-teste, pois possibilitou identificar aspectos, tanto ambientais (local da entrevista), de abordagem (condução da entrevista, ordem das perguntas), de organização do encontro (agendamento e acessórios para entrevista) com vista a alcançar o objetivo do estudo. Essas observações foram adotadas e qualificadas durante as entrevistas, com os sujeitos chaves da pesquisa.

Coleta de Dados/informações: observamos que os fatos mais recentes foram os primeiros a serem relatados, no entanto, em todas as entrevistas surgiram momentos de silêncio, com intuito de buscar na memória outras situações práticas do cotidiano de trabalho.

Flanagan (1954) destaca que a confecção das perguntas com relação aos incidentes críticos é crucial para o êxito da coleta; nesse sentido, as que foram aplicadas nesse estudo estavam claras e relacionadas ao objetivo da pesquisa, citamos-as: Recorda-se de alguma experiência da sua vida profissional na qual você percebeu que a formação na RMSF repercutiu na sua atuação no cenário (local, projeto, função)? Recorda-se de alguma experiência da sua vida profissional na qual você percebeu que a formação na RMSF poderia ter repercutido, mas não repercutiu na sua atuação (local, projeto, função)?

A escolha pela entrevista semiestruturada facilitou na mediação entre entrevistador e entrevistado, permitindo que o entrevistado pensasse em situações de incidentes críticos de impacto, porém, mesmo apresentando em alguns casos a dificuldade de relatar um incidente de não impacto, a entrevista individual possibilitou

essa mobilidade nas perguntas, gerando uma reflexão no entrevistado sobre sua prática e sua relação com a formação na RMSF. De outro modo, facilitou também ao pesquisador capturar as informações e produzir em ato a cena vivida pelo egresso.

Nesse sentido, a TIC contribuiu para abordar os profissionais professores de Educação Física egressos dos programas de RMSF do Ceará, pois com essa técnica foi possível perceber “[...] sentimentos, lembranças, emoções, representações, concepções”, (ALMEIDA, 2009), uma vez que se percebeu o potencial para a pesquisa, que tem como objeto a formação e atuação profissional.

3.4.3 Técnicas de organização e análise das informações

Após a transcrição na íntegra das 11 entrevistas, foram realizadas duas leituras sobre o acompanhamento do áudio para evitar a perda de informações. Em seguida, utilizamos a Análise de Conteúdo, em sua modalidade de *análise temática*. Para Bardin (2007, p. 42), a Análise de Conteúdo é:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A investigação destas variáveis inferidas (as causas que se procura determinar no processo heurístico) a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores; referências no texto), confere à Análise de Conteúdo o caráter de ser um importante instrumento de indução. Numa palavra, a indução é a essência do método. Este está organizado em diferentes fases, em torno de três pólos cronológicos: (1) pré-análise; (2) exploração do material; e (3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na fase da pré-análise foi realizada a escolha do material a partir das entrevistas transcritas na íntegra, que se tornou o *corpus* da pesquisa. Em seguida, foram feitas três leituras flutuantes, as duas por entrevista e em uma todas as entrevistas juntas. A intenção dessas duas leituras surgiu como necessidade de conhecer e se implicar com singularidade e subjetividade o que foi produzido por cada egresso (por parte), bem

como do conjunto das entrevistas (o todo). Nessa fase, foi possível sentir e perceber a relação do *corpus* com o arcabouço teórico e prático do pesquisador, pois possibilitou invadir-se pelos conceitos trabalhados no referencial teórico da pesquisa com relação aos cenários de práticas dos incidentes críticos, que repercutiram ou não a formação na RMSF que aconteceram no exercício profissional dos professores de Educação Física.

Assim, as três leituras flutuantes possibilitaram separar o material que se constituiu como *corpus* da pesquisa para ser submetido aos procedimentos analíticos com vista aos incidentes críticos. A escolha dos documentos partiu de algumas regras: da representatividade, por considerar que os sujeitos com vista aos objetivos foram os egressos da RMSF e a quantidade entrevistada ser representativa do universo inicial; quanto à homogeneidade dos documentos, seguindo aos critérios de escolha com base na técnica de incidentes críticos e nos cenários de práticas do profissional professor de Educação Física e, com vistas à pertinência, os documentos se constituíram conforme objetivo da pesquisa.

Ainda nessa fase de pré-análise, foram construídas algumas hipóteses como, existe repercussão da formação do egresso da RMSF em outros cenários de práticas de atuação do profissional Professor de Educação Física; na ESF/AB/Serviços de Saúde Pública apresenta repercussão ou não da RMSF na atuação do egresso profissional de Educação Física. Entretanto, optamos também por fazer análises “às cegas” por acreditar que o corpus poderia apontar outras hipóteses (BARDIN, 2011).

Com relação à codificação, com o recorte das unidades de registro, se deu por cenário de prática de atuação do egresso do profissional de Educação Física, que teve como código algarismo romano: I – Docência em Ensino Superior; II – Docência em Educação Básica; III – Políticas públicas de Esporte e Lazer; IV-ESF/AB e Serviços de Saúde Pública e V- Área fitness. Com relação às categorias *a priori* foram codificadas por ordem alfabética: A- visão ampliada de saúde; B- prevenção de doenças; C- trabalho em equipe; D- atuação intersetorial; E- abordagem interdisciplinar; F- Educação pelo Trabalho; G- problematização; H- metodologias ativas. Essa codificação foi usada durante o processo de interpretação do *corpus* e logo definidas as categorias, as subcategorias emergiram das próprias informações, durante o transcurso do processo de análise.

No recorte dos textos o incidente crítico se configura como uma situação prática relatada pelo(a) entrevistado(a) com relação ao objetivo do estudo, correlaciona com o acontecimento, ou seja, são casos relatados de vivências, no caso no âmbito do trabalho, que foram recortados em unidade de ação (BARDIN, 2011).

Os resultados estão organizados considerando as categorias que emergiram do corpus, as quais citamos: visão ampliada de saúde, prevenção de doença, trabalho em equipe, atuação intersetorial, abordagem interdisciplinar, educação pelo trabalho, problematização e metodologias ativas.

Ressalta-se que durante a discussão os cenários de práticas estão discutidos de forma transversal, considerando o consolidado das codificações e frequência de Incidentes Críticos que foram identificados: 99 Incidentes Críticos, 88 com Repercussão (**CR**) e 11 Sem Repercussão (**SR**), está exposto na Tabela 01, no Apêndice H, por cenário de prática apresentado em forma de gráficos.

3.5 Procedimentos éticos

O estudo incorporou a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sob o parecer nº 511.593, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, a qual incorpora em seu contexto os quatro referenciais básicos da bioética, que incluem: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça, os quais passamos a descrever (BRASIL, 2012).

Sobre o princípio da autonomia foi garantido, conforme o interesse e a liberdade do sujeito em participar da pesquisa ou não, com vista ao direito que em qualquer fase da pesquisa sua fala poderá ser retirada do estudo, sem causar nem prejuízo de qualquer dimensão, seja ética, moral, de participação, entre outras.

Do mesmo modo, para garantir a participação, conhecimento e apropriação do que estava sendo estudado, foi elaborado e utilizado, no ato da coleta de informações, o Termo Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), em duas cópias. Após a assinatura, segui com a entrevista conforme orientação da Técnica de Incidente Crítico.

Referente a não maleficência, essa pesquisa não gerou conflito aos informantes, pois não possibilitou riscos ou desconfortos e nem artifícios invasivos. Ressalta-se que, para publicação do trabalho, serão respeitadas as identidades dos sujeitos, sem qualquer revelação, garantindo o anonimato. Assim foi utilizado, como codinome do(a) Egresso(a) a numeração na ordem de entrevista realizada, exemplo, Egressa 01, Egresso 02, Egresso 03, e sucessivamente.

As benfeitorias do estudo podem ser avaliadas pela sua proeminência, no sentido de ampliar o conhecimento científico acerca da formação em programa de RMSF, para própria área do saúde da família e, principalmente, compreender as repercussões do egresso de Educação Física do programa de RMSF do Ceará em seus cenários de práticas, bem como qualificar o debate da formação em saúde para SUS e além do SUS, em especial, a formação em Educação Física.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta os egressos de Educação Física e suas trajetórias de atuação, e, por conseguinte, as categorias que emergiram a partir dos incidentes críticos com ou sem repercussões nos cenários de práticas dos profissionais Professores de Educação Física egressos dos programas de RMSF do Ceará.

4.1 Egressos de Educação Física e trajetória de atuação

Os egressos estão apresentados na Tabela 02, considerando as variáveis sexo, faixa etária, modalidade de graduação, Instituição de Ensino Pública (IES) formadora e pós-graduação. Com relação ao sexo, reforça-se que nesse grupo de egressos a maioria são do sexo feminino (6), mesmo com a diferença de (1) para o sexo masculino. Quanto à faixa etária, constata-se que em sua maioria são adultas jovens, entre 26 a 49 anos. Sobre as IES onde os egressos se formaram, (10) prevalecem as instituições de ensino superior e públicas. É importante destacar a localização das Instituições de Ensino Superior (IES), em sua maioria foram no Ceará.

Tabela 02: Caracterização quanto à idade, sexo e escolaridade no nível superior dos egressos dos programas de RMSF do Ceará, Sobral, 2014

Variáveis	Caracterização	Nº
SEXO	Feminino	06
	Masculino	05
FAIXA ETÁRIA	26 – 30	02
	31- 35	05
	36 – 40	01
	41 – 49	03
GRADUAÇÃO	Licenciatura Plena Ampliada	09
	Licenciatura	02
IES	Pública	10
	Privada	01
ANO FORMATURA	1995 – 2001	05
	2002 – 2008	06
PÓS-GRADUAÇÃO	Mestre	01
	Mestrando	02
	Doutor	00
	Doutorando	02

Fonte: banco de informações do presente estudo

No que concerne à modalidade da graduação, mais especificamente em relação ao ano em que colaram grau os egressos dos programas de RMSF do Ceará, contata-se que (09) são da Licenciatura Plena de caráter ampliada. Isso é devido ao fato de que a maioria, ao ingressarem nos cursos de Educação Física, ainda não apresentavam a divisão que é reforçada a partir de 2004, onde temos, assim, dois egressos com matriz em Licenciatura, ou seja, voltados para atuação na educação básica. Esse resultado mostra, por um lado, que a ampla formação possibilita o acesso aos espaços de atuação do profissional professor de Educação Física; de outra maneira, mesmo não sendo abordados na licenciatura o ensino, pesquisa e extensão em saúde pública/coletiva, por alguma razão os licenciados buscam formação ou atuação no SUS.

Nesse sentido, atento aos processos de regulamentação e legislação da fragmentação na formação e atuação, o Ministério da Saúde lançou a portaria nº 256, de 11 de março de 2013, onde versa sobre as modalidades dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família a seguinte afirmação: “[...] entende-se por **PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE**, o profissional de nível superior, graduado em Educação física em quaisquer das duas modalidades de curso existentes, a saber: licenciatura e bacharelado em Educação Física” (BRASIL, 2013).

Sobre a formação continuada, apresenta-se (02) com doutorado em andamento, (01) com título de mestre e (02) com mestrado em andamento. Esse perfil aponta provavelmente para o inexpressivo quantitativo de pós-graduações em Educação Física no Norte/Nordeste, em especial no Ceará, bem como de pós-graduações no campo da saúde coletiva, mesmo com a ampliação de cursos de mestrados profissionais e acadêmicos em saúde da família, como no caso da UFC, UVA e URCA, instituições nucleadoras que compõem a Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), cujos cursos iniciaram em 2010 e 2012, respectivamente.

A trajetória de atuação e o local de trabalho atual dos egressos está descrita na Tabela 03, considerando os diversos cenários de atuação dos entrevistados agrupamos os resultados em categorias, a saber: **Docência em ensino superior**: docente na graduação do curso de educação física, docência como tutoria ou preceptoria do PRÓ-PET Saúde, bem como dos programas de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, Residência Multiprofissional em Saúde Mental e curso de pós-graduação (especializações) na área da saúde (*Strito Senso*); **Docência em Educação Básica**:

professor de Educação Física escolar; **ESF/AB Serviço Público de Saúde:** profissional Professor de Educação Física do NASF, gerente de Unidade de Saúde na AB, serviços de saúde mental; **Política Pública de Esporte e Lazer:** atuação como gestor dos programas ou políticas do governo Federal, Estadual ou municipal; **Área Fitness:** professor de academias privadas e/ou Personal Trainer.

Tabela 03: Caracterização quanto à trajetória de atuação e onde os egressos de Educação Física dos programas de RMSF do Ceará trabalham atualmente, Sobral, 2014

ESPECIFICAÇÃO	CENÁRIOS DE PRÁTICAS	Nº
TRAJETÓRIA DE ATUAÇÃO APÓS A RMSF	Docência em ensino superior	2
	Docência em educação básica	5
	ESF/AB serviço público de saúde	5
	Política pública de esporte e lazer	2
	Área fitness	5
EMPREGADO ATUALMENTE	Docência em ensino superior	7
	Docência em educação básica	2
	ESF/AB serviço público de saúde	3
	Política pública de esporte e lazer	2
	Área fitness	4

Fonte: banco de informações do presente estudo

Nota-se que, após a formação nos programas de RMSF, dos 11 egressos, (06) atuavam em mais de local de trabalho, (03) na área *fitness* e (02) em política pública de esporte e lazer. Outro dado relevante, é que dos (06) que tinham mais de uma atividade laboral, (05) atuaram na ESF/AB Serviço Público de Saúde, especificamente na assistência à saúde. Com a relação ao atual campo de atuação (07) encontravam-se na docência superior, (02) respectivamente na docência em educação básica e política pública de esporte e lazer. Na ESF/AB em Serviço de Saúde Pública dos (03), dois estão na assistência e um na gestão de Centro de Saúde da Família, no entanto (04) na área *fitness*.

Observa-se, na docência superior, um quantitativo expressivo de egressos nesse cenário de prática, seja na condição de professor de graduação, especializações e docência em Programas de Educação pelo Trabalho, como PET Saúde e Residência Multiprofissional em Saúde. Esse fato pode estar relacionado à ampliação dos programas voltados para formação em saúde, especificamente a Residência Integrada

em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará, em Fortaleza, desde 2009 e PRO -PET Saúde em Sobral, que teve a inserção da Educação Física a partir de 2009/2010. Este achado corrobora com os estudos de Dias et al, (2008) onde 23% dos 155 egressos da 1ª e 5ª turmas da RMSF de Sobral-CE, atuam no âmbito da formação.

No campo da ESF/AB e Serviço de Saúde Pública, na área fitness e na docência em educação básica, se percebe uma redução dos egressos. A redução, provavelmente, deve-se a vários fatores, como a baixa fixação de egressos nos serviços de saúde pública e ausência de concursos públicos ou seleções públicas com caráter de regime celetista, as aprovações em concursos públicos e os vínculos trabalhistas precarizados²⁰, visto que durante esse período, no campo da saúde pública nos dois cenários da pesquisa (Sobral e Fortaleza) não foi realizado concurso no setor saúde com a inclusão de outras categorias, apenas para Enfermagem, Medicina e Odontologia.

Estes resultados confirmam com outros estudos, dentre eles o de Melo et al (2012) quando constataram que 72% dos 22 egressos possuía trabalho remunerado com contratos temporários na Atenção Básica. Outro estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro de um programa de RMSFC evidenciou que 47% dos egressos trabalham na Atenção Básica “sob as sombras” das Organizações Sociais (instituições privadas “sem” fins lucrativos), 7% trabalham em instituições privadas com fins lucrativos, 11% trabalham em instituições públicas com Carteira de Trabalho assinada, 27% são servidores públicos estatutários, 3% são autônomos e 5% trabalham em instituições públicas com Contratos de Trabalho temporários. Traduzindo isso em formas de contratação, temos 69% de trabalhadores cujo vínculo de trabalho é regido pela CLT ou contratos temporários, 28% pelo Regime Jurídico Único e 3% são autônomos (SCHÄFFER, 2013).

Observamos então, apesar de ter representantes egressos no cenário de prática na Atenção Básica e, por mais que essa formação possibilite atuação em locais de trabalhos no SUS, o que há é uma baixa absorção desses egressos, dadas as condições trabalhistas instáveis, como contratação temporária, por exemplo, o que determina a busca de outros lugares para atuarem, com condições de trabalho menos precárias e inseguras.

²⁰ Sobre essa questão dos vínculos trabalhistas, durante a pesquisa constatamos que apenas três eram concursados, ou seja, servidores públicos, dois na docência na educação básica e um na docência em ensino superior (Universidade Pública). Com relação à CLT, apenas um na área *fitness*, dois por assumirem cargos de gestão um na saúde pública e outro na política de esporte e lazer.

Sobre um estudo realizado com um grupo de residentes recém-formados e sobre a relevância quanto aos critérios de satisfação das competências adquiridas na RMSF para o atual exercício profissional dos empregados, dos 22 egressos, 17 estavam trabalhando e apontaram as principais competências:

As principais competências adquiridas na RMSF e requeridas no exercício diário do emprego, segundo opinião dos egressos, foram: humana, técnico-política, alguns aspectos didáticos e pedagógicos, técnico-operativa, valores profissionais, atendimento de famílias, trabalho em equipe, a relevância profissional versus usuário do SUS, ampliação do conhecimento em metodologia da pesquisa, social, capacidade de liderança, intersetorialidade, interdisciplinaridade, ético-política, prevenção de doenças e promoção da saúde, mediação de conflitos, atuação na perspectiva da clínica ampliada, teórico-metodológica, atuar com foco na coletividade, educação em Saúde (MELO *et al.*, 2012 p. 23).

Outra reflexão proximal dos dois programas que garante um alinhamento são os referenciais teórico-metodológicos, como a Educação Permanente em Saúde, Educação Popular, Promoção da Saúde e abordagem por competência, o qual foi adotado especificamente a partir da 6ª turma do programa de Sobral e em todas as turmas de Fortaleza.

Um estudo realizado por Nascimento e Oliveira (2010) sobre as competências desenvolvidas em um programa de RMSF de uma capital do Sudeste aponta para as seguintes áreas de domínio propostas pelo referencial de Witt, que são: valores profissionais, comunicação, trabalho em equipe, gerência orientada à comunidade, promoção da saúde, resolução de problemas, atenção à saúde educacional e em ciências básicas da saúde pública e coletiva.

Quando visa aos egressos, percebemos que a formação na RMSF gera mudanças. Estes, quando inseridos em AB/ESF ou em outros espaços de atuação para além SUS, a educação pelo trabalho, os objetivos, as competências, os referenciais teóricos e metodológicos dos programas, os aprendizados se deparam com o processo de trabalho que os leva a confrontarem o apreendido durante o exercício profissional atual do professor de Educação Física.

Outro destaque é que o egresso nem sempre estará atuando no SUS, devido à ausência de uma política de fixação de profissionais, possibilitando uma abertura para análise do processo de educação pelo trabalho na RMSF e suas repercussões em distintos campos de prática da educação física, sejam públicos ou privados.

4.2 O exercício profissional do professor egresso de Educação Física: uma análise a partir da técnica do incidente crítico

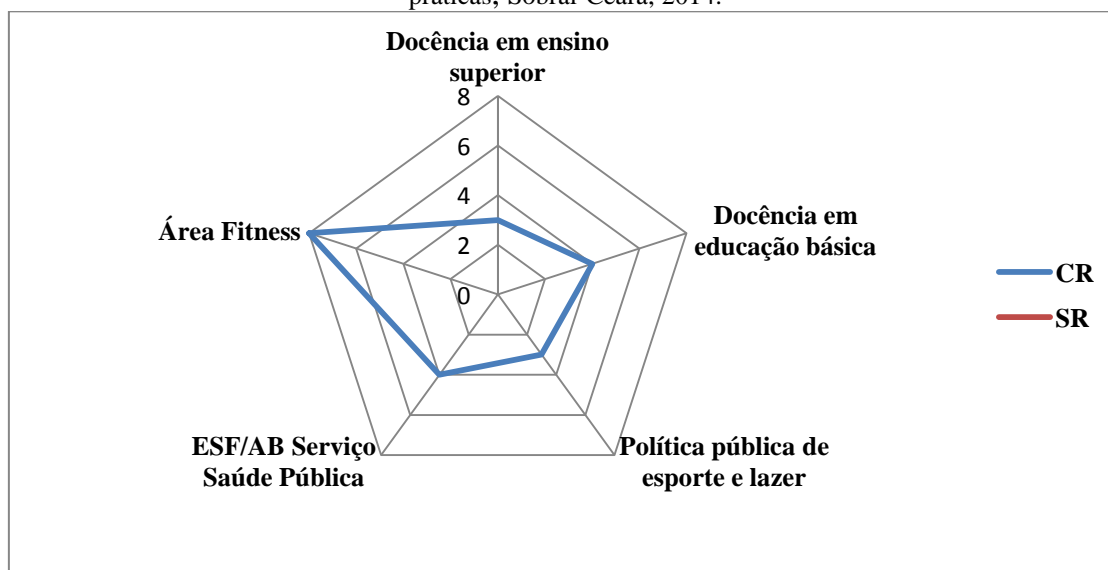
A análise das categorias abstraídas do corpus das entrevistas utilizando o Incidente Crítico está organizada considerando as seguintes categorias: Visão ampliada de saúde; Prevenção de doenças; Trabalho em equipe; Atuação Intersetorial; Abordagem interdisciplinar; Educação pelo trabalho; Problematização; Metodologias ativas.

É importante ressaltar que as discussões envolvendo os cenários de práticas dos egressos estão incorporadas de forma transversal na análise das categorias e respectivas subcategorias.

4.2.1 Visão Ampliada de Saúde

A visão ampliada de saúde, conforme o Gráfico 01, apresentou repercussão da formação da RMSF em vários cenários de prática, destacados pela contribuição dessa dimensão nos processos de trabalho, uma vez que a atuação docente do egresso de Educação Física acontece na relação com outro, que pode ser o estudante, profissional, usuário. Esta categoria não apresentou incidente crítico sem repercussão.

Gráfico 01: Distribuição dos Incidentes Críticos da categoria visão ampliada de saúde nos cenários de práticas, Sobral-Ceará, 2014.



Fonte: banco de informações do presente estudo

A formação em saúde apresenta-se como um dos desafios, a superação dos modos de pensar, sentir e agir em saúde nos ditames da concepção e atuação do enfoque biomédico para um enfoque que amplie para as causas e suas interrelações com os determinantes sociais de saúde. Esta perspectiva de uma saúde mais positiva e ampliada leva em consideração vários fatores, como os socioeconômicos, culturais, educacionais, históricos e políticos, a exemplo do acesso aos serviços de saúde e condições sanitárias saudáveis para além do estado de ausência de doenças.

Nesse sentido, uma formação que visa a preparação de seus educandos/trabalhadores para o SUS deve incorporar em seu Projeto Político Pedagógico estratégias pedagógicas que fundamentem e possibilite-os vivenciarem, em ato, de formar reflexiva, crítica e propositiva o serviço de saúde, atitudes/abordagem com usuário, família e coletividades, ancorados na concepção ampliada de saúde.

Uma estratégia que contribui para vivência de uma visão ampliada de saúde, que estimula os sujeitos que trabalham e se formam no cenário da Atenção Básica é a *territorialização* em saúde. Por territorialização, compreende-se processo de apropriação do lugar/espço onde se manifestam cotidianamente os modos e as condições em que indivíduos moram, vivem, trabalham, adoecem e se relacionam com outros indivíduos, a depender do segmento social (MENDES E DONATO, 2003).

Do mesmo modo, a territorialização para RMSF de Sobral, configura-se como uma tecnologia pedagógica em saúde, pois possibilita ao residente iniciar a construção de vínculos com os atores sociais locais, compreender os modos e condições de vida da população, apropriar-se do funcionamento dos equipamentos sociais, aproximar-se das lideranças, analisar as vulnerabilidades e potencialidades da comunidade e suas multicausalidades do processo saúde-doença e cuidado (SILVA *et al* 2010).

A apropriação do território apresenta-se como uma atividade apreendida pelos egressos de Educação Física, quando descrevem acontecimentos a partir do uso dessa tecnologia pedagógica em saúde, no cenário de prática da docência em ensino superior, conforme pode-se observar na fala a seguir:

Quando eu fiz um trabalho com os alunos, primeiro a gente tinha várias visitas técnicas em unidade. Eu dividi os alunos por território de Sobral, e eles tinham que ir pra esses territórios, conhecer os profissionais que poderiam estar disponíveis para estar atendendo a eles. Então, cada um foi para um local. Eu pedi para que eles prestassem bastante atenção no quadro situacional que tem pregado na parede das unidades básicas. E que eles trouxessem essas coisas pra gente, observassem, conversassem com os profissionais, principalmente com agentes comunitários de saúde.

Conversassem com o profissional de educação física, se naquela unidade de saúde tivesse, porque tinha umas que não tinham (...), andassem um pouco no território para conhecer junto ao agente comunitário de saúde. Que além do que ele ouvisse, ele trouxesse também o que ele observou. E aí eles foram colocando isso, e a gente foi aprofundando, o que eles foram vendo e colocando a gente foi aprofundando. Então, quando ele traz aquela problemática, aí eu vou poder discutir com eles com mais conteúdo, com mais(...), porque eu já passei por lá e eu já trabalhei lá, e eu já senti na pele aquilo. Então, a gente atuou, a gente tentou minimizar o problema, ou tentar sanar aquele problema. Então, quando eles trazem um problema que eles viram lá, aí a gente começa a discutir em cima, aí a contribuição é super bacana (EGRESSA 01).

Nesse discurso, a atividade de conhecer o território possibilita ao estudante compreender aspectos epidemiológicos e ambientais do local através de caminhadas acompanhadas por Agente Comunitário de Saúde, profissionais que lidam diretamente com as potencialidades e dificuldades de suas áreas de referência. De acordo com Silva *et al* (2010), a territorialização possibilita ao estudante um espírito investigativo, com o olhar mais ampliado e crítico na relação entre o local e os problemas de saúde vividos pelos moradores, bem como a organização dos serviços.

O processo de territorialização ainda contribui para alocação de atividades ou reorganização das ações, a partir do que o território dispõe de espaços, sejam públicos, comunitários ou privados. Esse indicador é possível observar tanto no campo da saúde pública, como no esporte e lazer. Considerar esse fato significa também ampliar o acesso da população aos serviços públicos, embora em alguns contextos essa reorganização não seja tão simples devido aos problemas sociais complexos como, por exemplo, a questão da drogadição, colocada na fala a seguir:

O Programa Segundo Tempo funcionava ali naquela escola. Nessa área existe um tráfico de drogas muito grande. Então, o professor de educação física, que é da área, mora na cidade. Ele não podia intervir de forma mais brusca, porque ele mora lá e daí eles poderiam fazer algo com ele. Então o que eu fui fazer? Eu fui pensar junto com ele (...). “Vamos andar aqui, vamos ver o território aqui. Vamos ver o que existe, vamos sair desse local? Tem como a gente mudar o horário dessas crianças, ou tem com a gente não terminar tarde o outro horário seja mais cedo? Pois está sendo construída uma quadra um pouco mais em cima, que fica até mais perto do local de moradia pra essas crianças? Aí a gente faz um remanejamento?”. Então assim, essa visão mais ampliada das coisas. Vamos fazer dessa forma, e quem é esse fulano? Quem que a gente pode ir na comunidade e contar pra poder ajudar? Então isso aí foi por conta da residência. Que a experiência da residência, ela te dá, assim, outro olhar para as coisas. Você enxerga além do que está na sua frente (EGRESSA 01).

Encontramos ainda um relato que traz a contribuição da territorialização para seu processo de trabalho na docência em educação básica.

Eu acho que, uma coisa que a residência contribuiu muito foi explorar os equipamentos sociais da comunidade, por exemplo: existe na educação o projeto chamado *Atleta na Escola*, que é desenvolvido pela secretaria de educação, e no mês de maio. E fiquei me perguntando porque tinha várias metas a fazer. Tinha que fazer um campeonato de corrida, com salto a distância, corrida de 100m e 200m e tal. E aí, meu Deus, onde é que eu vou fazer isso no espaço da escola? E aí, conhecendo um pouco a área, vi que tinha um campo próximo a escola, aí o que eu fiz: adaptei o campo, pedi apoio de alguns projetos que aconteciam na escola, como o projeto *Mais Educação*, para ficarem junto comigo e aí reuni os monitores desse projeto, repassei o que tínhamos que fazer e eu fiquei como mediadora do projeto lá, junto com a coordenadora, deram total apoio a essas atividades. A gente fez as metragens da pista de atletismo com cal, a gente fez bem direitinho. Deu trabalho, deu! Mas é bastante gratificante, por quê? A comunidade toda veio assistir e apoiar (EGRESSA 07).

A experiência vivida sobre territorialização nos programas de RMSF como uma das orientações para organização do trabalho na ESF na direção de uma perspectiva multiterritorial, conforme destacam, Silva *et al* (2010), teve repercussão em outros cenários de prática dos egressos, visto que as atitudes tomadas pelos profissionais professores de Educação Física representaram o território não apenas como um espaço geográfico, mas também articulações que levaram em conta “a interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade, que inclui a natureza, e o seu uso, que inclui a ação humana, isto é o trabalho e a política” (MENDES e DONATO, p.42, 2003).

Outra perspectiva que se desdobra a partir da visão ampliada de saúde é a *atenção integral à saúde* do usuário. Essa dimensão é bastante disseminada na formação em serviço, no caso, nos programas de RMSF, contrapondo-se à perspectiva da formação inicial, que privilegia o olhar clínico sobre a ótica da doença e não do sujeito que convive com a doença. Assim, as práticas de saúde, quando organizadas a partir da lógica do modelo biomédico, somente com o foco no diagnóstico e no tratamento da doença, podem deixar de lado a subjetividade, as dimensões socioeconômicas, culturais, como algo que não faz parte do processo de saúde e doença (LACERDA *et al* 2009).

Essa dimensão medicalizante difundiu-se no campo da Educação Física, com enfoque na biomecânica do movimento em detrimento da produção de sentido e significados das práticas corporais, como ação potente para o cuidado com a saúde e o corpo. Essa relação prática corporal-corpo-saúde reforça a produção de corpo “perfeito” nas aptidões biofísicas, deixando de lado a subjetividade, a história de movimento

enquanto atividade humana, social, política e cultural, compreendida no indivíduo ou em coletivos.

É importante destacar que essa dimensão tem marcas profundas nas academias de ginástica, conhecida como área fitness, em especial nas atividades de musculação e ginásticas, com vistas ao grande discurso da atividade física e saúde no mercado da boa forma (BOSSLE e FRAGA, 2013).

Ainda nesse contexto, entra em cena o Personal Trainer, que é definido como um “profissional formado/graduado em Educação Física que ministra aulas personalizadas, formulando e executando programas de treinamento específicos para cada aluno” (SANCHES, 2006, p. 51, *apud* BOSSLE E FRAGA, 2013, p. 150).

Um estudo realizado por Bossle e Fraga (2013), a partir de uma revisão da literatura (artigos, livros, dissertações e tese), destaca que esse profissional, apesar de atuar na perspectiva do marketing, conforme os ditames de uma empresa, e do seu trabalho contemplar a perspectiva do empresário e do funcionário, a sua atuação:

Não se restringe somente ao treinamento físico do cliente e seu exato momento de execução, mas à totalidade de seu cotidiano. Inclui, também, a gerência da sua rotina diária, dos seus hábitos alimentares, dos seus horários de sono, do seu vestuário, entre outras dimensões da vida social (Bossle e Fraga, p. 157, 2013).

De acordo com o discurso dos egressos 04 e 06, que trabalham como Personal Trainer, diversos fatores podem interferir de forma direta e indiretamente na prescrição de exercício físico elaborada pelo profissional. Os egressos, ao descreverem suas práticas, destacam a influência da RMSF ao considerarem a dimensão da atenção integral no cotidiano do trabalho. Ambos os entrevistados compreendem por atenção integral à saúde a criação de vínculos entre profissional e cliente, e o olhar cuidadoso do profissional para o cotidiano do cliente. Nas falas, observa-se inclusive uma relativa comparação de sua abordagem quando eram residentes, e hoje, após a formação, na preocupação de uma atuação que considere a atenção integral como aspecto inerente ao seu trabalho profissional:

Mas hoje em dia anoto tudo, e tal, mando um e-mail, pra gente se comunicar, se alimentaram diretinho, hoje o treino será assim e tal, é um acompanhamento mais de perto. Então mistura uma amizade, ética de que realmente o trabalho dá muito certo. Então eu acho que isso aí, que vem da equipe que eu trabalhava, um cuidado uns com os outros, e essa questão de cliente e contratado, no meu caso como Personal Trainer, eu acho que talvez tenha mudado sentir realmente em ter mudado questão de ter realmente mais proximidade com o cliente e humanizar mais o serviço ali, e tal, apertar na mão e realmente com vontade. Eu percebi isso mais claramente que às vezes

era mais no discurso, eu podia ter até essa intenção, mas da intenção para a prática, é a questão do afeto dentro da residência, foi mais influenciado dentro do meu trabalho. Tem um cliente, que eu lhe falei, é cardíaco e tal. É, acordei de manhã muito cedo, acordei e vou lá aquele alongamentozinho e coloco o frequencímetro já passando de 100% da frequência cardíaca máxima. Aí o professor: o que foi que houve ontem, aconteceu alguma coisa, você se estressou no colégio teve alguma discussão em família etc. e tal (...) Era uma coisa que, digamos, antigamente eu poderia simplesmente vetar atividade física, então não vamos fazer nada hoje não! A gente conversava, ficava só no alongamento tem alguma parte do exercício físico que você faz, por exemplo, para reduzir a frequência cardíaca, relaxamento e etc(...) que eu creio que a minha visão melhorou por conta disso(...) (EGRESSO 04).

Na Residência vivenciava muito isso, essa questão de você ver o indivíduo de forma integral, como um todo, e essa troca, eu vivencio muito isso, é muito diário, nunca vejo ele só a pessoa, geralmente a gente conversa, bate um papo, isso é muito comum, eles chegam para ser atendidos, a pessoa além da sua queixa, ela tem outra coisa para falar, enfim, você vê o indivíduo de uma forma holística mesmo, digamos assim, e a outra coisa é que vivencio muito, às vezes a pessoa se sente muito mal, tem gente que mesmo bem alimentado, tipo, às vezes quer passar mal, tem hipoglicemia, queda de pressão, então assim, é uma coisa que vivencio bem na academia essas coisas, e era uma coisa que vivenciava muito na residência. Aquele zelo (...). Eu tenho uma afinidade muito grande com meus alunos, a gente conversa sobre coisas que você nem imagina, vida sexual, vida afetiva, trabalho, relação familiar, enfim, o que você imaginar, tem um vínculo muito forte mesmo, eles costumam até falar que se eu sair eles também sai e isso é muito forte, inclusive hoje escutei isso de manhã, eu escuto muito isso e eles nem escondem, chegam para se matricular, se rematricular, renovar, pagar e diz que vai ficar porque estou lá, então isso é muito forte, aumenta muito a responsabilidade e eu trago muito da vivência da residência (...). De estreitar mais o laço e de fortalecer a história da confiança, isso é importante. Isso é o que mais consolida, digamos assim, essa questão do vínculo, dessa troca mesmo, então isso é muito legal (EGRESSA 06).

Do mesmo modo, outra fala volta-se não apenas aos resultados na relação prescrição de exercício e efeitos estéticos, mas para as dimensões subjetivas do dia-a-dia do cliente, expressa nesses incidentes críticos dos Egressos 08 e 11:

E assim melhorou porque também, de qualquer forma, no Personal você cria uma relação afetiva e cria um vínculo com aquele, com o seu cliente, que aí você também acaba puxando um pouquinho para outras questões, do diálogo, da conversa, mas na atuação em si, isso gera crise (...) Não assim, essa questão, aí eu estou com o cliente, de repente, estou querendo tomar uma substância tal, um produto tal pra ver se tenho resultado mais rápido. Não assim não, eu trabalho assim, não concordo isso vai repercutir, pode repercutir na sua saúde, e eu enquanto profissional o mais importante pra mim não é a sua estética, embora pra você seja, pra mim profissionalmente a estética vai ser importante, mas não vai ser mais importante que a tua saúde, então assim, eu não recomendo, nem sugiro e nem concordo. Se você quiser procurar um nutricionista pra gente poder junto construir, mas assim da minha parte, do meu pensamento é nesse sentido, entendeu, e pronto, esse é um dos exemplos, por exemplo, (EGRESSO 08).

Na minha prática, eu passo a enxergar a questão dos resultados, tipo não influencia só o meu trabalho como a prescrição do treinamento, eu não posso enxergar só isso, tipo uma pessoa vem fazer um treinamento aqui na

academia e eu prescrevo uma ficha de treinamento pra ela e aí o resultado é numérico, se ela não atingir aquela meta numérica que a gente estabeleceu na avaliação física, se eu tivesse um olhar eu fechado, eu iria lhe dizer que ela não estaria cumprindo o treinamento dela, não estaria usando uma carga adequada, só que meu olhar hoje não é assim, eu pergunto, tá tudo bem com você? Você tem dormido bem? Como é que tá seu relacionamento? Tem se relacionado bem? Você, seu humor, como é que seu humor tá? Eu passei a enxergar que não é só a prática específica que influencia no resultado, é um conjunto de coisas, no relacionamento dela com a família, se ela dorme bem, se ela se alimenta bem, se ela é uma pessoa bem humorada, se o relacionamento amoroso dela consegue de alguma forma influenciar nos resultados dela, e isso foi da residência, esse olhar mais além, que é um conjunto de coisas, um resultado é um conjunto de fatores, não só um fator isolado (EGRESSO 11).

Os depoimentos dos que atuam como *Personal Trainer*, sinalizam que a atenção integral faz parte da sua atuação profissional. Da mesma forma que na Atenção Básica propõem a desenvolver ações de saúde na perspectiva da autonomia dos sujeitos e do profissional como corresponsável pelo cuidado, a fala dos entrevistados revela a preocupação dos mesmos com esses aspectos.

Nesse sentido, considera-se que, apesar de ter tido uma repercussão da formação na RMSF em sua prática enquanto *Personal Trainer* no sentido da abordagem integral, os cenários descritos pelos entrevistados mostram que há uma apreensão superficial do que seria atenção integral em saúde, de acordo com o conceito disseminado pela RMSF. Outro aspecto a considerar, é que contraditoriamente, com relação ao que se busca construir na ESF no cuidado em saúde, a produção de autonomia nos clientes estimulada pela atuação desse profissional poderia causar a sua “super microempresa *Personal Trainer*²¹” uma abertura a falência.

Quanto à dimensão do fazer docente, a atenção integral desenvolve-se em duas perspectivas: a primeira, como um dispositivo que problematiza a atuação do professor de Educação Física ainda na sua formação acadêmica, que pode ser vista no cuidado, como dimensão pedagógica. A segunda, enquanto dimensão do fazer pedagógico do professor independente do cenário de prática como princípio ético no processo de trabalho, que considera condicionantes e determinantes sociais.

²¹ O *personal trainer* fornecedor de acesso à experiência de um treinamento individualizado ao seu usuário, ou ainda, de acordo com Rodrigues (1996, p. 12), no papel de uma “super microempresa” que vende serviços de aptidão e visa conquistar e satisfazer o desejo do cliente, a fim de mantê-lo fiel à empresa. Essa “super microempresa” é constituída por uma só pessoa, sem vínculos empregatícios, sem local específico de trabalho, que precisa dar conta de sua demanda profissional e se preocupar em demarcar seu território no mercado da atividade física.

O discurso a seguir, no contexto da graduação em Educação Física, aponta essas duas situações de incidentes críticos relacionadas à atenção integral, disseminada nos processos formativos da RMSF, na cena descrita:

Primeiro, quando a gente tá com o aluno e percebe alguma dificuldade, a gente precisa de entender aquele aluno, o contexto familiar que ele vive. Como a gente aprende lá na residência, a gente observa a pessoa como um ser único. Ele tem uma família, ele tem uma comunidade em que está inserida a sua casa. Então, ele tem várias pessoas que estão participando da vida dele. (EGRESSA 01)

A atenção integral apresenta-se na direção do cuidado, que também é entendida como ação de “entre-relações”, no caso docente e discente com efeito de interações positivas de preocupação, vínculo e olhar ampliado para o sujeito. Observa-se nas falas das docentes uma implicação na sua práxis, tensionada pela cultura e pelas interações sociais vividas no interior das instituições de formação (KOIFMAN, *et al* 2009). Para Nóvoa (1997, *apud* Koifman):

Não é possível separar as dimensões pessoais e profissionais; a forma como cada um vive a profissão de professor é tão (ou mais) importante do que as técnicas que aplica ou os conhecimentos que transmite; os professores constroem a sua identidade por referência a saberes (práticos e teóricos) mas, também, por adesão a um conjunto de valores etc. donde a afirmação radical, de que não há dois professores iguais e de que a identidade que cada um de nós constrói como educador baseia-se num equilíbrio único entre as características pessoais e os percursos profissionais e a conclusão de que é possível desvendar o universo da pessoa por meio da análise da sua ação pedagógica: diz-me como ensinas, dir-te-ei quem és (NÓVOA, 1997, p. 33 *apud* KOIFMAN, *et al* 2009 p. 173 e 174).

É preciso destacar que a formação da RMSF busca estimular, através dos processos pedagógicos, em especial as vivências no território, a atenção integral ao usuário, família e comunidade, pois não existe processo de saúde-doença e cuidado que não exija do profissional de saúde um olhar para as causas dos problemas vivenciados pelos sujeitos. Para que isso aconteça dentro dos programas de RMSF é importante que os docentes tenham capacidade pedagógica de estimular nos profissionais uma abordagem reflexiva sobre sua atuação em ato com os usuários, bem como aumentar a incidência nas dimensões sociais, culturais e políticas sobre o cuidado na saúde em que supere abordagem restritamente técnica construída no campo das profissões das categorias da saúde.

Outra subcategoria que emergiu no espectro da visão ampliada de saúde foi *abordagem comunitária*, que foi traduzida em atividade comunitária a partir da psicologia comunitária. Assim, abordar a comunidade com as ofertas de atividades de políticas públicas vai exigir do profissional uma ação prática e coletiva que seja realizada “por meio da cooperação e do diálogo em uma comunidade, sendo orientada por ela mesma e pelo significado (sentido coletivo) e sentido (significado pessoal) que a própria comunidade ação e a vida comunitária tem para seus moradores da comunidade” (GOIS, 2008, p. 92).

O cenário da docência em ensino superior, da política pública de esporte e lazer, especificamente em um programa de residência multiprofissional na condição de tutor de categoria, remete para a habilidade de dialogar com os atores sociais e a inserção do profissional nos espaços comunitários, enquanto lugar de produção de saúde, conforme os seguintes discursos:

Mas do hoje, o que eu posso trazer resgatando da residência, quando são pensados nas atividades são levados em consideração toda a questão da comunidade, a questão do território, do local do próprio interesse da comunidade, onde isso vai ser desenvolvido, os benefícios, não só ter aquela visão do esporte pelo esporte, como fazer o racha e pronto, mas ter uma clareza do impacto que isso vai ter, não é só construir uma quadra, no horário de lazer, na questão dos determinantes sociais(...) No Programa Esporte Lazer da Cidade (PELC), qual foi o grande ganho da residência, a questão da articulação comunitária, a residência favoreceu muito a questão de eu me inserir no território, eu conseguir ter um diálogo com as lideranças da comunidade, saber dos interesses, fazer um levantamento, questão da territorialização da residência, que foi trazido e pensado e adaptado para o PELC, colaborou substancialmente, em saber identificar quais eram as necessidades, saber identificar quais eram, sobretudo as potencialidades de cada território para poder levar essas atividades. Um exemplo bem prático, quando a gente foi colaborar com o grupo de ginástica lá nos Terrenos Novos, na Vila União (EGRESSO 05).

A gente teve um problema qual foi, tinha um sério problema, a Diretora de uma escola, que não convém citar nem a escola e nem o nome da Diretora, ela fechou as portas para quem não fosse da escola participar das atividades, ou seja, é como se colocasse o programa só como atividade da escola. O que foi que a residência contribuiu nessa situação bem prática, conseguir convencer, na questão do diálogo, da articulação, conseguir convencer, conversar, mostrar quais eram os benefícios para comunidade em si e não só para a escola dela, não só para ela, mas para a comunidade, o próprio diálogo. A gente teve alguma situação conflituosa que tentaram invadir a quadra dessa escola no momento da aula de ginástica, a gente conseguiu conversar inclusive com os invasores que são de uma gangue conhecida aqui em Sobral, não vem ao caso, a gente conseguiu pactuar com eles dias e horários para as atividades e a gente garantiu que eles estivessem o espaço para eles jogarem. Na questão do contato com o público, tinha dia que eu ia visitar oficinas, eu me pegava na vontade de conduzir a oficina para matar a saudade do público. Assim, o maior ganho mesmo foi à questão Territorial, nesse

sentido, a questão da articulação com a comunidade, com as lideranças, inclusive com os outros setores (EGRESSO 05).

Por exemplo, há um grupo ali, sei lá, da psicologia, ah mexe, mas, por exemplo, um grupo, de que os meninos vão que é de oração, ah, o que vou fazer, enquanto profissional de educação física no grupo de oração, mas você não está ainda só como profissional de educação física, você está indo enquanto sujeito do território, que existe aquele movimento ali no seu território das práticas e que é importante saber que você existe, que é uma forma de cuidar, então esse olhar para além das práticas da educação física e eu que eu tento também emitir aos residentes (EGRESSO 08).

Essa habilidade de saber dialogar e se inserir nos espaços da comunidade não são atividades simples, pois ao passo que o profissional se envolve com o local e seus atores devem primar e possibilitar o desenvolvimento de processos mais democráticos, que venham a atender as necessidades sentidas pelos moradores (Goya, 2003). Se o profissional não estiver atento para as demandas sentidas pelos moradores e construírem coletivamente possibilidade de superação, sua atividade comunitária estará indo na contra mão, ou seja, provavelmente não trará sentido algum para os sujeitos comunitários.

A abordagem comunitária dialogada anteriormente se aproxima muito da participação social, “aquí entendida como um instrumento básico do poder local, através do qual os indivíduos manifestam-se enquanto sujeitos do espaço em que vivem, planejando e decidindo sobre suas vidas em comunidade” (GOYA, 2003 p. 53). Muito tem se debatido sobre a participação social enquanto exercício de cidadania, como direito constitucional, como a Lei orgânica da saúde 8.142/90, que representou um marco na criação dos Conselhos e as Conferências de Saúde, como espaços vitais para exercício do controle social no SUS.

Em Sobral vários dispositivos foram criados para garantir e estimular a participação, tanto no âmbito da organização do serviço quanto a participação popular e social na saúde do município, com vistas à co-gestão: o método da roda proposto por Campos (2000); a criação do Conselho Municipal de Saúde em 2003, que se desdobrou nas câmaras técnicas, na criação dos Conselhos Locais de Desenvolvimento Social e Saúde – CLDSS; a educação permanente voltada para o controle social; a criação da coordenação de mobilização e participação popular; e o sistema municipal de ouvidoria (SOARES, *et al* 2009).

Entretanto, outra participação também é possível, ou seja, aquela onde o espaço não está institucionalizado pela representação participativa. Aqui, entra em cena a

participação que ocorre nos espaços comunitários, onde os debates emergem das necessidades e desejos coletivos, ou quando também são instigados por profissionais de saúde que tenham essa visão sobre a importância da participação popular. O discurso de uma egressa que atua como gerente de Centro de Saúde da Família aponta para o controle social e a participação popular como estratégia de ação da equipe no território de atuação, a conferir:

Muito atual agora foi quando eu assumi, quando eu fiz a territorialização no território que eu assumi, eu percebi que tinha quatro anos que nós tínhamos um conselho local de saúde desativado, se eu não tivesse tido esse olhar, dessa importância dentro da residência, do processo da participação social né, da participação da comunidade nos processo de saúde e doença, processo de promoção e prevenção, eu não estaria tendo tanta ênfase em reativar esse conselho, então eu pedi, junto à residência, o tutor da residência, ao NASF, a gente se reuniu pra reativar novamente o conselho de saúde, já tivemos a nossa primeira reunião e nossa próxima reunião estaremos marcando para poder já começar a ter a votação para quem vai ser os membros do conselho, junto com o senhor “E” e a “B”, então, assim, uma coisa muito forte que eu vejo, essa questão do conselho que a gente tá reativando (...). O outro processo é, a saúde na praça que também implantei, assim que eu cheguei, ou seja, é uma coisa que inclusive as agentes de saúde comentaram assim que cheguei, foi, “F” eu fiquei sabendo, fiquei sabendo, que você gosta muito de grupos né, e realmente é uma coisa que eu gosto muito de trabalhar com grupo, então eu tenho tentado fortalecer esses espaços de participação social através da roda de quarteirão e do saúde na praça, que é itinerante, não tem um local fixo (EGRESSA 11).

É possível perceber a repercussão da formação na RMSF, pois ao passo que a participação social é uma das diretrizes do SUS e da ESF, a formação em serviço possibilita ao residente se inserir nas atividades da comunidade, onde as ações coletivas promovidas pela equipe fomentam a participação popular, seja no planejamento das ações ou debates acerca do bairro.

Um outro espaço potente para a participação são os grupos de práticas corporais que foram inseridos na ESF de Sobral, desde 2000, com a inserção da primeira profissional professora de Educação Física. Uma experiência que marca até hoje são os grupos de pessoas idosas com desenvolvimento de ações ancoradas na proposta da atividade física e saúde, no famoso discurso de combate ao sedentarismo, que tinha como *slogan* apelativo “pelo menos 30min diários de atividade física”²² atrelado ao

²² A difusão do discurso apelativo dos 30min de atividade física diários surge nos Estados Unidos da América, a partir de pesquisas laboratoriais decorrentes do grande aumento de pessoas com obesidade. Esse discurso chega ao Brasil, na década 90, com a campanha mundial do Agita Mundo, Agita Brasil e, em 2003, Agita Sobral. Esse apelo para a medicalização das práticas corporais reforça a dimensão da doença em detrimento do sujeito, tornando as práticas corporais uma prescrição, sem levar em consideração os determinantes sociais para prática de atividades corporais como condições socioeconômicas, conhecimento, cultura, estímulo/motivação, prazer, subjetividade, corporeidade e vida.

discurso da inclusão social do idoso nos espaços públicos e nas ações em saúde (COELHO, *et al* 2004).

As contribuições destas práticas vão para além do ponto de vista do controle da diabetes e normalização dos níveis pressóricos, para quem convivia com hipertensão. Na ESF/AB Serviço de Saúde Pública, estão destacados os relatos sobre o cotidiano das idosas em suas tarefas de vida diária com relação às práticas corporais:

Uma experiência que estou tentando concluir, que é meu trabalho de doutorado, vendo as Atividades, a Melhoria das Atividades de Vida Diária, as AVD's de um grupo onde eu, a partir destas práticas, desses exercícios, eu estou vendo com esse grupo a melhoria no desenvolvimento destas atividades, então foi a partir destas práticas que a gente começou a perceber essa melhoria. A partir das falas delas que eu comecei a despertar o interesse por esse trabalho de pesquisar um pouco mais. Porque esse trabalho, esses exercícios e essas atividades, como é que eles estavam é contribuindo na Vida Diária desse grupo. É, então essa visão começou a me despertar, as falas das participantes me estimulava, eu tenho que pesquisar sobre isso, porque até então eu vinha observando que mudava, que elas estavam mudando os hábitos, elas estavam se mostrando mais ativas, mas despertar, como dizem no cearenseis, mas não tinha percebido será que lá nas suas atividades diárias está acontecendo alguma mudança, e comecei a perguntar, a conversar, e a partir dessas falas eu percebi que foi sim, a partir do desenvolvimento desses exercícios com esse grupo, a gente faz além da (...). Fazemos com elas ginástica, caminhada e exercício com pesos, que não são modalidades executadas de formas tradicionais, como acontece nas academias tradicionais, a gente adaptou para eles, e isso tem surtido um efeito bem positivo (EGRESSO 03).

Ainda sobre essa relação atividade física-saúde-sedentarismo-inclusão social “temporária”, observa-se que metodologicamente as ações desenvolvidas nos grupos de idosos aproximam mais do conceito de exercício físico, pois apresentavam planejamentos, objetivos, metas e sistematização, ou até mesmo de práticas corporais onde os profissionais de saúde ficam atentos para o acolhimento das necessidades de saúde e dos sofrimentos vividos pelos idosos. Ainda, mesmo que tenha uma atividade como a caminhada, eram diversificadas com outras práticas como ginástica, recreação e ações de lazer social, manual e intelectual.

Constata-se ainda, neste discurso de desenvolver ações coletivas ou atuar junto a grupos, sejam eles comunitários ou organizados a partir da necessidade de organização do serviço da ESF, contribui-se para a formação do egresso, pois são esses encontros entre profissional de saúde e coletivos organizados sistematicamente que se potencializa

e desenvolve novas possibilidades de produção de saúde, ao ponto de capturar impactos no cotidiano, no caso das mulheres idosas.

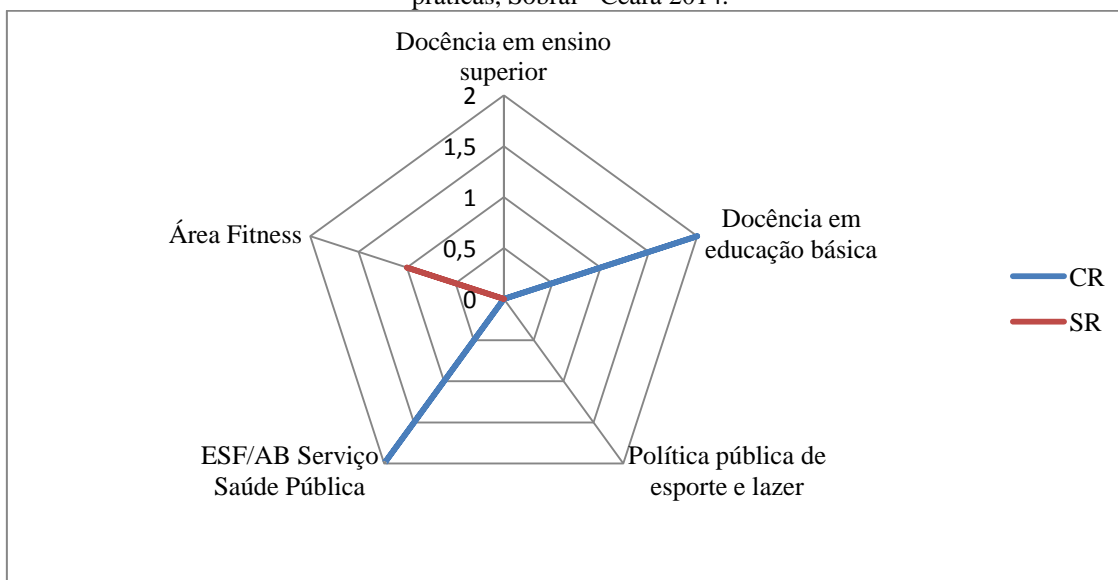
Nesse sentido, a visão ampliada de saúde contribui para resignificar as práticas de núcleo, como exemplo, transpor a concepção de atividade física para a dimensão de práticas corporais, como também observar outros resultados que não reduza apenas a uma dimensão biológica e sim com o cotidiano da vida observado no incidente crítico do entrevistado 03. Embora apenas a partir de 2006, quando o Ministério da Saúde oficializa a Política Nacional de Promoção da Saúde, onde foi incluída no texto a estratégia Atividade Física/ Práticas Corporais, em Sobral, com a inserção de outras categorias da saúde e Educação Física desde 2000, percebe-se a ampliação do escopo de ações na ESF/AB, através da RMSF.

Assim, mesmo considerando que há repercussões na formação da RMSF na prática dos egressos, perceptível em seus relatos, ao apresentarem cenas cotidianas que exemplificam a materialização da territorialização, da atenção integral em saúde e da abordagem comunitária nos locais em que estão inseridos atualmente, percebe-se que, por vezes, não são concretizados no sentido que possuem, em sua totalidade, havendo uma redução destes conceitos no fazer profissional dos entrevistados.

4.2.2 Prevenção de Doença

A prevenção de doenças se apresentou proporcionalmente em dois campos de atuação com repercussões positivas da formação, porém, na área fitness foi identificado um incidente crítico em que a formação da RMSF não contribuiu, conforme o Gráfico 02.

Gráfico 02: Distribuição dos Incidentes Críticos da categoria prevenção de doença nos cenários de práticas, Sobral - Ceará 2014.



Fonte: banco de informações do estudo

O debate acerca da prevenção de doenças tem como referência o modelo da história natural das doenças, elaborado por Leavell e Clark, quando a prevenção deveria acontecer em todos os níveis de atenção, na perspectiva de evitar a doença, ou as complicações do quadro clínico do problema de saúde (SUCIPIRA e MENDES, 2003).

O discurso que contribuiu para a disseminação preventiva das doenças foi a máxima “é melhor prevenir do que curar” ou “é melhor prevenir do que remediar”. Essas orientações demarcam fortemente a formação médica, que por sua vez também influenciou a formação das demais profissões da saúde, as quais conceberam a prevenção da doença na visão economicista, para em seguida incorporar o modelo capitalista de produzir saúde (SUCIPIRA e MENDES, 2003).

Ainda sobre o modelo desenhado por Leavell e Clark, em 1965, a prevenção de doença apresenta níveis de aplicação de medidas com base na história natural da

doença. A prevenção primária da doença se configura nesse modelo como promoção da saúde, ou seja, como proteção específica. Em relação à prevenção secundária encontra-se o diagnóstico e tratamento precoce. A prevenção terciária, onde o indivíduo se encontra com a doença, busca-se a reabilitação para evitar complicações ou incapacidade decorrente da doença, ou seja, o objetivo geral dessas medidas preventivas é evitar a doença ou seu agravamento (WESTPHAL, 2012).

Quando se solicitou aos egressos que descrevessem situações práticas, algumas ações que foram citadas corresponderam à prevenção de doenças. Nas seguintes falas dos egressos 03 e 10 emergiram incidentes críticos no cenário de prática na ESF/AB Serviço de Saúde:

Inicialmente fizemos uma capacitação com os profissionais da SESA (Secretaria de Saúde do Estado do Ceará) e depois fizemos capacitações com os Agentes Comunitários de Saúde, aí a gente tinha os álbuns seriados, é, e a gente fez a capacitação com todas elas, era na perspectiva de trabalhar o que a gente chamava de abraço 10, onde cada agente comunitário de saúde iria incentivar cada idoso abraçar 10 idosos da sua esquerda e 10 idosos da sua direita, abraçar em relação aos cuidados com a prevenção da proliferação do mosquito da dengue, e aí elas, a partir desta capacitação, nas visitas diárias, elas levavam alguns álbuns seriados e explicavam para os idosos, e formar essa corrente, e graças a Deus naquela época nós conseguimos vencer o danado do mosquito (EGRESSO 03).

Em todas eu estou presente e a gente, é, se senta junto com as agentes comunitárias de saúde, dentro do colegiado também, a gente vê algumas áreas que tão assim gritantes em alguns aspectos, né não “F”, na minha área é muita questão de gestação na adolescência né, a gente precisa fazer um processo de educação em saúde maior naquela área e não só trabalhar a questão só do planejamento familiar, com anticoncepcional, enfim, mas fazer o trabalho de educação e saúde mesmo. Para falar dos riscos então, a partir dali a gente organiza momentos naquela área específica daquela agente de saúde para trabalhar aquele tema, então vai de acordo com a necessidade de cada área daquela agente de saúde, o que ela sente necessidade maior, se é a questão do uso de drogas né (EGRESSA 11).

Os discursos apontam para a questão da dengue e da gravidez na adolescência. No entanto, a noção preventiva identificada no incidente crítico remete à ideia de disseminar informações, a exemplo de como se deve evitar a proliferação do *Aedes Aegypti*. Nesse caso, pode-se perceber que a compreensão dos entrevistados sobre prevenção de doenças evidencia a prevenção primária, pois se propõe a mudança de comportamentos ou estilo de vida, como cuidar do ambiente para evitar que o agente etiológico cause problemas de saúde (WESTPHAL, 2012).

O outro acontecimento parte da percepção dos profissionais sobre a gravidez na adolescência. Aqui, não se refere à doença, mas de evitar a gestação nessa fase da vida

por apresentar um grau relativo de risco à saúde da mulher. Porém, a dimensão preventiva fica muito em destaque, ao passo que a estratégia usada para o “problema” seja a educação em saúde com vista também à mudança de comportamento.

Ainda nessa ideia preventiva, alguns discursos na docência da educação básica também se apropriaram dessa categoria em seus cotidianos escolares. Ao conferir sobre os incidentes críticos, trazem a dimensão preventiva com reforço à mudança de comportamento:

Quando eu mostrei a camisinha feminina foi a sensação, pois os alunos não conheciam esse tipo de preservativo, porque aí eu pegava no posto, e a camisinha masculina é muito conhecida pelo alunos. E aí eles também falaram que não sabia que existia preservativo para serem distribuídos no posto de saúde, que é gratuito, ou seja, informações básicas onde pra nós é básico, para os alunos era uma novidade. Então, assim, pra mim foi de grande relevância assim (EGRESSA 07).

Eu fiz um panfleto, assim, de informação, sobre (...) é (...) sobre os cigarros mais e tudo. Aí, eu entreguei pra ele, pra ele ler. Falei um pouquinho rapidamente assim. Só que ele era um aluno que, assim, em sala de aula, ele não fazia muitas atividades não. Mas eu incentivei pelo menos. Eu acho que eu tenho obrigação de pelo menos mostrar pra ele os males que o cigarro faz, alguma coisa assim. É(...) e aí disse que(...) eu não sei se realmente ele leu. Ele não passou muito tempo na escola. (EGRESSA 09)

A educação em saúde foi abordada pelos egressos enquanto estratégia de prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis DST/HIV-AIDS, a gravidez e o uso abusivo de cigarro na saúde do adolescente. Entretanto, a polissemia da educação em saúde apresenta suas várias dicotomias com significados que se completam e se excluem também, por vezes visivelmente opostos como “objetividade e subjetividade, individual e coletivo, adestramento e libertação, reprodução e construção social, lugares públicos e privados, uma polissemia com suas dicotomias” (PEDROSA, 2006, p. 77).

Outro ponto referente à educação em saúde se refere à informação e à comunicação. A primeira se propõe a pulverizar medidas, recomendações, orientações sobre determinado tema ou assunto, muitas vezes de forma positivista, impositiva, prescritivas de comportamentos “ideais”, enquanto a comunicação se propõe à produção de sentidos e significados que considere o pensar, o sentir e o agir dos envolvidos ativos e conscientes da sua realidade social.

Assim, as ações educativas em saúde na perspectiva da comunicação, da construção de sentido e significados com dimensão dialógica e problematizadora se configuram como o agir educativo em que é a ação esperada de cada cidadão (usuário,

profissional e gestor da saúde) “que vive em uma sociedade democrática, consciente de seu papel social” (PEDROSA, 2006, p. 82).

A prevenção da doença, por atuar sobre a determinação biológica e seus riscos à saúde física tem sua contribuição para com a saúde dos usuários, independente dos cenários de atuação profissional, pois esse conhecimento também é necessário, tal como coloca o egresso 04, um incidente crítico na área *fitnes* em que a formação na RMSF não repercutiu:

Pronto, é, teve um caso na academia, por exemplo, e isso é uma questão biológica mesmo do caso que ele tinha um problema que era uma conexão interatrial, um problema cardíaco e tal. E estou falando desse caso, mas em caso de doenças mesmo específico, mesmo de doença e tal, eu acho que, de repente a residência deveria ter um módulo, alguma coisa voltado para doença, a parte técnica e biológica mesmo da coisa. Porque há momentos em que você realmente você não vai ter tempo para recorrer ao médico, pode ser uma urgência, pode ser alguma coisa, ah, mas eu sou Educador Físico e não sou médico, mas de repente você poderia contribuir ali no momento mais sério se você tivesse pelo menos uma informação a mais nesse caso. (EGRESSO 04)

No entanto, a partir dessa fala, observa-se a necessidade de conhecimento sobre algumas patologias, possivelmente para atuar em caso de situações de emergência com intervenção de primeiros socorros, quando não houver outros profissionais de saúde. O conhecimento sobre o perfil da demanda e do usuário possibilitará uma maior organização metodológica do seu processo de trabalho ao incluir as informações como parte do planejamento das atividades. Porém, é um risco também atuar profissionalmente apenas com o foco na relação causa e efeito do exercício físico na doença.

A atuação clínica das categorias inseridas na ESF/AB foram ressignificadas, porém, segundo Andrade *et al* (2012), “não coube a discussão da clínica para duas categorias, o Serviço Social e a Educação Física, por serem categorias que se dedicam mais à promoção da saúde e às ações intersetoriais” (p. 878).

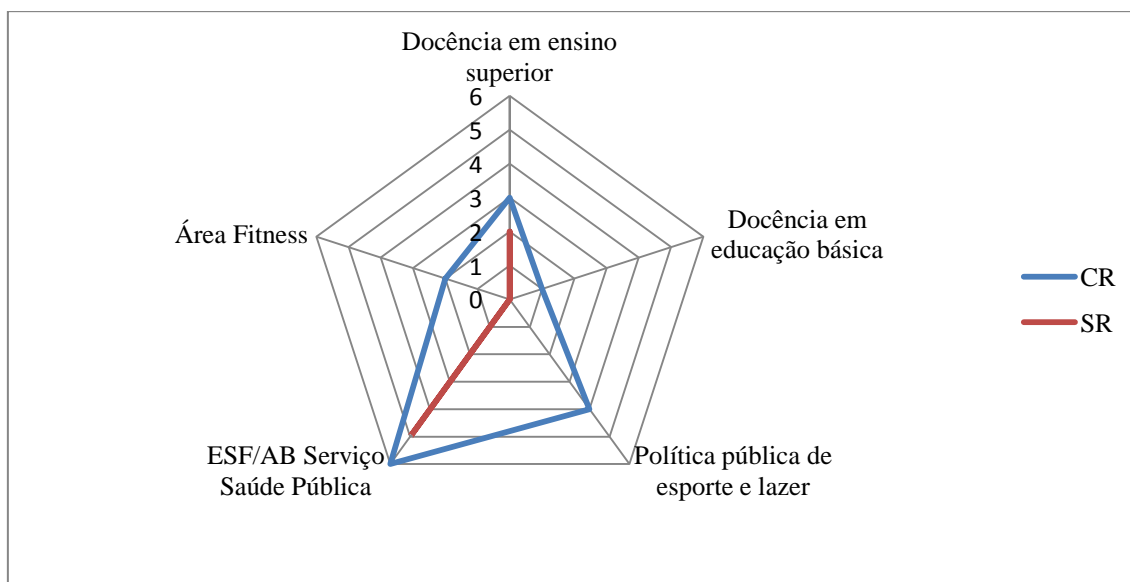
Nesse sentido, a prevenção de doença tem sua contribuição no processo saúde-doença e cuidado, em especial nas doenças infectocontagiosas, diferentemente das doenças crônicas não transmissíveis que apresentam aspectos como genética, condições de vida, conhecimento e ter o poder de fazer escolhas “saudáveis”. Compreender a doença a partir de situações reais e suas determinações, talvez seja mais significativo do que abordar a doença isoladamente da vida humana.

Para a formação do profissional professor de Educação Física provavelmente seja mais expressivo compreender as experiências de usuário que convive com adoecimento crônico do que apreender na sua formação inicial conhecimentos das áreas biomédicas isoladas em laboratórios ou em salas de aula. Nesse aspecto, a ESF/AB talvez seja o cenário potente para esses aprendizados.

4.2.3 Trabalho em equipe

O trabalho em equipe, nos últimos tempos, tem sido um dos temas relevantes, seja no campo da saúde ou da educação, seja na atuação profissional ou na formação. Tal fato, talvez se dê pelo grande desafio que o cotidiano da formação e da atuação em serviços de saúde, na escola básica e outras áreas sociais, demandam dos profissionais habilidades para atuarem em equipe, como apresenta o gráfico 03.

Gráfico 03: Distribuição dos Incidentes Críticos da categoria trabalho em equipe nos cenários de práticas, Sobral - Ceará, 2014.



Fonte: banco de informações do estudo

Um dos desafios é superar a fragmentação dos saberes/conhecimento e das práticas independentes do setor de atuação ou da formação profissional, decorrente de uma formação pautada na fragmentação do conhecimento e no corporativismo técnico.

É consenso a importância do trabalho em equipe para todas as áreas, e da integração entre as disciplinas, saberes e práticas, embora, ainda com todo investimento a favor do trabalho em equipe, no campo da saúde, é comum “ouvirmos relatos dos trabalhadores sobre a irracionalidade advinda justamente do excesso de racionalização e compartimentalização das práticas profissionais em saúde” (FURTADO 2007 p. 245).

Furtado (2007) sinaliza outra questão que gira em torno do trabalho em equipe, é a compreensão e distinção do que seja abordagem multi e interdisciplinar na dimensão do conhecimento, de saberes, constituído por um conjunto de teorias, conceitos e métodos. Quanto à atuação multiprofissional e interprofissional se refere aos modos como os profissionais se constituem em torno dos problemas, na busca de encontrar soluções, que podem se organizar a partir do objetivo comum, ou sobre a relação do problema diretamente com a prática do profissional de forma fragmentada.

Os discursos reportam a três cenários de práticas docência em ensino superior, educação básica e ESF/AB serviço de saúde pública, respectivamente, trazem em forma de incidentes críticos acontecimentos em que se manifesta a dimensão do trabalho em equipe:

Tem que ser um trabalho interdisciplinar na escola. Vai até o colegiado da escola, conversa com os outros professores em reuniões sobre assuntos pedagógicos. Como é o aluno tal na aula de vocês, vocês já perceberam isso. Pois na minha aula, como a gente trabalha muito com movimento, eu percebo isso, isso(...) passem a observar. Tem um pedagogo, vamos conversar, às vezes a questão seria um psicólogo observar. Vamos buscar, esse psicólogo a gente tem lá no saúde da família. A gente, escola, deve estar em contato com a unidade básica, e trazer o pessoal do NASF pra escola. E de repente tem uma equipe abordando aquela criança, e descobrindo, assim, uma questão que poderia estar sendo trabalhada e melhorando a essa criança de alguma forma. Então isso, tanto nas duas disciplinas, uma voltada para licenciatura e outra voltada, que é do bacharel, a gente não vai abordar a escola, mas a gente vai abordar a pessoa que vai atender em qualquer outro espaço que não seja a escola. A questão da reabilitação, a questão de ter outros profissionais trabalhando. Apesar de ele estar ali dentro do projeto adaptado, ou lá no centro de reabilitação, ele tem outro contexto que é lá da comunidade dele. Então, se ele apresenta esse problema, por exemplo, baixa autoestima, a pessoa tá no projeto, nós observamos isso (EGRESSA 01).

Esse relato no cenário da docência em ensino superior, no caso a graduação, chama a atenção dos estudantes para a importância de articular outros profissionais a partir da situação vivência na escola. Essa visão contribui para o que Furtado (2007) aponta do trabalho multiprofissional, quando existe um apoio de outras profissões, mas que atuam de forma isolada e fragmentada, ou seja, predomina-se a lógica

uniprofissional. Um exemplo muito comum no serviço de saúde é o encaminhamento de usuário para outro profissional do mesmo ponto ou no outro ponto da rede, desprovido de qualquer compartilhamento.

Os depoimentos a seguir apontam para a atuação em equipe referindo-se à territorialização em saúde, no processo de organização territorial para conhecimento, apropriação, demarcação de limite por área e identificação dos problemas e das potencialidades locais. As ações de práticas corporais, ao convidar outro profissional para abordar a questão da alimentação no grupo, como se pode observar, têm sido realizadas:

Quando a equipe foi realizar a reorganização dos territórios eu acabei me atrelando no serviço de uma forma na organização daqueles documentos que trouxe à tona tudo que eu tinha estudado e eu conseguia fazer com que as pessoas se organizassem e me entregasse as informações, e justificado a importância das informações para ficar como parte do nosso serviço, e isso faz parte do nosso serviço, e isso ficou muito evidente, essa forma de você lidar com as pessoas com a informação, de uma forma sem ser impositiva, de forma prática e necessária, essa visão, essa vivência e o respeito (...) ampliou a visão que as pessoas tem de mim e isso, e dentro do serviço quando fomos fazer essa reorganização e todo mundo, como tu consegue fazer isso? Gente, quando a gente passa por algumas disciplinas de avaliação de saúde, organização do serviço, faz com que eu veja com mais clareza. Isso foi uma forma de mostrar mesmo que dá pra fazer e depois que você passa pela experiência entende o quanto aquilo acrescentou na tua vida profissional (EGRESSA 02).

Mas assim, na atenção ao cuidado relacionado à alimentação com a nutricionista, a gente fez um trabalho lá no grupo de ginástica, um grupo para mulheres que a gente na unidade onde nós fizemos uma parceria, onde quinzenalmente a nutricionista ela ia no grupo fazia as orientações e na outra e nos dois encontros eu ficava dando reforço de acordo com que ela tinha orientado e isso surtiu um efeito bem legal (EGRESSO 03).

Não, assim eu consegui trabalhar com as turmas que eu vejo que são bastante afloradas que são as do sexto e sétimo ano. Eu trabalhei é, fiz um trabalho de seis meses, e assim, a partir das oficinas sobre sexualidade, trabalhava junto com o professor de biologia, mas tinha uma dificuldade, porque o professor de biologia chegava toma “G” que a turma é tua e saia da sala de aula, mas eu dizia que não, e eu falava que a oficina era para ser desenvolvida por nós dois juntos e não pra ficar somente comigo a turma. Ao mesmo tempo eu tentava fazer com que o professor de biologia se implicasse na oficina para planejar junto com ele e vários momentos ele colocava a dificuldade por não saber, não saber repassar esse conteúdo para os adolescentes, era porque o professor de biologia se sentia um pouco inibido e envergonhado com determinadas perguntas que os adolescentes faziam, o professor não se sentia muito bem, entendeu? (EGRESSA 07)

Observa-se que articular outros profissionais para atuarem no mesmo campo pode se caracterizar como uma ação multiprofissional, afinal, o fato de justapor categorias não significa que seja atuação interdisciplinar. Para caracterizar-se uma ação

interprofissional os profissionais devem organizar conjuntamente o objeto de interesse ou a problemática comum com estratégias compartilhadas com um grau de interdependência entre a equipe. No entanto, do modo como foram organizadas as atividades nos incidentes críticos, estas se assemelham mais ao trabalho multiprofissional do que o interprofissional.

A atuação, na perspectiva da colaboração interprofissional, exige do trabalho em equipe a centralidade das ações concentrada nas necessidades de saúde do usuário. Para D'Amour (1997) *apud* Ellery (2012), as organizações de serviços de saúde devem ter orientadas suas práticas a partir do usuário e suas demandas. As autoras reforçam que essa condição contrapõe a organização dos serviços pautados no corporativismo técnico e científico produzido pelas categorias da saúde.

Para a realização da colaboração interprofissional, segundo Ellery (2012), a partir de uma revisão de estudos empíricos e teóricos para a materialização de projetos interprofissionais, deve-se mobilizar três dimensões: a afetiva (dimensão subjetiva), a integração de saberes (dimensão cognitiva) e a colaboração interprofissional (dimensão pragmática). Desse modo, as falas que se seguem nos cenários da ESF/AB Serviço de saúde pública e na área fitness apontam para atuação na perspectiva da colaboração interprofissional:

Como a fisioterapia tem uma visão bem diferente da educação física, apesar da gente trabalhar com o movimento, com o corpo, mas são visões bem diferentes e pela primeira vez eu estou trabalhando com um fisioterapeuta no NASF de uma forma que a gente trabalha juntos mesmo, a gente atende as pessoas com deficiências, vai eu, ela, olha a situação (NASF e PET) e a gente dialoga, faz a visita domiciliar juntos, a gente conversa sobre as possibilidades que a gente pode com aquela pessoa e a gente vai ajudando. Por exemplo, a fisioterapia, ela gosta muito de trabalhar com a pessoa acamada e faz o movimento levantando a perna com a extensão do quadril, e isso faz com que a coluna da pessoa saia do apoio, enquanto se ela flexionar a perna isso vai minimizar esse efeito, isso vai ficar com a coluna melhor apoiada, e isso vai se complementando e a gente senta eu preciso da tua ajuda, eu estou com problema assim (...). Assim, como a educação física pode contribuir? Por exemplo, principalmente com as pessoas com deficiência. A gente tem trabalhado bastante junto com a fisioterapia (EGRESS 02).

Com as enfermeiras foi questão do uso racional de medicamentos, então assim a gente deu uma estudada em relação a isso. Porque às vezes as pessoas utilizam esse remédios ou medicamentos de forma exagerada, então a gente começou a conscientizar a partir do contato com os profissionais da enfermagem conscientizar dentro dos grupos onde a gente atua o uso racional dos medicamentos. E aí, assim, porque o exercício já pode promover essa diminuição do uso do medicamento, mas se não tiver essa orientação ela vai

continuar. Usando porque ela acha que se não usar aquela quantidade ela não vai ter retorno que ela imagina. Então a gente fez um, aliais, a gente não teve, a gente tem e continua fazendo em todos os grupos que a gente atua, até mesmo para diminuir essa utilização de medicamentos, quanto menos é você utilizar melhor (EGRESS 03).

Mas era uma pessoa assim que não estava evoluindo pra questão de ganho de massa, e a gente foi conversar com ele, o treino estava bom, a alimentação segundo a pessoa estava tranquilo, inclusive até foi no Nutricionista e ele pontuou algumas questões lá, com relação muito à questão do metabolismo, mas, assim, foi um momento que, tipo assim, não precisou ir, poderia ter ido na literatura, digamos assim, mas não tem como você, eu pontuei algumas questões do biótipo, das condições da pessoa, e ele tipo montou um esqueminha que podia ser feito de alimento, pra mim questionar no caso, come isso, come aquilo, de quantas e quantas horas, a quantidade, enfim, coisas que, uma troca de saberes muito boa, que potencializa os resultados do que eu tava precisando. Então isso é mais abertura, de você conversar com o outro, de não ter esse medo do outro, porque às vezes você tem muito medo do outro profissional, porque você acha que o que você vai perguntar a uma outra categoria, você não tem condição de ter aquele saber, ou de buscar ele ou de entender o que está lendo (EGRESSO 06).

Os incidentes críticos com repercussão para o trabalho interprofissional evidenciam quando o profissional busca a colaboração do outro, sobre o enfoque das necessidades de saúde do usuário, demandam colaboração de saberes e práticas dos demais núcleos profissionais em ato. Essa percepção parte da autonomia do profissional, atitude primordial para o desenvolvimento da colaboração interprofissional (ELLERY, 2012).

No cenário da área fitness, a colaboração interprofissional aparece como elemento surpresa, pois há uma predominância da atuação isolada do profissional ou multiprofissional na lógica do encaminhamento. No campo da ESF/AB serviço de saúde pública, “a interprofissionalidade é possível quando são disponibilizadas condições organizacionais e coletivas (macropolítica), mobilizadoras de aspectos subjetivos (micropolíticas) dos profissionais (ELLERY 2012 p.235)”.

Assim, a gestão da educação e do trabalho em saúde tem um papel político importante no sentido de garantir aos seus trabalhadores a formação (educação permanente), condições de trabalhos dignas, estrutura (espaços físico e insumos), que articulado com profissionais de saúde podem construir projetos interprofissionais, como, por exemplo: projetos terapêuticos singulares, interconsultas, intervisitas e projeto saúde do território que são tecnologia leve que demandam da equipe de referência a colaboração interprofissional com a equipe de apoio, organizado na lógica do apoio matricial em saúde.

A materialidade da colaboração interprofissional é um desafio constante para as organizações de saúde. Um estudo realizado por Araújo (2012) sobre Núcleo de Apoio à Saúde da Família, de Sobral, apontou que a colaboração interprofissional, em geral, apresentou “resultados de níveis intermediários (latentes) de colaboração, de forma que o atual arranjo dos NASF não têm possibilitado, de forma eficaz, o desenvolvimento de práticas colaborativas” (ARAÚJO, 2013 p. 70).

Em outro estudo realizado na cidade de Fortaleza, notamos o quanto é relevante para organização do serviço quando a unidade de saúde se percebe como escola, pois os processos formativos para estudantes de graduação ou para profissionais de saúde são dispositivos que podem estimular a educação permanente interprofissional (Ellery, 2012).

O trabalho em equipe, seja na formação em saúde ou na atuação profissional foi proposto para o setor saúde com a finalidade de garantir diversos olhares, saberes e práticas em saúde não para homogeneizar atenção e sim superar a fragmentação e desresponsabilização proveniente da crescente especialização dos profissionais de saúde para uma assistência mais integral aos usuários (CAMPOS, 2000). As falas das egressas apontam repercussão dos incidentes críticos sobre o trabalho em equipe para organização dos serviços de saúde:

A questão da organização do serviço, das atividades. Porque o PET tem os objetivos, e tem as ações a serem realizadas para atingir aqueles objetivos. Nós pegamos todos os objetivos que tem nesse PET, e todas as ações. Depois passamos um por um com os monitores e preceptores que foram vendo o que desses objetivos e dessas ações. O que o grupo conseguiu desenvolver, o que não conseguiu, e por que não conseguiu. Então, foi vendo isto, pegou o que estava em andamento. Então, por que conseguimos isso aqui? E como podemos fazer agora então, já que não deu certo. O que pode fazer para que dê certo agora para 2014... Então, as ações são essas. E quem poderia ser o responsável por essas ações na parte principal. Quem vai puxar isso aqui porque precisa disso, ou daquilo. O que vai precisar! Aí essa organização eu fiz com eles... Então eu sinto uma facilidade nessa organização que é uma coisa que temos que fazer, e isso aprende em equipe quando está na equipe que estamos trabalhando juntos. E quais são os planejamentos que nós traçamos para esse semestre... (EGRESSA 01).

Eu hoje eu tento tá puxando esses profissionais, tá puxando da equipe de referência, tá trabalhando junto... Estamos construindo agora um processo de cogestão, gestão colegiada, porque sabemos que as rodas é um momento de cogestão, mas por eu estar em uma equipe muito grande eu percebo que não tem condições suficiente para tá deflagrando alguns processos e aprofundamento desse processo de cogestão, então a partir daí percebemos a importância das representações de cada categoria e formando um colegiado responsável dessa gestão, então eu não estou gestora sozinha ali, eu estou

numa cogestão que existe através das rodas, mas também com o colegiado que foi montado, que toda primeira roda do mês, às quintas feiras, após a grande roda fica só o colegiado pra gente discutir coisas a mais sobre a organização do serviço, que isso eu percebo que eu peguei muito da questão da minha formação na residência, nessa questão de tá puxando a questão interdisciplinar pra cogestão, que eu acho se eu não tivesse passado eu não teria deflagrado alguns processos como este. Ainda a questão de tá trabalhando a questão do atendimento compartilhado, a clínica ampliada e agora a questão de trabalhar a cogestão mais fortemente (EGRESSA 10).

As falas anteriores apontam para uma dimensão de co-gestão na medida em que o espaço se propõe a ser democrático e que considere os diversos olhares para o mesmo objeto, no caso a organização do serviço, avaliação das práticas de assistência ou com o que foi preconizado nos projetos institucionais. Deve também ter abertura para redefinições e redimensionamento do trabalho em equipe, considerando as necessidades de saúde do usuário.

Para Gomes *et al* (2005), a atuação dos profissionais em equipe deve dar-se no agir em concreto, “que se baseia no respeito às especificidades e responsabilidades de cada profissional, e na afirmação o trabalho em saúde não se restringe, nem se encerra no fazer de nenhum trabalhador especificamente” (BONALDI, 2010 p. 60). Pinto e Coelho (2010) reforçam que autonomia do profissional ou da equipe não significa fazer o que quer ou o que querem de forma isolada, e a partir de formulações coletivas exequíveis sempre com usuário e família no centro dos processos organizativos.

Campos (2000), Gomes *et. al* (2005), Oliveira (2010) e Pinto & Coelho (2010), ao discutirem sobre trabalho em equipe e organização dos serviços de saúde reforçam a questão do usuário como centro do cuidado e da organização. Embora essa condição seja ainda um desafio no cotidiano dos serviços, pode-se observar que se faz necessário a equipe ter abertura para escutar e garantir canais de comunicação com a comunidade para problematizar, refletir e reorganizar o serviço, levando em consideração os aspectos colocados pelo usuário e comunidade. Nesse sentido, uma entrevistada apontou um incidente crítico para a participação ou pelo menos que os usuários compreendam a organização do serviço:

se a questão de, como já aconteceu, a falta de conhecimento de como é o processo de trabalho do posto de saúde, a gente sentiu através da saúde na praça, alguns questionamentos dos usuários e reclamações que na verdade nada mais é do que eles não conhecerem como é que era a organização do processo daquela unidade de saúde, então quando eles chagavam a tarde, no final de tarde, eu quero ser atendido por um médico e não podia, por que? porque não tinham conhecimento de como é que se organiza o processo de

trabalho daquele serviço. Por culpa do usuário? Não necessariamente, acho que por culpa também da gente como servidores de tá cada vez mais promovendo momento, mostrando como é que se organiza e usando outros meios de comunicação, outros meios como igreja, enfim, escola e mostrando como é que se organiza. Porque realmente, se percebe que a maior parte das reclamações que chega na gente, eu digo como gestora, é por falta de conhecimento da organização do serviço, ele acha ruim porque não foi atendido, ele acha ruim porque tá demorando o exame, ele acha ruim porque não vai ser atendido pelo dentista tal, que ele queria aquele outro, e simplesmente é porque ele não sabe como se organiza, então nós temos que ficar trabalhando cada vez mais, comunicando, mostrando. (EGRESSA 10)

O acontecimento apontado pela egressa mostra a importância do envolvimento de todos os profissionais na organização do serviço, considerando as observações dos usuários no sentido de reduzir situações desagradáveis no serviço de saúde. Nesse sentido, Pinto e Coelho (2010) destacam a relevância da participação do usuário na organização do serviço, propondo:

Discutir abertamente que trabalho deve ser feito e como deve ser feito entre os membros da equipe, entre estes e os usuários e gestores, encontrando a melhor forma de interação pode possibilitar que os trabalhadores das equipes de saúde da família possam se reconhecer em seu trabalho como artistas se reconhecem em suas obras (PINTO e COELHO, 2010 p. 326).

A formação em Educação Física apresenta-se como um desafio para a atuação profissional na gestão em sistema de serviço de saúde, possivelmente devido aos conhecimentos ofertados na graduação, são gestão esportiva e escolar. Outro ponto é que na Educação Física existem poucos estudos sobre atuação desse profissional nesse cenário de prática, em especial na ESF/AB Serviços de Saúde Pública. Este aspecto revela-se no discurso da egressa que atua como gestora em um CSF, que aponta vários incidentes críticos que não repercutiram na sua atuação quanto à natureza organizacional do serviço:

Como se dá o processo de referência e contra referência do sistema, em relação a encaminhamentos do usuário, como a parte prática a gente sabe, mas a parte teórica a gente não sabia. Em relação ao que? Qual instrumento tem que feito para fazer a referência? Contra referência? Existem tipos de papéis diferentes, quando é pra tal local, é a folhinha azul que é a PAC, enfim, essas coisas que a gente não sabe, a gente não tem a menor aproximação desse processo, a gente sabe que existe sim, chegava pra gente, não, eu sei, existe referência e contra referencia e eu vou referenciar lá pra unidade mista, sim e através de que você vai referenciar? Qual o papel que você utiliza pra isso? Eu fiquei perdida. Graças a Deus eu tenho um SAME que sabe muito, tem bastante propriedade, mas enquanto isso, eu tenho que me apropriar daquele processo, pra depois organizar aquilo ali que pode tá deficiente, então, por exemplo, um exemplo prático que eu tive agora nessa semana, uma das dificuldades maiores, um dos gargalos maiores que temos é a marcação de consultas, de exames. (EGRESSA 10).

Esse incidente crítico chama atenção para a lógica da referência e contra referência, tema inerente ao processo formativo da RMSF e os diferentes adensamentos tecnológicos em saúde, mesmo ainda sendo uma questão apontada como dificuldade pela entrevistada demonstra o interesse de aprender como acontecem esses fluxos e nessa relação com a profissional que cuida dessa atividade permeia uma educação permanente em saúde. Ao passo que urge a necessidade de se apropriar do processo de articulação da rede inicia-se uma re-significação na sua prática com a criação ou a inclusão de outras estratégias que venham a contribuir na organização do serviço de saúde, a exemplo a classificação de risco e vulnerabilidade:

nós temos muitos exames, que é demanda reprimida, acumulada, tipo ressonância, 200 pessoas, então quando eu cheguei para a profissional responsável pela marcação de consulta, de exames, eu peguei e cadê, ressonância o que é que você tem aí, eu olhei, tinha lá mês 12 em cima e lá em baixo tinha mês é 8, mês de agosto de 2013, em cima para marcar já tinha de dezembro e janeiro de 2014. Aí eu fiquei me questionando, eu cheguei junto e perguntei, como é que se classifica a prioridade disso aqui? Se aqui não é escrito nada assim de urgência? Como é que você vai saber? É por ordem do tempo de marcação que você vai colocar? Quem pediu o exame primeiro em novembro vai ser primeiro a marcar ou o de dezembro ou de janeiro de 2014? Porque pelo que eu tô vendo aqui tem de 2014 já na frente do de 2011, assim é que não tem nada escrito que ele é prioridade. Qual o seu critério? Como é que eu posso chegar numa organização do serviço desse, se eu não tenho propriedade disso, se eu não sei como é que se organiza um processo de marcação de consultas, pra onde vai, quais são os critérios, quem são as prioridades, tem classificação de risco ou não tem, e isso eu não tive na minha residência, na minha formação (EGRESSA 10).

A maior dificuldade que eu senti, assim quando eu assumi, e ainda estou dentro desse processo de aprendizagem, que a residência não me mostrou é essa organização do serviço mais aprofundada em relação à parte burocrática, que acho que a gente poderia sim, não sei de que forma, é, está mais próximo e nos aprofundar mais de como se organiza... Mas a questão maior de processos burocráticos, de por exemplo uma simples notificação, não aprendi isso, uma notificação de um agravo qualquer, um, um processo do BPA geral(...) a gente ouve falar, mas a gente não se aprofunda nessas ferramentas de serviços, de organização do serviço. Conhecer o fluxo dos serviços, o tipo de instrumentos utilizado, a gente não teve acesso a esses instrumentos, como o do programa trevo de quatro folhas que vem, o que é que faz com isso aqui quando chega? O que faz quando volta? Instrumento pra você, a PAC, pra você mandar alguém lá pra Fortaleza, qual instrumento que é utilizado? Eu não tive vivência nenhuma na residência e nem na formação, se você não for um enfermeiro, você fica meio perdido nisso, se você não tiver uma boa equipe de referência (EGRESSA 10).

A classificação de risco é outro aspecto destacado para contribuir na organização e otimização dos recursos, de acordo com o princípio da equidade em saúde e garantia

do acesso ao usuário aos demais serviços de saúde para a recuperação ou manutenção da saúde.

Percebemos que a implantação da classificação de risco evidenciada nesse incidente crítico aparece como uma necessidade para organizar e conhecer o perfil da demanda com vista à equidade aos serviços de saúde, corrobora com o pensamento de Campos (2000) ao discutir sobre a organização do trabalho em equipe, sinaliza dois modelos de trabalho em equipe que devem ser superados:

um que se fundamenta no simples agrupamento de especialistas, a partir de uma articulação burocrática do trabalho, baseado em protocolos e programas normativos, que tenham a fazer com que cada trabalhador se sinta responsável por fazer o que se restringe a sua atuação técnica; e o outro, que se baliza numa falsa horizontalização em que todos fariam tudo e ninguém seria pessoalmente responsável por nada em particular, já que a responsabilidade pelo projeto terapêutico seria sempre coletiva” (CAMPOS, 2000, p. 248).

Essa superação vai exigir da equipe de profissionais, gestores e usuários a construção coletiva que venha organizar a demanda e sua oferta, como também identificar outras ações que venham potencializar o trabalho interprofissional na perspectiva da prevenção de doenças e a promoção da saúde.

Ainda sobre o trabalho em equipe com a organização do serviço, foram encontrados incidentes críticos no campo da política pública de esporte e lazer. O entrevistado pontuou contribuições da formação no programa de residência na gestão do Programa de Esporte e Lazer na Cidade (PELC).

Nós conseguimos identificar as demandas, não ia só com um olhar de vou fazer apenas uma aula de ginástica, a questão das visitas domiciliares, o porquê da usuária está faltando, identificar isso, essa aproximação, isso foi o ganho que a residência trouxe, questão do registro, como agente da residência tinha questão do controle, da frequência, do controle das quantidades de oficinas e tal, do controle inclusive da quantidade de participantes e do registro áudio visual dessas oficinas, trouxe isso pra cá também, inclusive com planejamento mensais para todo mundo, onde eles tinham que mostrar qual a produção do mês, não em sentido quantitativo, mas mostrar realmente qual o impacto que estava tendo e essa ação estava tendo, paralelamente a isso tinha o planejamento semanais muito semelhante a roda, a gente tinha os planejamentos de equipe, era mesmo pra gente colocar as potencialidades, as dificuldades, como a gente poderia contornar o que estava acontecendo e tal (EGRESSO 05) .

Algumas diretrizes para organização do PELC no plano nacional coadunam com as proposições do SUS, como a descentralização, participação popular, equidade,

trabalho em equipe e organização comunitária. Essas proposições apresentam semelhanças com ESF/AB, cenário de formação em serviço do residente.

A partir das intencionalidades do programa PELC, tanto conceitual e prática no campo da política pública, a formação da RMSF apresenta elementos comuns com o programa PELC, destacados os incidentes críticos do egresso como gestor, apresentando contribuições para sua organização

A organização da agenda, eu tinha que visitar 23 bairros por semana, eu tinha 20 agentes que eu tinha que visitar por semana, paralelo a isso tinha que dar conta de todo o andamento burocrático do programa, ou seja, foi tabela mesmo, eu lembrei muito da tabela que a gente fazia da organização de grupo, agora é visita, atendimento, basicamente foi o mesmo desenho, de colocar a mesma tabela e dizer tal dia, tal ano, tal hora, estou aqui fazendo isso, não isso só funciona de 7h as 11h, então tenho que estar lá nesse horário, não pode colocar esse horário, por mas que a Secretaria só abre as 8h, mas 7h tem que estar tal canto, é a questão da organização do tempo, dos dias, da hora, dessa otimização do serviço, lembrei muito da organização, talvez tenha sido o que mas me recorda... Mas o mais dado foi a questão da organização, porque eu tinha muito canto para visitar, muita oficina para ir, muita coisa para ver, muita coisa burocrática para preencher e eu tinha que dar conta disso por semana... A organização do serviço, abordagem comunitária teve algo bem próximo, mas enfim (EGRESSO 05).

Dança. O que era que a gente fazia, chegava na comunidade e olhar quais era as manifestações de danças que tinha em cada bairro para poder, em cima disso, os interesses deles, que a gente pegava pessoas da própria comunidade para poder estar facilitando os momentos para os outros. A gente tem uma oficina de Maracatu, mas tem uma pessoa da comunidade que sabe, a gente trazia essa pessoa para fazer oficina e tal, saber valorizar esse conhecimento, a questão da arte, tinha muito disso na oficina de artes... é a questão dessa valorização que trouxe isso o pouco da residência, de não chegar lá com um saber pronto, mas construir junto com eles (EGRESSO 05).

Segundo Castelani Filho (2007), na fase embrionária do programa PELC tinha-se a preocupação com a formação dos gestores e dos profissionais professores de Educação Física, os quais concluíram suas “graduações sobre os referenciais teóricos-epistemológicos do paradigmático da Educação Física da aptidão física, pois é evidente o anacronismo de tal processo formativo aos propósitos enunciados no PELC” (CASTELANI FILHO, 2007 p. 10-11).

Os incidentes críticos relatados revelam contribuições para organização do programa PELC, como o trabalho em equipe, mediação de conflitos, organização de agendas para acompanhamento das atividades desenvolvidas nos núcleos, realização de visitas domiciliares como busca ativa, bem como a participação da comunidade na organização das atividades do programa e a avaliação a partir dos resultados através da

frequência e de registro áudio visual como parte do processo. Outro aspecto relevante foi a mediação de conflito fruto do processo de trabalho, eu que o profissional precisa desenvolver uma postura dialógica, compreender quais as causas dos problemas e buscar mediações entre os objetivos do programa, com os interesses do profissional:

Eu enquanto coordenador tinha alguns agentes e um coordenador do núcleo que eram extremamente difíceis, relacionalmente mesmo sabe, era de difícil diálogo... eu tive que ser uma pessoa extremamente política no sentido de contornar alguma situação... ver qual a melhor forma de resolver isso, primando pelas relações também... Vamos ver o que está acontecendo, agora vamos ver, é questão de horário, vamos ver como a gente pode adaptar isso, vamos ver como a gente dribla, você não está podendo esse horário, beleza, o plano de aula, não consegui fazer, está com dificuldade, vamos sentar, vamos ver como a gente ajuda, vamos ver.. É chegar e se colocar à disposição, vamos lá, como posso fazer para lhe ajudar, vamos colaborar aqui, organizar isso aqui, esse foi um dos aprendizados que tive na residência. E aconteceu de chegar dessa forma nos coordenadores com os agentes do programa, que estavam com dificuldades, inclusive de mediar algumas situações conflituosas entre um agente do programa e outro... É muito a questão de saber o diálogo com ambas as partes, tanto com quem tá certo ao extremo como quem tá errado ao extremo, de saber mediar também com rigor.

Essa habilidade possivelmente se deve à convivência em equipe durante a residência, pois, apesar dos diferentes arranjos multiprofissionais e a complexidade de cada território, é no cotidiano do trabalho em equipe que surge a possibilidade de se reconhecer e reconhecer-se com o outro.

É preciso ainda destacar que o conceito de saúde do PELC é semelhante ao adotado na formação da RMSF, que define saúde como “resultado dos modos de organização social da produção, no contexto histórico de uma sociedade, exigindo a formulação e a execução de políticas que invistam na melhoria da qualidade de vida de sujeitos e coletivos” (CASTELANI FILHO e CARVALHO, 2006 p. 215). Essa dimensão em comum aos cenários de práticas indiretamente pode influenciar nos modos de agir em equipe.

Ainda sobre mediação de conflito, uma entrevistada, na função de preceptora de território, sentiu dificuldades no trabalho em equipe. O incidente crítico de não repercussão na atuação da egressa 07 no cenário da docência em ensino superior programa de RMSF aponta para o desafio que é conviver em equipe, lugar de encontro de pessoas e suas histórias de vida:

Trabalhar as relações interpessoais na equipe, eu tive esse problema tanto na preceptoria da segunda turma e terceira turma. Tipo assim, dois residentes de

categorias diferentes estão disputando isso, seu conhecimento no dia-a-dia no território e da equipe, uma briga de egos, e eu como preceptora de território, como é que eu iria mediar aquilo, pra mim foi muito difícil, eu não aprendi na residência, na graduação, como é que eu, como preceptora de território e como docente, como que poderia mediar isso para que esses residentes, e isso afetava toda a equipe 06 (...). Eu deixei eles mesmos resolverem entre si, entendeu, foi um pouco da estratégia que utilizei. Outra estratégia que utilizei para resolver essa dificuldade na equipe para poder trabalhar as relações interpessoais foi pedir apoio, reconhecer a fragilidade e pedir apoio no caso da coordenação, que estava na assessoria pedagógica, que era a doutora V.D (EGRESSA 07).

O fato relatado talvez seja comum acontecer em outros programas, a exemplo, Martins Jr. (2008), em roda de estudo sobre o texto chamado *Medo e Ousadia*, de Ira Shor e Paulo Freire, para subsidiar o debate sobre o papel do corpo docente na relação com os residentes, problematizou qual deve ser a postura do docente em serviço? Assim emitiu a seguinte reflexão:

Dentre as várias aprendizagens alcançadas através desse estudo, talvez a principal delas é que um processo educativo, na perspectiva libertadora, não procura colocar educador e educando como iguais. O educador deve sempre ser diferente e não igual aos alunos, mesmo quando praticam relações democráticas em classes. O professor, na perspectiva da educação libertadora, deve desempenhar o papel de líder, liderando um processo que ocorreria por si só. Agora, se o professor/educador é democrático, se o seu sonho político é de libertação, ele não deve permitir que a diferença seja necessária entre professor e aluno e se torne antagônica (MARTINS Jr.,2008, *apud*, PARENTE, 2008, p. 52)

Uma das tarefas docentes é mediar situações limites na convivência em equipe, pois o residente traz os aspectos da personalidade, do jeito, do caráter individual em cena e produz ação e reações (MEIRA 2010 *et al* p. 214). A tarefa do docente em serviço é também marcada por situações complexas, que vão para além do formalismo conceitual fundamentado no edital de seleção, nos projetos políticos pedagógicos, ou de um docente como supervisor. Parente (2008), quando buscou problematizar e refletir sobre o trabalho docente do preceptor e tutor do programa de Sobral, chegou à seguinte conclusão:

Que o docente em serviço de saúde deve encontrar-se em descobrir a melhor forma de dialogar e ter a capacidade de olhar o mundo, não apenas a partir do seu ponto de vista, mas a de incorporar no seus olhares o ponto de vista uns dos outros, para só assim atingir a condição de maturidade intelectual que o docente tenha a capacidade. (PARENTE, 2008p. 53)

Nesse contexto, capturando as palavras de Paulo Freire, um processo pedagógico que atua na práxis libertadora, é inegável a necessidade de uma estrutura/postura com rigor, disciplina e exceto a licenciosidade, ao ponto do docente não aceitar tudo como equivocadamente sugerem alguns iniciantes da abordagem pedagógica em foco (PARENTE, 2008).

É inegável que os programas de RMSF estimulam e fomentam ações, estratégias e atividades pedagógicas para a convivência em equipe. O trabalho em equipe é um dos motes mais desenvolvidos no programa, afinal não se produz e nem se aprende saúde de forma isolada. As interfaces profissional-usuário, profissional-profissional, equipe de apoio-equipe de referência são necessárias, pois delas podem se deflagrar nuances outrora ainda não percebidas.

Possivelmente podemos atribuir, em alguns casos, como na organização do serviço, uma pouca profundidade na articulação com a rede e seus fluxos burocráticos, ou até mesmo aprender mais sobre a gestão em serviços de saúde, isso também possa ser que seja decorrente do fazer da Educação Física, que aparentemente não necessite articular em seu processo de trabalho outros adensamentos tecnológicos em saúde.

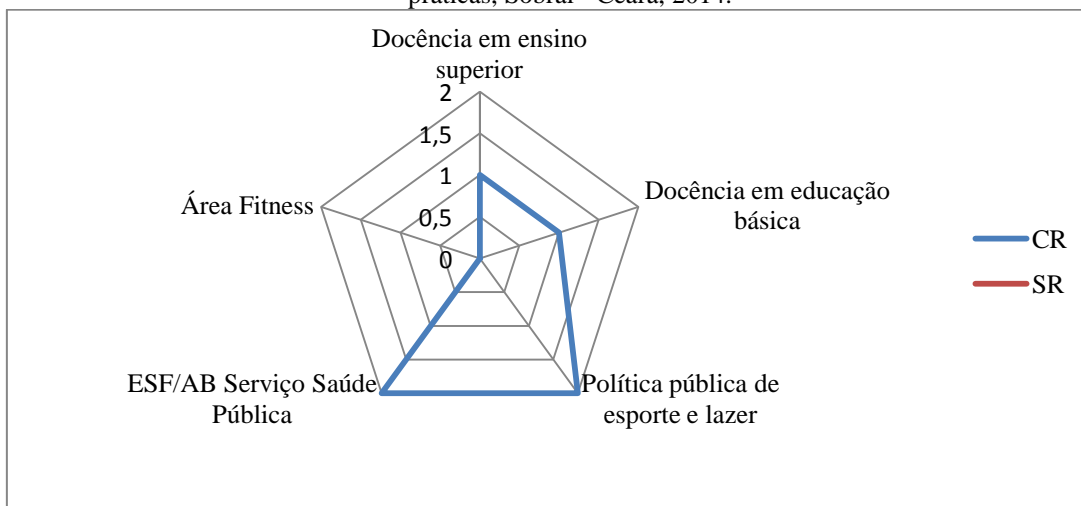
Com relação à mediação de conflito o trabalho em equipe multiprofissional no processo de formação da RMSF pode possibilitar ao residente situações de conflito que, dependendo de como foi cuidado o problema gera aprendizados que possivelmente podem ser reproduzido em outras situações semelhantes ou distintas da qual vivenciou na RMSF. Essa possibilidade não exclui outras maneiras de contornar os conflitos em equipe, como, por exemplo, profissionais que adquiriram conhecimento e habilidades na graduação.

Ainda em seguimento, um trabalho em equipe, também dependendo de alguns contextos, vai demandar do profissional habilidade de articular outros adensamentos tecnológicos, bem como outros setores externos dos serviços de saúde, pois não é muito difícil compreender que os processos de saúde-doença e cuidado apresentam seus determinantes sociais da saúde, onde caberá a participação de outros atores, setores, programas e ou políticas, ou seja, a intersetorialidade.

4.2.4 Atuação intersetorial

É necessário o agir intersetorial, pois se observa que com todas as potencialidades que um dado setor tenha provavelmente em situação limite, os próprios recursos não darão conta de resolver o problema, em especial quando se trata de políticas públicas. O Gráfico 04 apresenta o setor saúde, esporte/lazer e os cenários das docências formais, uma atuação intersetorial. Diferentemente do cenário da área fitness, que devido a sua especificidade não apresenta articulação com outros setores.

Gráfico 04: Distribuição dos Incidentes Críticos da categoria atuação intersetorial nos cenários de práticas, Sobral - Ceará, 2014.



Fonte: banco de informações do presente estudo

A Constituição de 1988 aborda a compreensão de saúde como garantia ao acesso de qualidade à educação, habitação, lazer, alimentação, esporte e serviços de assistência. A partir da institucionalização do SUS, enquanto uma política de estado, contribuições críticas ao modelo biologicista prevalecente na medicina hegemônica, com a finalidade de superar a definição baseada na ausência de doença e alertar para produção social. Ao passo que avançava a crítica, aumentavam os desafios de operacionalizar práticas de saúde diferentes das praticadas pelo modelo biologicista.

É nesse contexto de construção do conceito ampliado de saúde pelo movimento da Reforma Sanitária brasileira que se percebe as fragilidades e a impotência do cuidado, da atenção e do encaminhamento de soluções de problemas de saúde (COSTA, et al 2007). Respalda pela visão da integralidade, passou a requerer a construção de

estratégias de convergência entre as políticas e as práticas sociais em arranjos intersetoriais para qualidade de vida aos usuários, família e comunidade.

Sobre atuação intersetorial, a *articulação da rede de apoio* local torna-se necessário quando se considera as limitações do setor de atuação. Ao colocar o usuário como centro do cuidado, busca-se articular com os demais setores soluções para os enfrentamentos dos problemas ou potencializar ações de promoção da saúde. Os discursos demonstram as tentativas de realização de trabalho intersetorial entre a assistência social, saúde e educação:

Com CREAS, CRAS apesar de ser um pouco fechado, mas a gente tentou fazer um trabalho intersectorialidade, entre saúde e atenção lá, tão interessante. Fizemos uma comissão. Todo mundo percebia que não tinha a quem encaminhar, qual o papel do CRAS, qual o papel do CREAS, assim como o CRAS e CREAS não sabia qual o papel do NASF e da Residência, o papel desses profissionais. Então vamos fazer uma reunião, um encontro com os profissionais do NASF, residência, CRAS e CREAS pra gente ver e se conhecer melhor e fazer com que a coisa flua com mais naturalidade. Aí me aproximou muito do CREAS, em função disso (EGRESSA 02).

Problemas básicos que a gente vê como a atuação do Posto de Saúde poderia resolver... Até quando foi apontado esses problemas na reunião pedagógica eu sugeri que a gente chegasse até o posto de saúde, já que o posto de saúde não vem até a nós, contar todas as problemáticas e estreitar essa relação com a Unidade de Saúde, para que a Unidade de Saúde, ela possa desenvolver pelo menos uma vez ao mês, ou em quinzenalmente, não sei, mas que fosse sistematicamente uma atuação aqui na escola (EGRESSA 07).

Como gestora o trabalho, principalmente o trabalho intersectorial, então um exemplo bem prático, em relação a isso, a partir do micro pra ir pro macro agora, é, estou com um mês sem a minha ambulância, certo, que presta serviço a uma comunidade de zona rural, que é o Boqueirão, e essa ambulância tava um mês parada e não sai, não sai, não é por conta da secretaria de saúde, mas tem também outra secretaria de gestão que tá também, não tá liberando por conta essa ambulância e poderia simplesmente não ter, e pronto, e acabou, porque eu to correndo atrás e, enfim, mas o que eu tenho aprendido nesse olhar mais amplo o que a gente pode tá trabalhando a questão intersectorial, que eu aprendi na residência também, essa questão intersectorial, não só interdisciplinar. Então cheguei junto à coordenadora da Escola de Saúde, solicitei o apoio do carro da escola de saúde, que sempre tá nos apoiando, cheguei junto ao SACS, e por fim fiz uma coisa que as meninas até riem até hoje, que quando eu liguei pra vários lugares e não tinha carro em canto nenhum, fui até a guarda municipal e pedi um carro da guarda municipal, para ele nos ajudarem através do ronda, é escolar... a gente tem que dar a cara a tapa mesmo, tentando, pedindo, se humilhando muitas vezes, mas trabalhando esse olhar mais amplo, do que eu posso além do que eu tenho na minha mão, deflagrar a outros processos que pode está me ajudando, então, é onde eu falo assim, às vezes a gente pode puxar uma coisinha da residência que a gente aprendeu, a questão do acesso a nosso serviço, no caso, a questão do transporte (EGRESSA 10)

As situações explicitadas são fatos que ocorreram no cenário da ESF/AB Serviço de Saúde Pública, apontam tanto para o desafio que é fazer ações intersectoriais, como

também limites de compreensão do que seria uma política baseada na intersetorialidade. Esses desafios se traduzem tanto nas dificuldades de estabelecer uma atuação conjunta com outras políticas, como também, de acordo com a entrevistada, a compreensão de intersetorialidade se revela como uma forma de suprir as carências estruturais de um determinado serviço.

Junqueira (1997), a intersetorialidade pode ser entendida como a articulação de saberes e experiências em planejamento com objetivos, métodos e metas em comum, com avaliação do processo com vista a solucionar situações complexas, objetivando um efeito sinérgico no desenvolvimento social, com a inclusão de vários setores responsáveis pelas políticas públicas. Para Costa *et al* (2007), a ação intersetorial não invalida a importância das ações singulares aos setores e reforça que o reconhecimento sobre as especificidades dos demais setores seja um dos princípios para realização da prática intersetorial.

Com relação ao contexto na docência da educação básica, observa-se que existem as necessidades decorrentes dos problemas vividos pelos escolares, a docente na educação básica busca articular com a equipe de saúde do CSF para desenvolver ações na escola. Conforme Oliveira (2006), a escola é considerada um espaço potente para qualificação e fortalecimento de jovens para enfrentamento da vida em todas as dimensões. Por outro lado, a forma estrutural de como são organizadas as políticas públicas por setores reforçam a fragmentação e o distanciamento nas soluções de problemas enfrentados pelos usuários e comunidade, que são comuns para ambas as equipes e setores, no caso, saúde e educação (COSTA, *et al* 2007). Segundo a OMS, a intersetorialidade na saúde se constitui como estratégia para superar a ótica fragmentada que orientou a formação do setor e de seus profissionais.

A dimensão da atuação intersetorial é problematizada nos programas de RMSF devido a um dos princípios que orienta tanto o projeto político pedagógico como também a concepção que deve nortear as equipes que compõem a ESF e a rede de serviços de saúde, que é a promoção da saúde. Em Sobral, a literatura aponta o desenvolvimento de projetos e ações intersetoriais, no período de 1997 a 2004, como semeando ecologia: educação ambiental nas escolas, amor à vida: prevenir é sempre melhor, apoio aos estudantes que convivem com deficiência e necessidades educativas,

segundo tempo, pedalando sem dengue, saúde bucal nas escolas e escuta Sobral (OLIVEIRA, *et al* 2006).

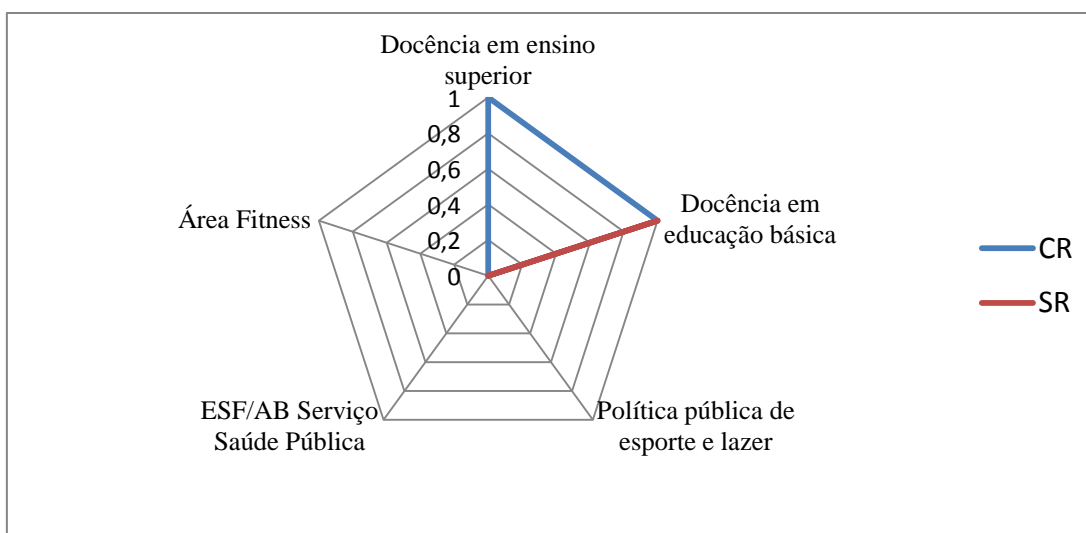
Os elementos apontados acima contribuem para a formação do residente, pois sua inserção no território da ESF/AB com as atividades teórico-conceituais estimula o profissional a pensar e construir ações que articulem a rede local em busca do apoio social. Assim, aponta como mais uma característica do perfil do egresso que se manifesta principalmente quando sua atuação continua nas políticas públicas.

Pensar e agir interprofissional e intersetorial exige das instituições formadoras estrutura, corpo docente, princípios epistemológicos e metodologias pedagógicas que estimulem o profissional pensar interdisciplinarmente. No setor saúde, olhar para os processos de saúde-doença e produção de cuidado vai exigir do profissional uma atuação interdisciplinar.

4.2.5 Abordagem interdisciplinar

A questão da interdisciplinaridade é um desafio desde a formação inicial até a atuação profissional. Uma formação que se propõe fomentar as mudanças nas práticas e resignificação dos saberes, seja na formação em saúde ou atuação na educação, tem que garantir processos de ensino e aprendizado que estimulem abordagens interdisciplinares. Os incidentes críticos nessa categoria foram no campo da docência onde emergiram as repercussões da RMSF, que contribuíram ou não com sua prática, conforme o Gráfico 05:

Gráfico 05: Distribuição dos Incidentes Críticos da categoria abordagem interdisciplinar nos cenários de práticas, Sobral - Ceará, 2014.



Fonte: banco de informações do presente estudo

A compreensão sobre abordagem interdisciplinar parte do referencial que o conhecimento específico (disciplinar) tem sua importância, ao mesmo tempo isoladamente não será capaz de responder a complexidade dos problemas de saúde. Aqui se configura como campo comum. Essa ideia foi difundida a partir da inserção de novas categorias/núcleo (disciplinas) no cenário da ESF/AB enquanto campo comum de produção de novas práticas e saberes sobre os princípios e diretrizes do SUS, Parreiras e Martins JR., (2004).

Para Campos (2000 p. 220), é que “o núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam outros apoios para cumprir suas tarefas teóricas e práticas”. As formulações de Campos (2000) e Parreiras e Martins (2004) parte da

necessidade de mudança nas práticas de saúde ancoradas no saber biomédico, que se apresenta como limitado para responder as necessidades sociais de saúde. Assim, a inclusão de conhecimento da saúde pública e saúde coletiva nos processos de formação do profissional estimularão para uma abordagem interdisciplinar em saúde.

Um estudo realizado em três universidades da cidade de São Paulo, uma estadual e duas federais, que analisou a inserção de conteúdos e práticas sobre saúde coletiva nas matrizes de curso de graduação em Educação Física, concluiu que:

Fica comprovado, a partir da análise realizada, que a formação em Educação Física destoa da demanda imposta pelos serviços públicos de saúde. A associação da área à atividade física ainda predomina e isso reflete preparo do profissional que é formado para prescrever segundo diagnóstico e avaliação, protocolos regidos por parâmetros puramente biológicos (COLLETO DOS ANJOS e DUARTE 2009 p. 1139,).

A entrevista com a docente em programas de RMSF aponta para a apropriação sobre os conhecimentos de saúde pública e coletiva na organização didática dos módulos do programa:

Assim, na construção dos módulos e nas unidades de aprendizagem, o que me ajudou muito foi o conhecimento adquirido na residência mesmo em Sobral, conhecimento relacionado ao Saúde da Família, ao processo de trabalho, à clínica ampliada, às práticas integrativas, gestão, controle social e participação popular, então todos esses conhecimentos que adquiri na residência de Sobral contribuiu pra eu poder estruturar as unidades de aprendizagem e, dentro dessa temática central, eu poder inserir esses módulos. Então, assim, a partir dos conhecimentos que obtive na residência em Sobral, eu pude trazer um pouco da experiência para Fortaleza, aí foi o diferencial por quê? Como egresso da residência de Sobral eu pude trazer as experiências que deram certo para que os preceptores pudessem realizar isso no território (EGRESSA 07).

O incidente crítico, em seu fazer docente no ensino superior, corrobora com o estudo realizado por Nascimento e Oliveira (2010, p. 825), “constataram que o processo educativo na RMSF como parte da formação permanente para o SUS apresenta potencialidades pedagógicas e políticas para transformação do modelo de atenção e das práticas de cuidado em saúde devido aprendizagem vivenciada no contexto da ESF/AB”, que tencionam para olhares diferenciados do que em geral se apreendeu na formação inicial. No entanto, não devemos afirmar que os programas de residência em saúde sejam para “salvar” ou “cobrir” as lacunas construídas pela formação inicial.

Ainda sobre a abordagem interdisciplinar, o incidente crítico de não repercussão que emergiu no cenário da docência em educação básica, foi devido à necessidade de saberes de dimensões pedagógicas, didáticas e de saúde para atuarem com as pessoas que convivem com deficiência. Essa questão do estudante com deficiência da *educação inclusiva* tem sido tema de bastante debate no campo da Educação e Educação Física Escolar.

O movimento mundial pela inclusão no âmbito escolar é uma ação política, cultural, social e pedagógica, desencadeada em defesa do direito de todos os estudantes de estarem juntos, aprendendo e participando, sem nenhum tipo de discriminação. A educação inclusiva constitui um paradigma educacional fundamentado na concepção de direitos humanos, que conjuga igualdade e diferença como valores indissociáveis, e que avança em relação à ideia de equidade formal ao contextualizar as circunstâncias históricas da produção da exclusão dentro e fora da escola (MEC-SEESP, 2008).

A educação especial no Brasil segue os pressupostos formulados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que define a educação especial como modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para pessoas com necessidades educacionais especiais.

Em uma revisão integrativa nos principais periódicos da educação física brasileira incluindo a Biblioteca Virtual da Saúde e Lilasc sobre Educação Física Escolar e Educação Inclusiva/deficiência, a autora constatou que 55,5% dos 22 artigos tinham em seus objetivos a questão da didática em educação física na educação inclusiva e 16,5% foi tanto sobre formação do professor de educação física para educação inclusiva como a questão do currículo na graduação acerca do tema (NASCIMENTO, 2013).

Um dos desafios da educação física definido pelos professores é a formação ainda muito pouco trabalhada, essa questão e a falta de material e espaço para desenvolvimento das aulas, pois essas dificuldades refletem no trabalho pedagógico exigindo do docente, criatividade, adaptações nas estruturas, planos de atividades mais dinâmicos e inventivos, no entanto, faz-se necessário garantir condições básicas para o provimento de aulas que considere as diversidades dos estudantes, em diferentes fases escolares.

A questão da educação inclusiva abordada nesse capítulo não tem a pretensão de explorar o assunto, mas de fazer uma relação dos elementos que aproxima a formação da RMSF com a educação inclusiva, a partir do incidente crítico de não repercussão no contexto da educação básica. A seguir, o acontecimento da egressa 07:

Pronto, com a deficiência, com a questão da inclusão, por exemplo, eu tenho aluno com autismo na mesma sala com alunos com síndrome down, então, querendo ou não eu tenho que dar mais atenção para esses dois alunos do que os demais, por que eu tenho que fazer uma atividade que inclua eles com os demais, está entendendo?(...). E a professora específica não tem pernas para dar de conta da quantidade de alunos que tem déficit de atenção, é síndrome down, criança com hiperatividade, assim há muitas limitações, tanto minha como dos professores em geral e do professor específico dessa área que passou no concurso para atuar nesse contexto. Então eu vejo que a residência deixou essa lacuna pra mim, tanto para atuar com esses alunos, talvez isso deveria ser o foco que o preceptor de categorias poderia ter contribuído mais (EGRESSA 07).

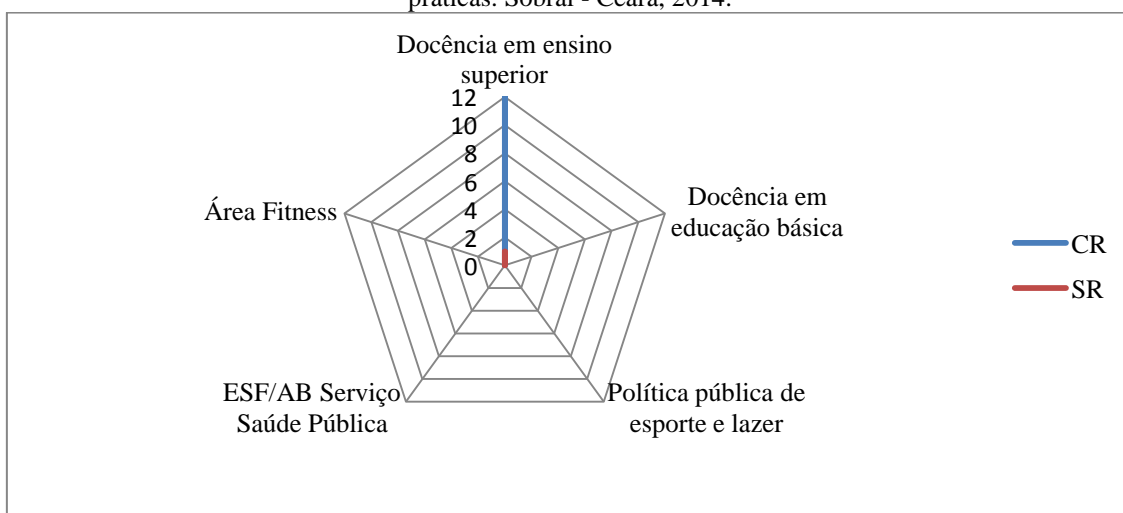
A relação que a egressa faz do programa de RMSF com educação inclusiva, provavelmente refere-se pela convivência com profissionais de saúde que têm expertise para trabalhar a questão da deficiência como a Fisioterapia, a Terapia Ocupacional e a Psicologia, categorias que abordam a questão da pessoa com deficiência, seja na reabilitação como nos cuidados necessários desse público. Ao mesmo tempo, se faz necessário fomentar e estimular, no processo de atuação dos residentes, articulações com a escola e desenvolvimento de projetos intersetoriais voltados para a pessoa com deficiência, ancorados no conceito ampliado de saúde.

Compreendemos como desafio pedagógico e político a relação professor/escola/estudante com deficiência, na área da educação física escolar, pois não pode ser ilimitada a ponto de afastar uma criança da convivência com outras por questões irrelevantes. A convivência com pessoas diferentes deveria ser uma das maiores ferramentas da educação, preparando assim as pessoas para a vida e para as suas possibilidades. A inclusão genuína não significa a inserção de estudantes com deficiências em classes de ensino regular sem qualquer apoio para a instituição escolar, para os professores ou estudantes. A inclusão implica em aparelhar adequadamente a escola com instrumentos, técnicas e equipamentos especializados, em apoio aos professores e estudantes permanentemente (STAINBACH, 1999).

4.2.6 Educação pelo Trabalho

A formação em saúde, historicamente, apresentava um distanciamento das reais necessidades de saúde vividas pelos usuários, pois o modelo tradicional de ensino e aprendizado, centrado no saber do docente ou em conteúdos, passou a ser razão de profundas críticas e problematizações. A partir desse contexto, a docência em ensino superior tem sido o cenário de investimento para uma educação que se vincule ao mundo do trabalho. Observa-se, no Gráfico 11, que os incidentes críticos se apresentaram unicamente na docência em ensino superior, com repercussões de contribuição e apenas um incidente que o programa RMSF não colaborou:

Gráfico 06: Distribuição dos Incidentes Críticos da categoria educação pelo trabalho nos cenários de práticas. Sobral - Ceará, 2014.



Fonte: banco de informações do presente estudo

Conforme dispõe a Constituição Federal de 1988, em seu art. 200, inciso III, ao SUS, além de outras atribuições, compete “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL,1988). Também, como dispõe a Lei nº 8080 (Lei Orgânica da Saúde), que regulamenta o sistema de saúde, no parágrafo único do seu art. 14, os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e a pesquisa.

Diante dessas considerações, surge o novo desafio de aproximar a formação dos problemas de saúde dos usuários e uma atuação na perspectiva do conceito ampliado de saúde. Uma estratégia na formação inicial dos estudantes é estabelecer relações com o

mundo dos serviços de saúde e, a partir dele, aprender, ensinar, refletir, problematizar e serem afetados com a complexidade dos processos de saúde-doença e cuidado.

A inserção de estudantes nos cenários de prática por si só não é suficiente para superação do modelo hegemônico da formação em saúde. É necessário criar estratégias didático-pedagógicas que aproximem o mundo da formação e o mundo trabalho, com a construção de relações dialógicas que potencializem a formação do profissional de saúde, superando a lógica tradicional de formação (CECCIM; CARVALHO, 2006; KOIFMAN *et al* 2009).

Outro elemento que precisa ser destacado é a prática pedagógica do docente, seja como professor na graduação ou no serviço de saúde, na função de preceptor ou tutor. A sua práxis pedagógica reflete sua visão de mundo, de sociedade, de saúde e de ser humano que orienta seu fazer na universidade ou no serviço de saúde. Essas questões são importantes serem destacadas, pois, conforme o estudo realizado por Nóvoa (1997), abordado por Koifman *et al* (2009):

Não é possível separar as dimensões pessoais e profissionais; a forma como cada um vive a função de docente é tão (ou mais) importante do que as técnicas que aplica ou os conhecimentos que transmite; docentes constroem a sua identidade por referência a saberes (práticos e teóricos) mas, também, por adesão a um conjunto de valores etc. donde a afirmação radical de que não há dois professores iguais e de que a identidade que cada um de nós constrói como educador baseia-se num equilíbrio único entre as características pessoais e os percursos profissionais e a condição de que é possível desvelar o universo da pessoa por meio da análise da sua ação pedagógica: diz-me como ensinas, dir-te-ei quem és. (NÓVOA, 1997 *apud*. KOIFMAN *et al* p. 174, 2009).

A partir das reflexões anteriores são diversos os elementos que compõem a ação pedagógica do docente para contribuir com a mudança ou manutenção do modelo hegemônico de ensinar e aprender em saúde. Para uma ação pedagógica pautada em uma prática reflexiva do cuidado em saúde, uma das possibilidades é capturar as situações limites vivenciadas pelo usuário e construir coletivamente alternativas para solucionar o problema como ação educativa em ato ou trabalhar com situações problemas que estimulem a reflexão e a criatividade individual e coletiva. As falas seguintes nos remetem a essa realidade:

Era sobre a questão da puérpera. São os cuidados com a puérpera. Era sobre a depressão pós-parto. Então, uma enfermeira que estava fazendo um trabalho de plano de ação lá no TCC sobre a depressão pós-parto. Ou seja, ela queria fazer intervenções junto da mulher. Quando a equipe percebesse que ela

tivesse entrando num quadro de depressão, mesmo que fosse no pré-natal, mas principalmente no pós-parto. Que eles tivessem uma forma de intervir para que aquela depressão não se agravasse e fosse trabalhada para que não prejudicasse o bebê... O que aconteceu. Eu achei bacana. Só que ela ficou muito voltada na ação do enfermeiro. Então, não é só o enfermeiro. O enfermeiro faz parte da equipe, não é ele que vai fazer essa intervenção. Por mais que ele queira fazer sozinho, ele não vai fazer sozinho. Então, essa é a orientação: Olha, você está trabalhando numa equipe. (EGRESSA 01).

Uma mulher começou a fazer perguntas: é que eu tenho uma deficiência, tenho paralisia infantil, a minha perna dói”. imediatamente lembrei do PET. Então eu marquei com ela e com os meninos e eu percebi que para além da deficiência física ela sofria muito mesmo com a questão social, agressões mesmo, das pessoas perguntarem a ela como o marido dela continuava com ela, aleijada como ela, as pessoas utilizando esses termos. E o quanto ela sofria, não conseguia trabalhar, e aquilo estava afetando ela e muito, aí eu passei a fazer algum trabalho com ela, com alguns exercícios, e impressionante que no primeiro dia ela estava muito caidinha, depressiva e no segundo encontro era outra mulher alegre, rindo. Nesse dia só estava um estudante petiano e no segundo dia estavam os dois, quando a gente conversou com o que não estava no primeiro dia como a mulher estava, tinha se apresentado, o outro disse: não foi o que eu vi, não foi o que a gente viu. Mas é a mesma pessoa que não está com depressão, que está super bem (EGRESSA 02).

Estes incidentes críticos, ambos do cenário da docência em ensino superior, especificamente na função de tutoria e preceptoria de programas de educação pelo trabalho, se evidenciam em ambos a tentativa de capturar as situações reais do cotidiano de saúde e ter uma postura reflexiva na relação docente e discente em serviço de saúde.

Sentir, pensar e agir sobre os problemas possibilita ao educando um aprendizado significativo, pois em ato se articulam as dimensões, como humana, social, política, do encontro com os usuários profissionais, estudantes e usuários são afetados uns pelos outros, permite indo para além da dimensão técnica. Nesse sentido, os problemas que surgem em ato na prática profissional podem resultar na melhor orientação para processo de aprendizagem, pois pode potencializar a formação em serviço, ao passo que congregam a pesquisa, a prática e o ensino (ENERMARK e KJAERSDAM, 2009).

As falas apreendem os problemas do cotidiano do trabalho profissional, as suas situações limites como elemento potente para o ensino e aprendizagem. Seguem os incidentes críticos de repercussão na atuação das entrevistadas 06 e 07:

Eu sempre trabalho com estagiário, e geralmente as atividades deles são supervisionados por mim. Quando eu vejo que não tá legal, eu chamo, sento, contextualizo todo o processo para poder não corrigir, mas reorientar a prática dele, para ele melhorar o fazer dele. A gente sentava para dialogar, sobre treinamento para adolescente, para pessoa mais idosa, para hipertensão, quem tem alguma limitação e eu facilitei muito nesses momentos, fiz até um mini projetozinho... teve uma troca muito grande do corpo docente da

academia, de profissionais. A gente partiu da necessidade, de alguma limitação de um determinado profissional de não saber atuar com determinado situação, digamos, assim, uma delas sobre adolescente, como dar aula de musculação para adolescentes, adolescente é um mundo, então a gente montou toda uma estrutura de *slide*, fez uma troca entre profissionais lá, foi um momento muito rico, muita coisa nova, que a galera, tipo assim, o que é isso. A gente tinha uns veteranos lá na época, que ficava, eu não sei disso, não sei fazer isso, foi muito bom né, assim. Aí sobre sistema de treinamento, níveis de treinamento avançado, enfim, uma série de coisas. A preparação do que você ia levar, a estruturação do conteúdo, tipo, mesmo de produzir *slide*, era mesmo, tipo uma aula, bem legal (EGRESSA 06).

Na residência de Fortaleza, na terceira turma, foi uma parceira muito grande com o NASF. E no NASF tinha o profissional de educação Física, então eu comecei a estimular para que a nutricionista da residência a qual eu era a preceptora dela, eu comecei a estimular ela para que começasse a perceber os dados epidemiológicos, a questão das Doenças Crônicas não Transmissíveis, como hipertensão, diabetes e obesidade, que ela percebesse o cenário de doenças crônicas no território e pensasse, o cenário mostra isso, o que é que eu posso fazer como profissional pra que minha atividade seja impactante no território? (EGRESSA 07)

Outra estratégia pedagógica que tem sido utilizada é a aprendizagem baseada em problemas²³. Essa estratégia pedagógica se utiliza de problemas da vida real e das atividades significativas, pois considera elemento motivacional e contextual no ensino e aprendizagem para a produção de conhecimento por parte do estudante enquanto sujeito ativo (ZANOTTO e DE ROSE, 2003 *apud*. DECKER e BOUHUIJS, 2009).

A noção de docente em serviço requer uma postura reflexiva, pois a partir da organização do serviço, trabalho em equipe e atenção integral ao usuário, pode favorecer um ambiente favorável para produção de pensamentos e reflexão que caracteriza o ser humano como criativo e não como mero reproduzidor de práticas docentes de ensino tradicional, Alarção (2011), mesmo que em alguns momentos se utilize de aulas expositivas, pois o que movimenta é a identificação do problema e as possibilidades de respostas.

O docente em serviço para assumir pedagogicamente uma postura reflexiva, faz necessário abordar os problemas enquanto ação mobilizadora com os estudantes, aprender fazendo, ou seja, criar estratégias com vistas ao trabalho em saúde que venha a

²³ Aprendizagem Baseado em Problemas é uma expressão que abrange diferentes enfoques do ensino e da aprendizagem. Ela pode se referir a conceitos didáticos baseados somente na resolução de problemas ou a conceitos que combinem os cursos tradicionais com resolução de problemas por meio do trabalho com projetos. Ambos têm em comum o foco no processo de aprendizagem do estudante (ENEMARK e KJAERSDAM, 2009).

produzir sentidos e significados para os participantes. Essa realidade está expressa nos seguintes incidentes críticos com repercussão nos cenários de práticas

Vou falar de uma vivência que nós fizemos com os meninos do PET (estudantes de graduação – monitores) e as crianças (escolares). Nós fizemos uma intervenção, falamos sobre as drogas, especificamente cada uma, o que cada uma pode causar na saúde de cada indivíduo e aí fizemos o link com a saúde física, social, financeira, fizemos a relação posteriormente com exercício físico. Como é que a pessoa que é usuária de drogas, especificamente o crack, como ela reage à prática de um determinado exercício físico a partir das informações que fomos dando para o grupo, então a gente finalizou realizando. E aí fizemos uma simulação de uma pessoa que fazia o uso da substância lá, que faz o uso do crack, como ela reagiria ao exercício, como é que o outro que não utiliza a substância do crack, como ele reagiria. Pra gente comparar e ver a diferença, que é muito grande entre um e outro. E Foi legal! Aí assim, como é que a residência contribui para poder conduzir esse momento? É partir de técnica de trabalho de grupo, não apenas, não apenas jogar o conhecimento por jogar né, e principalmente com crianças que é mais difícil de ter a concentração deles pra ficar observando o que você está falando, isso veio a partir de técnicas de grupos, vivenciadas na residência, na formação na residência (EGRESSO 03).

Uma atividade que achei bem interessante que eu vivenciei na residência e que eu apliquei isso nas turmas de residência de Fortaleza foi a questão do rodízio no território. Eu dividi os residentes em sub-grupos e cada sub-grupo foi para cada setor na unidade de saúde, conhecer como é que funcionava aquele setor, conversar com o profissional de saúde e observar. A gente não poderia fazer nenhuma interferência e passava tantos minutos em cada setor. Como preceptora de território, ficava mediando o processo e o tempo, e depois trocavam de setor. Essa atividade foi boa por quê? Todos eles passaram pelos setores da unidade e tiveram suas percepções e conhecimento diversos e o momento de compartilha... O nosso papel e objetivo ali era conhecer cada setor e como os profissionais se relacionavam com os usuários e qual era o serviço ofertado por cada setor, para que os residentes tivessem a noção de como era o serviço de cada setor, e como era o fluxo do usuário, quando o usuário chega na unidade, para onde ele é encaminhado. Então era importante que os residentes conhecessem o fluxo da unidade, como funcionava cada setor e como era essa relação da equipe com o pessoal do nível médio na unidade de saúde (EGRESSA 07).

Um exemplo bem básico é tá refletindo sempre com eles e instigando eles a refletir cada ação, não fazer por fazer, então eu sempre falo, e aí, fez? Por quê? O que você achou? O que você pode fazer melhor? E então tá sempre refletindo porque que tá fazendo aquela ação e muitas vezes a gente própria, mesmo na educação, a gente quer só repassar o conhecimento e acha que preceptoria é só isso, passar o que você tá vivenciando no seu campo para aquele aluno da academia né, da universidade, e então, a partir dessa residência eu vi o que o papel do preceptor, como é que se dá essa questão da preceptoria e tô trazendo para o dia a dia, em relação a nossos encontros, de instigar o estudo, eu faço coisas que nem todos fazem, que é trabalhar a questão do estudo de caso, trabalhar a questão do estudo dirigido, pegar um texto, algumas coisas que eu via na residência e fazer de acordo com nossa árvore, pegar um texto e os fazer trabalharem em cima de um texto, que é o estudo dirigido, coisas que eu faço que na verdade foi por experiência que eu passei e tô fazendo agora com os meninos também na preceptoria (EGRESSA 10).

Nota-se que atividades realizadas nos programas de residências através de suas experiências singulares contribuíram para serem implantadas em outros programas ou em outros locais de atuação. Nesse sentido, criar ambientes que fomentem a formação em serviço, não basta selecionar corpo docente e inserir estudantes, mas que todo o sistema de saúde em parcerias com as IES e a comunidade se perceba como escola e identifique-se enquanto cenários de ensino e aprendizado, com concepções de saúde, educação e de sociedade definidas a luz dos princípios e diretrizes, bem como todo acúmulo histórico, político e social que o SUS tem produzido.

Ainda nesse campo da educação pelo trabalho emergiu um incidente crítico que, apesar de ser um dos referenciais do marco teórico-metodológico no programa de Sobral-CE, a *abordagem por competência* foi identificada pela entrevistada como uma das situações a qual vivenciou com dificuldade na docência em ensino superior, no programa de residência multiprofissional:

Pra mim, trabalhar com competência na terceira turma de residência multiprofissional em saúde da família e comunidade foi um pouco mais difícil, com o apoio da professora “M”, que é doutora em educação, e também eu fiz um curso de 20h sobre construção de competências na escola de saúde pública, eu tive que procurar cursos extras para eu poder começar a entender como construir uma competência, então eu acho que isso foi uma lacuna que eu poderia ter aprendido na residência a partir dessas metodologias onde nós estamos utilizando aqui. Para cada módulo das unidades de aprendizados, os alunos dizem qual a competência que eles devem sair daqui aprendendo e habilidades que ele tem que ter expertise para que? Saber fazer o que? Então o aluno deve dizer qual a competência que ele tem que desenvolver, e ter conhecimento e saber fazer. E lá na minha turma como residente em Sobral foi diferente era construído pelos preceptores eu não fui participante deste processo de construção. E quando eu vim vivenciar esse processo de construção com os residentes eu tive essa dificuldade, porque eu tive que estimular os residentes, então, antes de começar essas construções de competências eu tive que fazer um curso de 20h na escola de saúde pública para poder desenvolver isso (EGRESSA 07)

A dificuldade é decorrente da concepção dialógica de competência que busca mobilizar capacidades e atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos), que, articulados, conformam distintas maneiras de desenvolver, com sucesso, as atividades essenciais de uma específica área ou prática profissional (LIMA, 2005). Para a construção desse modelo de competência é necessário construir, vivenciar e avaliar através da participação e do diálogo entre os sujeitos do processo, gestores, profissionais de saúde, discentes e docentes. Possivelmente, essa dificuldade relacione-se ao fato da abordagem por competências ser um assunto que se começou a trabalhar na quinta

turma de residência, onde perfil de competência foi construído com base no acúmulo e na trajetória do Programa.

Nesse sentido, a educação pelo trabalho tem ganho mais espaço nos cenários da formação inicial e pós-graduação em decorrência da crítica sobre o modelo centrado em conteúdos, na sala de aula, distantes da realidade concreta. Verifica-se uma maior participação de egressos nesses programas de formação em serviço. Ao mesmo tempo em que a RMSF forma para que os egressos atuem com competência na ESF/AB, esse aprendizado se manifesta em outros cenários de atuação, seja na organização de atividades semelhantes ou na abordagem pedagógica com a finalidade de qualificar a formação dos estudantes, uma vez que a maioria dos entrevistados não teve acesso, na formação inicial, a conhecimentos e práticas no SUS como integrante do currículo de Educação Física das IES de origem.

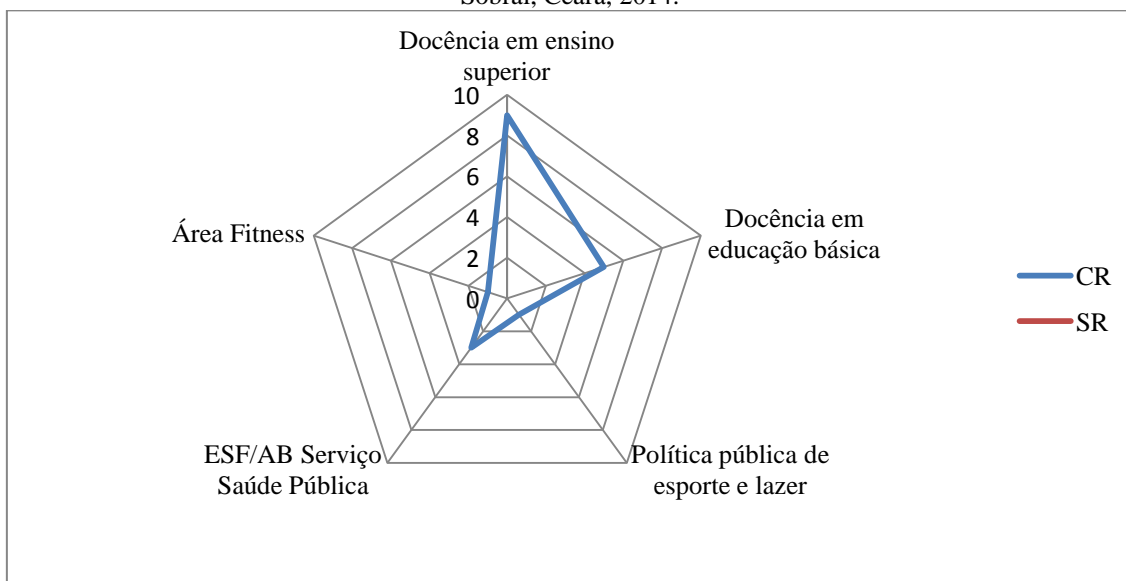
A integração docente-serviço-estudante amplia a percepção sobre os problemas de saúde dos usuários diante da complexidade na ESF/AB. A dimensão da complexidade do processo de sofrimento e cuidado, oportuniza o estudante e docente em serviço à desconstrução de uma prática de saúde voltadas para queixa-conduta, visando outras alternativas reais de saberes e práticas (CYRINO, et al., 2006). Os autores sinalizam ainda que a vivência em serviços poderá contribuir, em longo prazo, para a formação abordagem mais humanizada.

Ainda que seja importante a inserção do estudante no serviço de saúde com a perspectiva da educação pelo trabalho com a integração dos segmentos responsáveis, cabe também identificar a abordagem pedagógica que tem orientado tais práticas. Uma dessas tem sido a abordagem problematizadora ou problematização.

4.2.7 Problematização

Nesta a categoria, observa-se que os incidentes críticos se apresentaram com expressividade nas docências, deve-se ao caráter pedagógico dessa categoria, porém se manifestou em outros cenários, conforme o Gráfico 07:

Gráfico 07: Distribuição dos Incidentes Críticos da categoria problematização nos cenários de práticas. Sobral, Ceará, 2014.



Fonte: banco de informações do presente estudo

Existe registro na literatura que a problematização foi inicialmente trabalhada para educação de adultos, enquanto método de ensino-aprendizado. Essa abordagem surge da crítica à práxis hegemônica de educação, mas que não se deu primeiramente num contexto universitário, e sim numa experiência com técnicos do Serviço de Extensão Rural do estado de São Paulo (DECKER e BOUHUIS, 2009).

No Brasil, a metodologia da problematização tem suas raízes teóricas e filosóficas nas formulações de Paulo Freire, segundo Batista, et al. (2005) ao discutir enfoque problematizador na formação de profissionais de saúde, relatou que:

A problematização encontra nas formulações de Paulo Freire um sentido de inserção crítica na realidade para dela retirar os elementos que conferirão significado e direção às aprendizagens. No movimento de ação-reflexão-ação são elaborados os conhecimentos, considerando a rede de determinantes contextuais, as implicações pessoais e as interações entre os diferentes sujeitos que aprendem e ensinam (BATISTA, et al. p. 2005).

Nessa abordagem pedagógica, deve-se considerar a experiência, o contexto, o conhecimento dos atores participantes da ação, de forma que dialogue com vistas à realidade que pode ser traduzida como situação problema da vida real ou de atividades significativas de forma crítica. Os incidentes críticos dos entrevistados mencionam o ensino superior e educação básica, a seguir:

Teve um caso que um moço sofreu um acidente. E ele ficou com uma seqüela... Um problema que no caso que ela não aceita, o problema dela. Então, como é que você vai abordar? E se você já viu ali o que se pode fazer de ações para ajudar aquela pessoa, e você tem que ir com muito cuidado para poder convencer ela de que o que você vai propor vai ser bom pra ela, porque a princípio ela vai rejeitar. E, com o tempo, eles tiveram sucesso. Essa pessoa aceitou, ela se abriu pra eles. Era uma pessoa que estava muito amargurada, muito isolada socialmente. Então, esse processo quando eles começam, os alunos trazer isso, mesmo que eles estejam sendo acompanhados pelo preceptor. Eu sinto assim, que com a residência eu posso estar contribuindo em várias questões daquela situação. De como abordar, de não invadir o espaço do outro. Então, em várias situações que foram colocadas lá nas nossas reuniões do PET, eu pude contribuir assim. (EGRESSA 01).

Na sala de aula, além de trabalhar os conteúdos mesmo, da Educação Física, eu tento inserir, é, alguns temas transversais, pelo menos uma vez ao mês eu trabalho uma temática. É em cada sala, trabalhar a questão da sexualidade, gênero, é saúde, o significado de saúde para o aluno, o que ele entende por saúde? O que é qualidade de vida? O que é lazer? Através de recorte de revista na construção de painéis, trago filme onde eles podem trazer alguma palavra e extrair alguma coisa que o filme pode repassar para eles. É lógico que eu não falo com essa linguagem, claro, eu adapto de acordo com o contexto deles. Por exemplo, o que lhe chamou mais atenção no filme, e eles vão relatando, ah tia, eu gostei dessa parte. Eles chamam de tia. Eu oriento desenhar a parte que mais chamou sua atenção. Eu uso desenho, palavras geradoras (EGRESSA 07).

Os relatos apontam para o uso da problematização como metodologia para refletir o processo saúde e doença, e educação em saúde. As formulações de Paulo Freire, sobre problematização, “ênfatisa a percepção de que os problemas, os temas a serem discutidos partem de um cenário real, onde a educação e a investigação temática são momentos de um mesmo processo” (CYRINO e RIZZATO, 2004 p. 62). A partir das situações, observa-se que a problematização, apesar de ser um método que pode ser desenvolvido nos espaços formais de formação, no caso a escola e a universidade, mas também se configura como uma atitude, expressada pela tal, como está escrito a seguir:

E quando as pessoas querem usar de uma forma substâncias, assim, que são mais rápidas e não são tão seguras, até mesmo de treinamento, e a gente fica tentando dialogar. Da forma que a residência traz, será que isso é realmente importante? Como é que tá tua relação com a tua família? e tal, porque tu quer ser esse biótipo? É uma coisa assim, que tu vais conversando aos poucos pra tentar puxar ela um pouquinho, pra tirar esse lado estético e ir mais para o lado da saúde. (EGRESSO 08).

E, até o ponto que eu fiquei assim, questionei, falei assim, olha, aí me posicionei, em uma das falas de uma gerente, de um coordenador de macro área, em uma formação que a gente tava tendo pra gerente que ela mandou todo mundo calar a boca, que os incomodados que se retirassem e saísse pela porta, eu não vejo isso como postura profissional pra ninguém, então, no final, pra eu também não expor, não criar nenhum clima ruim, cheguei para a organizadora do processo da formação e falei que me senti incomodada, ofendida, apesar de não ser daquele núcleo que estava de conversa, incomodada e ofendida e vejo que poderia sim mudar os processos de formação da gente, em vez de juntar todo mundo, todas as gerentes, sempre, já que eu falei, vocês tão querendo que a gente seja uma sala de aula, que vocês são os professores e passa a informação pra gente e a gente vai absorver e pronto acabou, e na verdade vocês estão tocando na nossa ferida, quando vocês falam em alguns processos de organização aqui, vocês sempre citam alguns casos, botam as estatísticas e mostram quais são os CSFs, quais são as unidades. A partir do momento em que vocês mostrarem as nossas deficiências e mostrar lá o CSF TAL, está assim, é impossível eu e quem tiver na minha equipe naquela formação ficar calado, não trocar alguma informação naquele momento, poxa, isso aqui tá assim, então vai acontecer porque isso aqui não é uma sala de aula, você não tá só passando informação, você tá mexendo com algo que na verdade nós estamos vivenciando, e nós vamos questionar sim, então eu acho que essa metodologia de vocês, quer que a gente fique calado, não é por aí, eu acho que a gente tem que tá realmente falando, perguntando e não dá pra ficar em quatro horas parado, ninguém é máquina aqui, pra ficar paradinho, pronto, acabou, então eu questionei isso, e isso foi levado para a secretaria de saúde, e começaram agora a modificar nossas rodas, dia de quarta-feira, uma roda de macro área menorzinha com seu coordenador de macro área, a outra roda já é geral, que é a grandona, que tinha tantas dificuldades, do pessoal ouvir e tudo mais, e nessas rodas de macro área (EGRESSA 10).

Em outra roda eu coloquei a questão de ser mais terapêutica, não ser só administrativa e então, a partir disso aí, as rodas de macro área organizou que nós seremos as cuidadoras de cada roda, coisa que não existia antes e eu me lembro muito bem da residência, então a gente tem que fazer um momento de acolhimento, na roda, e tudo mais, e aquela roda menor, que tá mais de acordo com a nossa realidade, da nossa macro área, a gente discute e acaba tendo um vínculo maior, então o meu coordenador de macro área falou que a partir desse questionamento que eu fiz eles repensaram e realmente viram que não tavam fazendo uma roda, e sim uma reunião apenas administrativa, né, e roda não é isso, então, foi um processo bom que eu não tinha, eu não sabia, não sabia, ele falou, numa fala dele lá, na roda de gerente, na roda da unidade de saúde, que o que eu tinha falado tal dia tinha deflagrado (EGRESSA 10)

Os cenários de serviço, seja na academia de ginástica ou na ESF/AB serviço de saúde pública, especificamente na gestão, se faz necessário se apropriar do contexto ou das situações que acontecem nesses espaços e problematizar, pois são situações que geram uma ação e, por sua vez, provoca uma reação reflexiva e crítica da realidade. Segundo Danta e Linhares (2014 p. 75), ancorado nos ensinamentos de Paulo Freire a “ação de problematizar impõe no *sujeito prático* que discute os problemas surgidos da observação da realidade, considerando as contradições na busca de explicações que o ajudem a transformar”. Os discursos apontam para a dimensão reflexiva do profissional:

É uma, assim, uma coisa que eu questiono muito deles, por exemplo, quando a gente vai utilizar uma ferramenta como a sala de espera, trabalhar um tema como a questão da hanseníase, e eu sempre puxo pra eles a questão de assim, olha gente, tá no eixo pessoas com deficiência, mas a gente não pode trabalhar só a parte específica da pessoa com deficiência, mas sim também trabalhar a questão da promoção daquela pessoa com deficiência, mas também a prevenção para que outros não cheguem a ter uma deficiência, então quando eu reflito isso com eles, eu puxo para o questionamento, eu falo isso, olha, é porque muitas vezes a gente é instigado pela organização do PET de que tem que trabalhar exatamente com isso, e eu falo, a atenção primária não é só isso, e chamo eles para questionar, e trago textos e falo, olha é isso aqui, a gente não pode formar um grupo só de pessoas com deficiência, formar um grupo aberto, se a gente quer incluir, a gente não pode excluir com um grupo fechado, é exclusão, de ambos os lados, então, eu questiono com eles e mostro, se eu to trabalhando aqui uma gestante, é vamos trabalhar aqui na sala de espera do pré-natal da enfermeira “S” por exemplo, aí me questionam o que é que tem a ver, trabalhar com gestante, nós somos do PET, da árvore pessoas com deficiência, e partir do momento que apresentei pra vocês que existe a deficiência pré-natal, perinatal e pós-natal, estamos trabalhando a prevenção com aquela gestante, pra que a criança não venha ser um futuro deficiente (EGRESSA 10).

A segunda sala de espera, aí eles tem a mania de pegar e falar assim, olha a hanseníase é uma doença que, quem tiver uma mancha branca, tarará tarará tarará, aí depois falam o tratamento é assim, assim, assim, ou seja, eles leem o papel, aí eu questiono, vocês não viram como é que foi minha abordagem inicial, você vai fazer perguntas, você sabe o que hanseníase? Eles podem responder como podem não responder, se não responder, ficar todo mundo caladinho, você vai, aí responde, se responder você vai complementar a resposta dele, pra melhorar um pouquinho mais, aprofundar um pouquinho mais, aí você sabe como é que se trata? É a conversa, é o diálogo e é incrível como eles têm resistência a isso, aí eu acabo de falar isso e a gente vai pra próxima sala de espera, eles repetem a mesma coisa, eles esquecem de perguntar, eles já vão dando a resposta, então, assim, são coisas que pergunta com você tá refletindo, é nessas pequenas coisas que a gente tem que tá refletindo na metodologia de uso que eles estão mal acostumados na academia de ser só um repasse, não sei como é que tá sendo feito pela maioria dos professores, mas, enfim, não tô lá pra ver, e querem repassar isso na comunidade, querem só copiar aquele “modelozinho” e fazer também numa sala fechada com slide, bonitinho, não, não é isso né, então é um diálogo de troca de conhecimentos entre você e a comunidade, você vai só apenas dar o seu lado e eles vão dar o lado de conhecimento deles, então é coisa que a gente tá sempre fechando, mas eles, é uma coisa que eles insistem ainda, em querer fazer em ambiente fechado, com palestra, e ler e falar só e pronto, e tchau, bom dia, foi isso a minha sala de espera e eu tenho sempre trazido isso para a reflexão, em relação a isso aí (EGRESSA 10).

A inserção dos estudantes mediada pelo docente em serviço, no caso a preceptoria do PET Saúde, contribui para formação do estudante, na medida que o serviço de saúde seja um ambiente educativo, onde também se garanta o encontro entre estudante-usuário-profissional através do diálogo que amplia a capacidade crítica sobre o contexto social ao trabalharem a horizontalidade e a igualdade, quando procurem pensar e agir a partir dos seus conhecimentos prévios.

Nesse sentido, o trabalho em saúde, seja no CSF ou na comunidade, possibilita ao estudante participar ativamente do cuidado em saúde junto à equipe e aos usuários, na busca de romper com a dicotomia preventivo/curativo, saúde coletiva/prática clínica e ações individuais/coletiva, viabilizando a prática da problematização ou abordagem problematizadora em vários lugares, seja no serviço, na comunidade e quem sabe nas salas de aula das universidades (CYRINO *et al* 2006).

Nesse contexto, a avaliação do processo de trabalho em equipe não é uma simples tarefa de se desenvolver no cotidiano dos serviços da educação ou saúde. Assim, a abordagem problematizadora contribui não apenas na relação docente-estudante, mas também entre a própria equipe de trabalho.

Com relação à avaliação, Alarção (2011) chama de escola reflexiva, definindo como “organização que continuamente se pensa a si própria, na sua missão social e na sua organização e se confronta com o desenrolar da sua criatividade num processo heurístico simultaneamente avaliativo e formativo” (p. 90)

Os discursos a seguir se reportam aos desafios no campo da escola, envolvendo a avaliação dos processos de trabalhos e a abertura para construção de uma escola mais democrática e útil no seu papel social:

Eu pedi a diretora, vamos fazer, no começo do ano é(...) um feedback. Porque assim, eu também tenho muita queixa da diretora. Vamos fazer um feedback, o que foi interessante em 2013, o que aconteceu, o que não aconteceu, pedir sugestões dos professores. Porque os professores não são escutados. Depois que eu falei e me prontifico a fazer, a coordenadora, eu morro de querer ajudar ela. Eu disse, vamos fazer assim, dessa forma, é um momento de acolhida dos professores e tal e tal. Tentar trabalhar isso... Ô menina, ela desconversa, fala outro assunto totalmente diferente. Aí não, eu desisto. Aí é triste (EGRESSA, 09).

A gente precisa todo mundo estar participando, ninguém avaliou a proposta pedagógica. Porque tem que avaliar. As pessoas têm que participar desses momentos de avaliação. E ninguém teve isso. Quando a gente vai dar as opiniões, eu acho que eles têm medo da gente querer... estamos querendo ser mais, entende? E é toda vez que eu chego perto dela, eu digo, eu tenho certeza que eu não sei mais que você. Tenho certeza. Mas o que eu falo pra você é um a forma de lhe ajudar. Ela diz, é porque eu to chegando agora na coordenação e eu sei que às vezes eu tenho muita falha com vocês. Ela sabe, mas ela não busca, entendeu? Até de planejamento, a escola não quer seu planejamento (EGRESSA 09)

Essa dimensão crítica aparece ao identificar os problemas vividos no espaço escolar e na tentativa de construir momentos dialógicos para repensar a prática educativa, apontando para a missão da escola, que é educar, mas para isso a escola, ou

melhor, seus atores precisam ter a consciência de onde está e para onde quer ir, pois ao pensar a escola e os sujeitos, podem seus membros enriquecer-se e qualificar-se a si próprios. Assim se constituiriam uma escola organicamente aprendente e qualificada (ALARÇÃO, 2011)

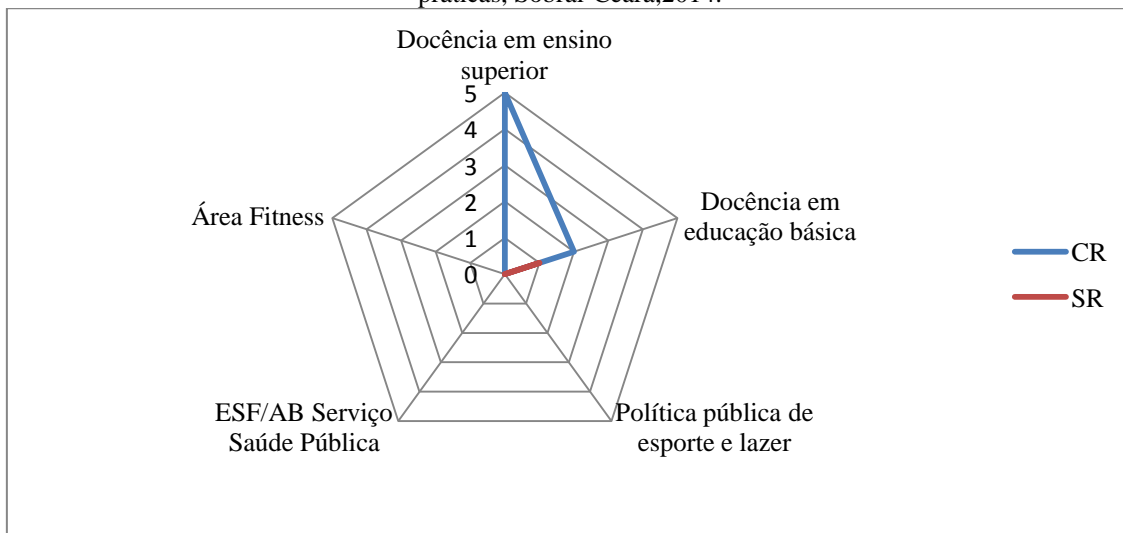
Então, acredita-se que no cotidiano da formação em serviço na ESF/AB contribuiu para que os professores de Educação Física desenvolvam uma postura problematizadora ou utilizem a abordagem problematizadora como ação pedagógica nos processos de formação de estudantes ou na sua própria atuação profissional.

Para desenvolvimento das abordagens discutidas até aqui, exige-se metodologias que facilitem o ensino e a aprendizagem reflexiva e crítica sobre a realidade, assim as metodologias ativas contribuem para superação do repasse do conhecimento numa abordagem mecânica de ensinar e aprender.

4.2.8 Metodologias ativas

Superar o ensino nos moldes mecânicos para uma aprendizagem significativa demanda do docente conhecimento crítico sobre educação e domínio sobre metodologia que possibilite a construção e reconstrução do conhecimento. O uso de metodologias ativas tem contribuído no sentido de facilitar os processos de formação e atuação docente na formação superior e educação básica. Destaca-se que as vivências pedagógicas nos programas de RMSF contribuem para disseminar tal metodologia, como apontam os incidentes críticos, embora na educação básica tenha apresentado um incidente crítico que não teve repercussão, conforme demonstrado no Gráfico 08:

Gráfico 08: Distribuição dos Incidentes Críticos da categoria metodologias ativas nos cenários de práticas, Sobral-Ceará, 2014.



Fonte: banco de informações do estudo

Nessa perspectiva, construir novos saberes exige a convicção de que a mudança é factível, o exercício da curiosidade, da intuição, da emoção e da responsabilização, além da capacidade crítica de observar e perseguir o objeto em questão (FREIRE, 1999; FREIRE, 2006)

Algumas propostas de metodologia ativa foram sistematizadas a partir das experiências de alguns educadores inquietos com o modelo de ensino que não gera a participação e a consciência crítica do educando, tendo como exemplo o método do arco de Charlez Magueres, que na década de 70 desenvolveu o método na forma de arco, que tinha iniciava pela observação da realidade – pontos chaves – teorização – hipóteses de solução – aplicação na realidade (BORDENAVE 2005, p.3 *apud* DECKER e BOUHUIJS, 2009). Outra metodologia bastante difundida por educadores populares foi sistematizada por Paulo Freire (1991), o Circulo de Cultura ²⁴ pode ser didaticamente estruturado em movimentos, tais como: a investigação do universo vocabular, palavras geradoras, tema gerador geral.

A utilização de metodologias ativas pode ser desenvolvida em vários cenários de trabalho, bem como pode ter outras formas de organização didática, pois se caracteriza como uma metodologia ativa, em que o aprendizado significativo ativa movimentos de continuidade/ruptura, como bem sistematizou (AUSUBEL, *et al* 1978 *apud* MITRE, p. 2136, 2008)

²⁴ Ver o II Caderno de Educação Popular em Saúde, organizado Secretária de Gestão Estratégia e Participativa do Ministério da Saúde, na página <http://editora.saude.gov.br>

O processo de continuidade é aquele no qual o estudante é capaz de relacionar o conteúdo apreendido aos conhecimentos prévios, ou seja, o conteúdo novo deve apoiar-se em estruturas cognitivas já existentes, organizadas como subsunçores. O processo de ruptura, por outro lado, instaura-se a partir do surgimento de novos desafios, os quais deverão ser trabalhados pela análise crítica, levando o aprendiz a ultrapassar as suas vivências, conceitos prévios, sínteses anteriores e outros, tensão que acaba por possibilitar a ampliação de suas possibilidades de conhecimento.

A proposta de trabalhar com metodologias ativas se ancora na problematização, como visto no eixo problematização desse trabalho. Apesar de termos referenciais metodológicos sistematizados sobre o uso de metodologias ativas, porém não pode negar a capacidade dos educadores e educandos criarem ou adaptarem outras maneiras de desenvolver metodologias ativas, a seguir apresentam-se alguns incidentes críticos que apontam para utilização de metodologias ativas pelos discursos dos egressos:

Do círculo de cultura na saúde coletiva que eu já dei, sentei todo mundo no chão e fiz círculo de cultura em relação o que era pra eles SUS e a partir daí algumas coisas foram pra eles deflagradas e a gente discutiu, e no final eles falaram, poxa professora, eu tinha outra percepção, tinha outra ideia do que era SUS, só tinha aquela visão SUS não presta e não entendia alguns processos que dentro daquele círculo de cultura a gente foi discutindo, cada um mostrando o seu lado e ampliando essa conversa. Seria foi muito mais interessante, e como eu dou aulas em lugares diferentes de onde eu residio, em outros municípios, aí é onde eu consigo perceber a realidade daquele município em relação aquilo ali, em relação ao SUS, em relação à atenção primária que eu não vivencio no dia a dia, vivencio do meu município, então quando eu faço essas metodologias, pra mim também é formador, porque eu acabo aprendendo como é que é e ali eu acabo aprendendo como é que é, e dali melhorar minhas aulas e ser mais específica pra realidade deles mesmo (EGRESSA 10).

Tinha uma pergunta assim: pode falar? (aluno) Tia como é que eu me masturbo? E aí a gente fazia um teatro lá, eu costumava sempre levar a técnica de teatro de rua, ou então recortes de revista para trabalhar a questão da sexualidade, utilizava a técnica do repolho, com algumas perguntinhas, então, assim, e tinha várias perguntas desde do conhecimento com o corpo, junto com a professora de artes, desenhou o corpo masculino e feminino, depois dividimos em subgrupo para alunos estarem conhecendo corpo do homem e da mulher. E para isso tinha todo um preparo, por quê? Antes tive que conversar com os pais, porque alguns pais de alunos são evangélicos, católicos, umbandistas, e os alunos chegam em casa falando o que aconteceu na escola (EGRESSA 07)

A gente fazia sempre em parceria, juntava dupla, para não ficar centrado numa pessoa só e um contemplando o outro, é, a questão da interação, não era algo verticalizado, era mais um tipo de roda de conversa, a metodologia utilizada era uma roda, fazia uma roda de conversa e essa roda, a cara da Residência, vinha de lá, a gente sentava mesmo na rodinha, e uma coisa bem copiada mesmo, para montar mesmo assim as atividades, foi uma experiência muito massa. Enquanto durou, foi muito bom (EGRESSA 06).

Observa-se que trabalhar com metodologias ativas possibilita a aprendizagem, de modo que seja significativa e prazerosa, que explore todas as dimensões do educando

e do local. Para desenvolver aprendizagem significativa, existem dois caminhos: “a existência de um conteúdo potencialmente significativo e a adoção de uma atitude favorável para a aprendizagem, ou seja, a postura própria do discente, que permite estabelecer associações entre os elementos novos e aqueles já presentes na sua estrutura cognitiva” (COLL, 2000, *apud* MITRE, *et al* 2008).

A relação que pode ser feita entre os incidentes com a formação na RMSF são duas: uma compete ao Projeto Político Pedagógico, por ter um de seus referenciais a educação permanente, que tem em sua essência a aprendizagem significativa com base na realidade e sobre a participação dos sujeitos do processo; “a outra se deve ao corpo docente por ter uma característica de metodólogo, alguém que apóia construir caminhos na organização, tanto do trabalho interdisciplinar quanto de categoria” (PARENTE, 2008, p. 51).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa se constituiu em uma tentativa de analisar a repercussão da formação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família no exercício profissional do egresso de Educação Física, de forma a identificar as categorias do cotidiano dos cenários, em formato de incidentes críticos.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família configura-se como uma estratégia criada para formar e preparar os profissionais do Sistema Único de Saúde para a atuação na Estratégia Saúde da Família, em contraponto à formação inicial desses profissionais, tendo em vista o distanciamento desta com a realidade social e os princípios e diretrizes do SUS brasileiro, em especial, na Atenção Básica. O contexto aponta para a criação de um ambiente favorável à capacitação dos trabalhadores frente ao novo paradigma da saúde, como qualidade de vida e não mais ausência de doença, com vistas a desenvolver estratégias e ações de cuidado em saúde com atenção integral para as necessidades de saúde no sentido de prevenir, curar, reabilitar e promover saúde, considerando os determinantes e condicionantes sociais de saúde.

Quando se defende que a formação na RMSF é para atuação no SUS e ao perceber de forma mais abrangente o próprio conceito de saúde defendido no texto constitucional de 1988 (BRASIL, 1988), esse estudo justifica-se no intuito de perceber os embates deste processo nos cenários de práticas, tanto na esfera pública como no segmento privado, através das experiências dos egressos de Educação Física dos dois programas de RMSF do Ceará.

Após a formação dos egressos de Educação Física dos programas de RMSF do Ceará e a revisão da literatura de estudos sobre residência multiprofissional, no cenário da Atenção Básica, observamos a escassez de estudos sobre egressos, e nenhum destes se referia à categoria de Educação Física, lacuna que motivou mais ainda a proposta de desenvolver a respectiva pesquisa.

Durante as entrevistas foi perceptível a lembrança da formação nos Programas de RMSF, que se misturava à atuação dos profissionais professores de Educação Física, possibilitando uma descrição dos modos de trabalhar a partir das especificidades dos lugares de atuações e como os mesmos percebem, refletem e lidam com o ontem

(aprendido na RMSF) e com o fazer (hoje). Nesse sentido, a abordagem facilitou perceber a interface do ontem e o hoje e suas práxis.

Os resultados permitiram categorizar os seguintes incidentes críticos: visão ampliada de saúde; prevenção de doença; trabalho em equipe; atuação intersetorial; abordagem interdisciplinar; educação pelo trabalho; problematização; e metodologias ativas. Com relação aos cenários de práticas identificamos a docência em ensino superior; docência em educação básica; política de pública de esporte e lazer, ESF/AB serviço de saúde pública e área *fitness*.

Na categoria *visão ampliada de saúde* foi possível perceber a repercussão em todos os cenários de práticas, com destaque nos profissionais que atuam na área *fitness*. Considera-se que essa visão contribuiu de forma significativa na atenção integral do usuário, o conhecimento sobre o território e, como também, nos espaços de formação em saúde. No entanto, por vezes, não são concretizados no sentido que possuem, em sua totalidade.

Sobre a categoria *prevenção de doenças* manifestaram poucos incidentes críticos e os locais foram na docência da educação básica e na ESF/AB Serviço público de saúde, com a utilização de ações de educação em saúde como estratégia para disseminar conhecimento sobre determinado agravo ou doença. Porém, no cenário da área *fitness*, foi colocado a necessidade de obter mais conhecimento etiológico da doença para possível necessidade de lidar com situações de urgência que venham a ocorrer com o cliente na sua prática como *Personal Trainer*.

A categoria *trabalho em equipe* emergiu em todos os cenários de práticas. Os incidentes críticos apontam para qualificação do trabalho multiprofissional e intercolaborativo. Entretanto, foi no cenário da ESF/AB serviço de saúde que se apresentaram mais limites na atuação profissional no sentido de mediação de conflitos e algumas dificuldades de conhecimentos específicos voltados para organização do serviço.

A quarta categoria, *Atuação intersetorial*, foi identificada com poucos acontecimentos em todos os cenários de atuação, exceto na área *fitness*. Essa abordagem aponta para articulação da rede comunitária ou dos setores na tentativa de organizarem processo de trabalhos intersetoriais, mas dificuldades de articulação das políticas e serviços e da própria compreensão de intersetorialidade.

Sobre a *abordagem interdisciplinar*, os depoimentos remetem aos cenários da docência em ensino superior e educação básica. A primeira sobre a relevância dos conhecimentos sobre saúde coletiva, voltados para o saúde da família e temas que aparentemente não apresentam uma relação direta com a formação na RMSF, que foi a educação inclusiva com enfoque na didática de ensino para estudantes de diferentes deficiências.

Com relação à categoria *Educação pelo trabalho*, destacamos amplamente na docência em ensino superior, seja graduação ou pós-graduação em saúde. Com essa categoria observa-se que os processos teóricos e metodológicos dos programas contribuem relevantemente na atuação docente dos egressos. Seja a partir de experiência que tiveram no serviço ainda na sua formação ou metodologias utilizadas nos momentos teórico-prático e metodológico dos conteúdos abordados nos programas.

Ancorados nos referenciais da educação popular e educação permanente, a categoria *problematização* constatamos em todos os cenários de práticas, com mais evidências na docência superior e educação básica. Esse resultado se deve ao fato da RMSF apostar na educação ancorada no paradigma reflexivo, pois a construção do conhecimento parte da realidade, do conhecimento prévio e a resignificação dos conhecimentos através do diálogo.

Atrelado à problematização, a categoria *metodologias ativas* foi encontrada nos cenários da docência em ensino superior e educação básica. Essa categoria aponta para a dimensão criativa do egresso e da capacidade de criar ambientes dialógicos e participativos, contribuindo assim para novas formas de produzir conhecimentos, mas apresentou um incidente crítico de não repercussão voltado ao trabalho na escola sobre o uso de metodologia para facilitar momentos pedagógicos com os professores da educação básica, sobre temas transversais como sexualidade, violência entre outros.

Os resultados do processo investigativo indicam que a formação da RMSF repercute no cenário de prática dos egressos, mas aponta para certos limites no que diz respeito à apreensão do significado das categorias ora trabalhadas nesse estudo. Nesse sentido, faz-se necessário avaliar sua estrutura com a carga horária de trabalho em detrimento do tempo disponível para estudos, bem como analisar a qualidade na escolha dos conteúdos, metodologia, estrutura como horário, ambiência para aprofundamento teórico que venha a produzir reflexões crítica e superadora da realidade vivida nos

serviços de saúde e do próprio programa. Assim, a avaliação permanente contribuirá para redefinição dos rumos da formação do residente, com vista ao projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

Outro aspecto que merece destaque ao analisar os processos educativos e de trabalho do residente em formação é desenvolver sistematicamente metodologias pedagógicas que possibilitem uma leitura de conjuntura da política de saúde brasileira e suas interfaces com o lugar de formação, no caso o município, o serviço de saúde local e o seu território. Essas conectividades possibilitarão uma análise mais macro e micro da política de saúde, e desenvolver uma educação reflexiva-crítica e propositiva em defesa do SUS e da saúde como direito.

A pesquisa aponta para a necessidade de fortalecer a formação nos programas de RMSF no intuito de visualizar a inserção do egresso no sistema de saúde, que levem em consideração as próprias possibilidades que o setor tem para atuação como egresso, que pode ser na formação, na atenção e na gestão. Essa inserção possivelmente reduziria a dificuldade de encontrar profissionais com perfil para atuar no novo modelo assistencial de saúde e enfrentar o processo saúde-doença em sua real complexidade.

Com vista às atuações e os cenários de práticas dos egressos, o estudo mostra a essência do profissional Professor de Educação Física que é a docência. Essa constatação se materializa pelo simples fato que em todos os espaços foi apontada a relação que o profissional estabelece com os demais seres humanos, pois essa aproximação é mediada por aspectos pedagógicos, educativos, metodológicos e afetivos, seja nos espaços ditos de educação formal e não formal. Essa evidencia destino as IES, em especial aos docentes da graduação inicial e ao Ministério da Educação que precisam repensar a formação em Educação Física, pois a fragmentação de saberes, práticas e conhecimentos reduzem a capacidade pedagógica, técnica e humana do profissional professor de Educação Física de superação da realidade, a partir de leituras acerca do mundo do trabalho e suas correlações de forças econômicas, políticas, sociais e culturais.

Repensar a formação em Educação Física ao ponto de mudar as estruturas curriculares, pedagógicas, metodológicas, caberá à participação dos egressos, possivelmente esse atores poderão colaborar, no entanto se fará necessário reconhecer

suas limitações e potencialidades de suas experiências. Essa possível participação poderá contribuir na aproximação da formação do mundo do trabalho, visto que as mudanças nos cenários de práticas são dinâmicas e em sua maioria nossos formadores acompanham com limitações, seja de acesso, compreensão ou choque de paradigmas do campo da educação, da saúde, do esporte e do lazer.

Constatamos que os egressos em sua maioria atuavam no campo das políticas públicas de saúde, educação, esporte e lazer, mesmo aqueles que complementavam sua renda trabalhando na dimensão privada, a área *fitness*. Assim, a partir desse estudo sinalizo que, em caso de repensar a formação em Educação Física, se faz necessário enfatizar as políticas públicas ou capturar o que as mesmas têm a contribuir de conhecimento, prática e saberes acumulados que possa colaborar com a resignificação da formação.

O perfil do egresso é reflexo dos processos pedagógicos, e que a formação contribui diretamente no modo de ser, pensar e agir dos profissionais de Educação Física. Pois são essas experiências na relação formação e mundo do trabalho que os egressos articulam suas expertises, multiplicando em outros campos de atuações.

A respeito das limitações do estudo, observa-se que o método utilizado, apesar de contribuir para a lembrança de fatos que aconteceram na prática dos egressos e ao fazerem uma relação com a formação, alguns sentiram dificuldades de descreverem seus acontecimentos, possivelmente pela técnica de incidente crítico exigir a descrição de uma situação prática. Essa limitação foi evidenciada com relação a incidente crítico de não repercussão, sendo perceptível o tempo que os entrevistados levaram para discorrer sobre alguma situação.

Nesse sentido, evidencia-se que os programas de RMSF do Ceará não formam apenas para atuarem na ESF/Atenção Básica, mas nesse adensamento tecnológico com toda a complexidade que exige a organização do cuidado dos processos saúde-doença e suas determinações sociais geram aprendizados significativos para resignificação da atuação docente do profissional professor de Educação Física, mesmo que apresente limitações teóricas sobre algumas categorias desse estudo.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. S. **As Falsas Interpretações das Diretrizes Curriculares Nacionais e suas Expressões em Reformulações Curriculares.** Motrivivencia (UFS), v. 24, p. 217-230, 2012

ANDRADE, L.O.M. et al. **Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família.** CAMPOS, G.W.S. et,al. Tratado Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. 2ª Ed.

AKERMAN, M. FEURWERK, L. **Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar:** Que oportunidades o Sistema de Saúde me oferecer na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? Org. CAMPOS, G.W.S. et,al. Tratado Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. 2ª Ed.

ALMEIDA, L.R. **O incidente crítico na formação e pesquisa em educação.** Revista Educação e Linguagem • V. 12 • N. 19 • 181-200, Jan.-Jun. 2009

ALARÇÃO, I. **Professores reflexivos em uma escola reflexiva.** 8ª edição, 2ª reimpressão. Cortez Editora.

ARAÚJO, E. M. D. **A dinâmica da colaboração interprofissional no contexto do Núcleo de Apoio a Saúde da Família: Desenvolvimento de uma tecnologia de avaliação.** Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Ceará-UFC. 2012

ANDRADE, L.O.M MARTINS, T.Jr. **Residência em Saúde da Família:** desafio na qualificação dos profissionais na atenção primária. SANARE – Revista Sobralense de Políticas Públicas. Ano I. Vol. 1, n.1, out. a dez. p. 18-26, 1999.

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, 19 [4]: 1127-1144, 2009

BARDIN, L.; **Análise de Conteúdo** – Tradução Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro, São Paulo,Edições 70. 2007.

BARROS, M.E.B. BARROS, R.B. **A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde.** Org. PINHEIRO, R. et. AL. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: Valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2010.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático.** Petrópolis, RJ: Vozes. 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. **Medida Provisória nº 238/2005**. Diário Oficial da União, 2 fevereiro, 2005 a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.111/GM, de 5 de julho de 2005**: Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Diário Oficial da União, Brasília, n. 129, 7 de julho de 2005e.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Decreto nº 5.154, de 23 de julho de 2004**. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jul. 2004.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 fev. 2004.

_____. **Escolas Promotoras de Saúde**: experiência no Brasil. OLIVEIRA, E. N. A promoção da saúde e a interface com a educação: a experiência do município de Sobral-Ceará.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e participativa. Departamento de Apoio Gestão participativa. **Cadernos de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 698/GM/MEC, 19 de julho de 2007. **Nomeia a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de julho de 2007b.

_____. **Portaria nº 1.065, de 04 de julho de 2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c, 3p.

_____. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde - conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.

_____. Presidência da República. Lei 11.129 de 30 de junho de 2005. **Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem**: cria o Conselho Nacional de Juventude – CNJ e a Secretária Nacional de Juventude; altera as leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e das outras providências, 2005b.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS - Caminhos para educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **EducarSUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro 2003 a janeiro de 2004 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde.** 1.ed., 1.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) articulado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

_____. **PORTARIA Nº 256, DE 11 DE MARÇO DE 2013** Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Brasília: Ministério da Saúde.

BATISTA, N. et al. **O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde.** Revista de Saúde Pública, 2005; 39 (2) 231-7. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n2/24047>. acessado em 12/05/2013.

BOSSLE, C. B. FRAGA, A. B. **O PERSONAL TRAINER NA PERSPECTIVA DO MARKETING.** Rev. Bras. Ciênc. Esporte, Florianópolis, v. 33, n. 1, p. 149-162, jan./mar. 2011. <http://www.scielo.br/pdf/rbce/v33n1/a10v33n1.pdf> acessado em 10/12/2012

BONALDI, C. et al. **O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras.** Org.: PINHEIRO, et al. Trabalho em equipe o eixo da integralidade: valores, saberes e prática. CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. 2010.

BUSS, P.M. (org.) **Promoção da saúde e saúde pública:** contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina. ENSP Rio de Janeiro, 1998.

_____. **Promoção da saúde e qualidade de vida.** Ciências e Saúde Coletiva, 5(1): 163-177, 2000.

CAMPOS, F.E. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. A constituição do sujeitos, a produção e valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____, G. W. S. **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modos de gerencia o trabalho em equipe de saúde**. Org.: MERHY, E. E.; ONOKO, H. T. Agir em saúde: um desafio para o publico. São Paulo: hucitec, 2000.

_____, G. W. S. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2):219-230, 2000. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000400007&script=sci_arttext acessado 12/04/2014

CABRAL, et al. **INTERAÇÃO-ENSINO-SERVIÇO: uma ferramenta para integralidade**. Org.: PINHEIRO, R. et al. Ensino-trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. 2ª Edição. IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO. 2006

CAMARGO Jr., K. R. **Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe**. 2ª Edição. CEPESC-IMS/UERJ –ABRASCO. Rio de Janeiro, 2010.

CAPONI, S. **A saúde como abertura ao risco**. Org. CZERESNIA, D. FREITAS, C.M. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e perspectivas. Rio de Janeiro: 2ª Edição. Fiocruz, 2009.

CASTELLANI FILHO, L. **Educação Física, esporte e lazer: reflexões nada aleatórias**. Campinas, SP, Ed. Autores Associados, 2013, p. 42 e 43.

_____, L. **O projeto social esporte e lazer na cidade: da elaboração conceitual à sua implementação**.Org.: CASTELLANI, F. Gestão pública e política de lazer a formação de agentes sociais. Campinas- São Paulo: Autores Associados, 2007.

CASTELLANI FILHO, L. CARVALHO, Y. M **Promoção da saúde e educação em saúde**. Org.: CASTRO, A. MELO, M. SUS: Resignificando a promoção da saúde – São Paulo- Hucitec: Opas, 2006.

CARVALHO, Y. M.; **Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica**. Revista brasileira de saúde da família. V. VIII, p. 33-45, Brasília, 2006.

CARVALHO, Y.M. CECCIM, R.B. **Formação e educação em saúde: Aprendizados com a saúde coletiva**: CAMPOS, G.W.S. et.al. Tratado Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. 2ª Ed.

CANONICO, RP.; BRÊTAS, ACP. **Significado Do Programa Vivência E Estágios Na Realidade Do Sistema Único De Saúde Para Formação Profissional Na Área De Saúde**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 256-261, 2008.

CECCIM R. B. **Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface – comunicação, saúde, educação, v.9, n.16, p.161-77, 2005.B

CECCIM R.B. FEUERWERKER L.C.M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CECCIM, R.B. **Residência em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS**. Org. FAJARDO, A.P. Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre; Ed. Hospital Nossa Senhora da Conceição. 2010.

COIMBRA, T. C. **O reordenamento no mundo do trabalho e a precarização do trabalho do professor de Educação Física: mediações da mercadorização da cultura corporal**. 2009. 255f. Dissertação (mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2009.

COIMBRA, T. C. **O reordenamento do trabalho do professor de Educação Física e a organização empresarial do âmbito do Fitness: CONFEE/CREF, ACAD e SINDCAD**. Motrivivência, Florianópolis, ano XXII, n. 35, p. 62-78, dez. 2010.

CONFEE. **REVISTA E.F. nº 19** - Março de 2006.

COUTINHO, S.S. **Competência do profissional de Educação Física na atenção básica a saúde**. Tese de Doutorado, apresentado à escola de enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: enfermagem em saúde pública. Ribeirão Preto, 2011.

COELHO, M.A.A.A. et. al. **Educação Física na Estratégia Saúde da Família: uma experiência com pessoas da terceira idade**. Sanare: revista de políticas públicas, Sobral, ano V, n.º, jan./fev./ mar. 2004.

COSTA, A.M et al. **Intersetorialidade e promoção da saúde** Org.: CASTRO, A. MELO, M. SUS: Resignificando a promoção da saúde – São Paulo- Hucitec: Opas, 2006.

CYRINO, E. G. **Em busca da composição da arte do cuidado e do fazer/aprender; a interação universidade, serviço e comunidade na Faculdade de medicina de Botucatu/UNESP**. Org.: PINHEIRO, R. et al. Ensino-trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. 2ª Edição. IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO. 2006

CYRINO, E. G. RIZZATO, A. B. P. **Contribuição à mudança curricular na graduação de medicina de Botucatu.** Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil. 4(10): 59-69, jan/mar. 2004.

CZERESNIA, D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção.** Org. CZERESNIA, D. FREITAS, C.M. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e perspectivas. Rio de Janeiro, 2ª Edição. Fiocruz, 2009.

DECKER, I, da ROSA. **Aprendizados baseado em problemas e metodologia da problematização: identificando e analisando continuidade e descontinuidades nos processos de ensino-aprendizagem.** Org.: ARAÚJO, U.F. e SASTRE, G. Aprendizagem baseada em problemas no ensino superior. 2ª Ed. São Paulo: 2009.

DIAS, F. B. M. **A fragmentação da formação de professores de educação física: minimização da formação sob a ordem do capital.** 2011. 293f. Dissertação (Mestrado em Educação)-Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

DIAS, M. S. A. et. al. **Perfil de atuação profissional dos egressos da Residência Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF) Sobral-Ce.** Revista de Políticas Públicas, Sanare, v.7, n.2, p.38-46, jul./dez. 2008. Sobral-Ce.

DUTRA, G. C. Z. **Atualidade do debate sobre a formação unificada na Educação Física: um balanço da correlação de forças na área.** 2011. Monografia (Especialização em Metodologia do Ensino e da Pesquisa em Educação Física, Esporte e Lazer)-Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

DONNAGELO, M.C.F. **Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho.** 2ª Ed. São Paulo: hucitec, 2011.

DYNIEWICZ, A.M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes.** 2ª Ed. São Caetano do Sul. São Paulo: Difusão Editora, 2009.

ELLERY, A.E.L. **Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para integração de saberes e a colaboração interprofissional.** Tese de doutorado em saúde coletiva. Universidade Federal do Ceará-CE. 2012.

ENEMARK, S. e KJAERSDAM, F. **A ABP na teoria e na prática: a experiência de Aalborg na inovação do projeto no ensino universitário.** Org.: ARAÚJO, U.F. e SASTRE, G. Aprendizagem baseada em problemas no ensino superior. 2ª Ed. São Paulo: 2009.

FERREIRA, S.R; OLSCHOWSKY, A. **Residência: Uma modalidade de Ensino.** Org. FAJARDO, A.P. Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre; Ed. Hospital Nossa Senhora da Conceição. 2010.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados.** São Paulo: Hucitec, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M. **Educação Permanente em Saúde: uma necessidade para a consolidação do SUS.** Recife, Pernambuco: Associação Nacional de Pós-Graduação 2013. 18 slides: coloridos; 2000cm/1500cm.

FEUERWERKER, L. **No olho do furacão:** contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. Revista interface: comunicação saúde educação v.13, n.28, p.213-37, jan./mar. 2009.

FLANAGAN, J.C. **The critical incident technique.** *Psychological Bulletin American.* Institute for Research and University of Pittsburgh Vol. 51, nº. 4 July, 1954.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Projeto Político-Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família,** 2007.

FRAGA, A.B. et. al. **Políticas de formação em educação física e saúde coletiva.** Revista Trabalho. Educação. Saúde, Rio de Janeiro, v. 10 n. 3, p. 367-386, nov. 2012.

FREIRE, P. **Educação e mudança.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FILHO CASTELANE, L. **O projeto social esporte e lazer da cidade: da elaboração conceitual à sua implementação.** FILHO CASTELANE, L. Gestão pública e política de lazer a formação de agentes sociais. ED. Autores Associados, São Paulo, 2007.

FURTADO, J. P. **Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.11, n.22, p.239-55, mai/ago 2007. <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n22/05.pdf> acessado em 05/03/2014

JUNQUEIRA L.A.P. **NOVAS FORMAS DE GESTÃO NA SAÚDE: descentralização e intersetorialidade.** Saúde e Sociedade. 6 (2); p. 31 – 46. 1997. <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v6n2/05.pdf> acessado em: 18/maio 2014.

GÓIS, C. W. L. **Saúde comunitária: pensar e fazer.** Aderaldo & Rothschild Editora, São Paulo, 2008.

GOYA, N. **Promoção da saúde, poder local e saúde da família: Estratégias para construção de espaços locais saudáveis, democráticos e cidadãos – humanamente solidários e felizes.** Revista de Políticas Públicas, Sanare, v.4, n.1, p.51-56, jan./fev./mar 2003. Sobral-Ce.

HECKERT, A.L.C. NEVES, C.A.B. **Modos de formar e modos de intervir: De quando a formação se faz potência de produção de coletivo.** Org. PINHEIRO, R. et. AL. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: Valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2010.

KOIFMAN et. al. **Reflexões sobre o papel do docente em saúde na construção de valores e sentidos sobre o ato de cuidar.** Org.: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2ª Edição. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009.

KJAERDSDAM, F. ENERMARK, S. **A ABP na teoria e na prática: a experiência de Aalborg na inovação do projeto no ensino universitário.** Org.: ARAÚJO, U.F. SASTRE, G. Aprendizado baseado em problemas no ensino superior. 2ª Ed. São Paulo: Summus, 2009.

LACERDA et. al. **Cuidado integral e emoções: bens simbólicos que circulam nas redes de apoio social.** Org.: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2ª Edição. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009.

LEFEVRE, F. LEFEVRE, A.M.C. **Promoção da saúde, ou a negação da negação.** Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

LEOPARDI, M.T.; et al. **Metodologia da Pesquisa na Saúde.** 2. ed. Florianópolis: UFSC/ Pós Graduação em Enfermagem, 2002. 290p.

LIMA, K. R. R. **O Modelo da Competência e as Implicações na Vida do Trabalhador.** In: SOUSA, A. A. et all. (Org.). Educação e Formação para o Trabalho no Brasil. 1ed.Fortaleza: Edições UFC, 2012, p. 95-109.

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. <http://www.redalyc.org/pdf/1801/180114100012.pdf> acessado em 13/05/2014.

LOMEO, R.C. **Ações da Equipe de Saúde e a Adesão de Pacientes Hipertensos à Atividade Física.** Trabalho de conclusão do curso de especialização da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia – ESFSFVS, Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, (monografia). Escola de Saúde da Família 2004.

LUCENA, D. et. al. **A inserção da educação física na estratégia saúde da família em Sobral/CE.** Sanare: revista de políticas públicas, Sobral, v. 5, n. 1, jan./mar. 2004.

LUCENA, M. A. S.; BEZERRA, A. F. B. **Reflexões sobre a gestão de processos de desinstitucionalização.** Ciênc. saúde coletiva [online], Rio de Janeiro, v.17, n.9, p. 2447-2456, set. 2012.

LUZ, M. T. **Educação física e saúde coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde.** Org. FRAGA, B. A. WACHS, F. Educação Física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenções. – 2.ed. –Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007 p. 9 a 17.

MACHADO, L. R. S. **O Modelo de Competências e a Regulamentação da Base Curricular Nacional e de Organização do Ensino Médio.** Trabalho & Educação, Belo Horizonte, v. 1, n.4, p. 15-34, 1998.

MACIEL, T. B. et. al. **O reordenamento do mundo do trabalho e a Educação Física.** Org. JUNIOR, E. M. D e LIMA, T. F. Movimento Nacional Contra Regulamentação (MNCR): 10 anos de luta pela regulamentação do trabalho. Feira de Santana- BA: UFES Editora, 2011.

MATIAS; M.M.M. **Entre o Movimento Estudantil em Defesa Da Saúde E O Projeto De Reforma Sanitária Brasileira: Trilhas Do Projeto Ver-Sus/Brasil.** Monografia (Graduação em Enfermagem) -Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, Sobral, 2013.

MATTOS, R. A. **Direito, necessidade de saúde e integralidade.** Org.: ROSENI, P. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe. 2ª Edição. CEPESC-IMS/UERJ –ABRASCO. Rio de Janeiro, 2010.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.** In: Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

MAY, T. **Pesquisa Social: pesquisa, métodos e processos** (trad.). 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MEIRA, A.C.S. et al. **A relação entre preceptores e residentes: percursos e percalços.** Org. FAJARDO, A. P. et al. Residência em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

MELO, C. N M. et al. **Programa de residência multiprofissional em saúde da família de Sobral: uma avaliação de egressos a partir da inserção no mercado de trabalho.** s a n a r e, sobral, v.11. n.1.,p. 18-25, jan./jun. – 2012

MELO, J.A.C. **Educação e saúde: dimensão da vida e da existência humana.** Org. FILHO, A.A; MOREIRA, M.C.G.B. Saúde, trabalho e formação profissional – Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: MERHY, E. E; ONOCKO, Rosana (Orgs). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 71 – 111.

MERHY, E.E. Saúde: **A cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: 2ª Edição. Hucitec, 2002.

MERHY, E.E.; FEUERWEKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. **Educación permanente en salud una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud.** *Salud Colect*, v.2, n.2, p.147-60, 2006.

MENDES, R. e DONATO, A. F. **Território: Espaço social de construção de identidades e de políticas.** *Revista de Políticas Públicas*. Sanare, ano IV, n.1, Jan./Fev./Mar. 2003. Sobral-Ce.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M.C.S. **Saúde e doenças como expressão cultural.** Org. FILHO, A. A; MOREIRA, M.C.G.B. Saúde, trabalho e formação profissional – Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MITRE, et al. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup 2):2133-2144, 2008. <http://www.scielo.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.pdf> acessado 16/05/2014

MULLER, M.C; HAAG, C.B; SILVA, J.D.T. **A residência integrada em saúde: Dermatologia sanitária – uma experiência interdisciplinar vista pelo enfoque da psicologia.** *Boletim de Saúde*, Porto Alegre, v.15, n. 1, p 129-37, 2001.

NASCIMENTO, D.D.G. OLIVEIRA, M.A.C. **A política de formação de profissionais de saúde para o SUS: considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família.** *Ver. Mineira de Enfermagem*. 2006; 10(4) 435-9.

NASCIMENTO, M. N. O. **Educação inclusiva e educação física escolar: uma revisão integrativa.** Artigo de Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Educação Física Licenciatura da Universidade Estadual Vale do Acaraú como requisito parcial para obtenção do título de Licenciado em Educação Física, 2013.

NOGUEIRA, Vera Maria ribeiro e MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Desafios atuais do Sistema único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais.** Disponível em: www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-4.pdf. Acesso em: . 01 de set. 2013.

NOZAKI, H.T. **Educação Física e reordenamento no mundo do trabalho: mediações da regulamentação da profissão.** 2004. 383f. Tese (Doutorado em Educação)-Faculdade de Educação, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2004.

OLIVEIRA, C.F. **Formação de profissionais para o SUS: Há brechas para novas formas de conhecimentos?** Org. FAJARDO, A.P. Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre; Ed. Hospital Nossa Senhora da Conceição. 2010.

OLIVEIRA, J.M.F. **Lacunas e contribuições da formação em educação física bacharelado para atuação no SUS: um olhar a partir da experiência no projeto VER-SUS em Sobral-CE.** Trabalho de conclusão do curso de graduação em Educação Física Bacharelado da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. 2013, p. 38.

PAIM J.S. **Saúde: política e reforma sanitária.** Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/Centro de Estudo e Projeto em Saúde; 2002.

PAIVA, G. M. CHAGAS, M.I.O. **Análise do processo de implantação dos conselhos locais de desenvolvimento social e saúde de Sobral-CE.** Revista de Políticas Públicas, Sanare, v.8, n.1, p.06-11, jan./jun. 2009. Sobral-Ce.

PARENTE, J.R.F. **Preceptoria e tutoria na Residência Multiprofissional em Saúde da Família.** Revista de Políticas Públicas- Sanare, Sobral, v.7, n.2, p.47-53, jul./dez. 2008.

PARREIRA, P.C. JUNIOR, M. T. **A proposta político pedagógica da escola de formação em saúde da família Visconde de Sabóia.** Revista de Políticas Públicas- Sanare, Sobral, ano V, n.1, p. 21-32, Jan./Fev./Mar. 2003.

PASCHE, D.F. HENNINGTON, E. **A Promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde.** Org. CASTRO, A. MALO, M. SUS resignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006.

PASINI, V.L; GUARESHI, N.M.F. **Problematizando a produção de saberes para invenção de fazeres em saúde.** Org. FAJARDO, A.P. et. al. Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre; Ed. Hospital Nossa Senhora da Conceição. 2010.

PEDROSA, J .I. dos S. **Promoção da saúde e educação em saúde.** Org.: CASTRO, A. MELO, M. SUS: Resignificando a promoção da saúde – São Paulo- Hucitec: Opas, 2006.

PINTO, C.A.G. COELHO, I. B. **Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica.** CAMPOS, G.W.S. GUERREIRO, A. B. P. Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. 2ª Ed. – Editora Hucitec. São Paulo, 2010.

PUSTAI, Odalci José. **O sistema de saúde no Brasil.** In: DUNCAN, Bruce B; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R.J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRONI, M.W. **Universidade, profissão Educação Física e o mercado de trabalho.** Revista Motriz, Rio Claro, v.16 n.3 p.788-798, jul./set. 2010

PASQUIM, H. M. **A Saúde Coletiva nos Cursos de Graduação em Educação Física.** Revista Saúde e Sociedade. São Paulo, v.19, n.1, p.193-200, 2010.

REIS, M.A.S. et. al. **A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: Desafios para as mudanças nas práticas.** Revista Interface - Comunicação, Saúde e Educação, v.11, n.23, p.655-66, set/dez 2007.

RIBEIRO, L. C. M. **Técnica de incidente crítico e seu uso na Enfermagem: revisão integrativa da literatura.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2012 jan-fev; 65(1): 162-71.

ROCHA, V.R. CENTURIÃO, C.H. **Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social.** Org. BRANCO, A. WACHS, F. Educação Física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenções.– 2.ed. –Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007 p.17 a 33.

ROSA S.D. LOPES R.E. **Residência multiprofissional em saúde e pós graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos.** Revista Trabalho. Educação. Saúde, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 479-498, nov.2009/fev.2010.

RODRIGUES J. D. et. al. **Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática** Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. Pelotas/RS. 18(1):5-15. Jan/2013.

RODRIGUES, L. dos S. F. **Crise do capital, reestruturação do campo educacional e suas consequências nas diretrizes curriculares de Educação Física.** Org. JUNIOR, E. M. D e LIMA, T. F. Movimento Nacional Contra Regulamentação (MNCR): 10 anos de luta pela regulamentação do trabalho. Feira de Santana- BA: UFES Editora, 2011.

RODRIGUES, D.S. et. al. **Psicologia comunitária e o trabalho das associações de moradores.** Org.: XIMENDES et.al. Psicologia comunitária e educação popular: vivências de extensão/cooperação universitária no Ceará. Fortaleza: LG Gráfica e editora, p. 119-137, 2008.

SADI, R. S. **Invasão de novas esferas, mercadoria, empregabilidade e valorização educacional: uma revisitação do Mundo do Trabalho no cenário da regulamentação do profissional de educação física no Brasil.** Boletim Educação Física. Campo Grande, ano III, n. 31, nov. 2003. Disponível: em <<http://www.mnrcr.org3.net/>>, Acesso em 16 de junho de 2013.

SANTOS JÚNIOR, C. L. **A formação de professores de Educação Física: A mediação dos parâmetros teóricos metodológicos.** 2005. 157 f. Tese (Doutorado em Educação)-Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

SHERER, Alexandre. **Educação física e os mercados de trabalho no Brasil: quem somos, onde estamos e para onde vamos?** In: FIGUEIREDO, Z. C. C. (Org). Grupo de Trabalho Temático/CBCE. Formação profissional em educação física e o mundo do trabalho. Vitória, ES: Gráfica da Faculdade Salesiana de Vitória, 2005.

SCHÄFFER C. C. W. **O DIA DEPOIS DE AMANHÃ: um estudo sobre os egressos das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e Comunidade do Município do Rio de Janeiro.** Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título

de especialista em Saúde da Família e Comunidade modalidade residência multiprofissional. Rio de Janeiro, 2013

STAINBACH, Susan. **Inclusão: um guia para educadores**. Susan Stainbach e Willian Stainbach; Trad. Magda França Lopes. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

SILVA, G. G.; FRIZZO, G. **Crítica à regulamentação da profissão e à produção científica defensora do sistema CONFEF/CREFs**. Motrivivência, Florianópolis, ano XXIII, n. 36, p. 149-168, jun. 2011.

SILVA, A.L.F et. al. **Tecnologia da territorialização: Processos vivenciado na Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral-Ce**. Org.: DIAS, F. A. C. e DIAS, M. S. A. Território, cultura e identidade. Editora ABRASCO. Rio de Janeiro, 2010.

SOUSA SOBRINHO, J. P. et all. **O Sistema Confef/Cref e a Reestruturação Curricular dos Cursos Superiores De Educação Física: a Formação Do Profissional (Neo)Liberal**. In: XVI Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e IV Congresso Internacional de Ciências do Esporte, 2011.

SOARES, C. H. A.et. al. **Participação social em Sobral-CE: Experiência que versam sobre a gestão compartilhada**. Revista de Políticas Pública, Sanare, v.8, n.1, p.06-11, jan./jun. 2009. Sobral-Ce.

SERRANO, A.R.N. **Importância e Efeitos de Incidentes Críticos na Satisfação e Lealdade do Cliente**. Lisboa (Portugal): 2006. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação de Lisboa.

SILVA, A.L.F; OLIVEIRA, B. N. **A trajetória da educação física no SUS em Sobral-CE: um resgate histórico**. Conexões: revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, Campinas, v. 11, n. 2, p. 193-207, 2013.

SILVA, Q.T.A. CABALLERO, R.M.S. **A micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: O dever-residência**. Org. FAJARDO, A.P. et. al. Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre; Ed. Hospital Nossa Senhora da Conceição. 2010.

SOBRAL. **Curso de especialização/residência em saúde da família parceria UVA/Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral/Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia**. 2004.

_____. **Proposta técnica- pedagógica da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia**. Sobral- Ceará, abril de 2006.

_____. **Proposta técnica- pedagógica da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia**. Sobral- Ceará, 2008.

_____. **Proposta técnica- pedagógica da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.** Sobral- Ceará, 2012.

SOUSA F.L. et al. **A política municipal de educação permanente em Sobral-CE.** Sanare: revista de Políticas Públicas, Sobral, v. 7, n. 2, p.14-22, jul./dez.2008.

SOUSA, F. D. B. **Ginástica comunitária:** uma tecnologia em saúde da família. Trabalho de Conclusão do Curso (Especialização) - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Vale do Acaraú, 2007.

SOUSA, F.L. **As estruturas essenciais de avaliação de programas de residência multiprofissional em saúde da família no ceará: Uma proposta de auto-avaliação a partir dos casos de Sobral e Fortaleza.** Dissertação de Mestrado em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, 2012.

SOUZA, M. M. de; TEIXEIRA, R. P. **O que é ser um “bom” psicoterapeuta.** Aletheia, n. 20, p. 45-54, 2004.

SUCUPIRA, A.C. MENDES, R. **Promoção da saúde: conceitos e definições.** Revista de Políticas Publicas- Sanare, Sobral, ano IV, n.1, p. 07-10, Jan./Fev./Mar. 2003.

STEINHILBER, J. **O profissional de Educação Física... Existe?** In CICLO DE PALESTRAS CAEFALF – UERJ, 5., 1996, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: CAEFALF/UERJ, 1996. P. 43 – 58.

TAFFAREL, C. N. Z. **Formação de Professores de Educação Física: diretrizes para a formação** unificada. Kinesis, v. 30, p. 95-133, 2012.

TAFFAREL, C. N. Z. e SANTOS JUNIOR, C. L. **Formação humana e formação de professores de Educação Física: Para além da falsa dicotomia licenciatura x bacharelado.** Org. In. TERRA, D. V. e JUNIOR, M. S. Formação em Educação Física e ciências do esporte: políticas e cotidiano. São Paulo: Aderaldo e Rothschild: Goiania: CBCE, 2010.

TAFFAREL, C. N. Z. et all. **Uma proposição de Diretrizes Curriculares para a Formação de professores de Educação Física.** In: Celi Neza Zülke Taffarel, Reiner Hildebrandt-Stramann. (Org.). Currículo e Educação Física. Formação de Professores e Práticas Pedagógicas nas Escolas. Unijuí: Unijuí, 2007, v. 1, p. 41-50.

THERRIEN, S.M.N. THERRIEN, J. **Trabalhos científicos e os estado da questão: reflexões teórico- metodológicas.** Estudos em Avaliação Educacional, v. 15, p. 5- 16, n. 30, jul.-dez./2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Bases teórico-metodológicas da pesquisa qualitativa em ciências sociais:** idéias gerais para a elaboração de um projeto de pesquisa. Faculdades Integradas Ritter dos Reis, 2001.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas.** 4 ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p 296/357.

VERGARA, S. C. **Métodos de coleta de dados no campo.** 2ª Ed. Atlas, São Paulo. 2012.

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais de Saúde Pública.** Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

APÊNDICE A - Roteiro para entrevista: incidente crítico e informação contextual sobre a entrevista e o entrevistado

Protocolo de Informação Contextual sobre a Entrevista e o Entrevistado

1. Data e lugar da entrevista:
2. Identificar o entrevistado por número:
3. Gênero do entrevistado:
4. Idade do entrevistado:
5. Qual a Universidade e ano de conclusão do curso de Educação Física?
6. Qual matriz curricular: licenciatura plena; licenciatura; bacharelado?
7. Qual(is) a(s) pós-graduação(ões)?

ETAPA I: Roteiro de perguntas norteadoras que versam sobre objeto e objetivo do estudo

Qual o programa e turma de RMSF em que você se formou?

Quanto tempo tem de formado pela RMSF?

Qual(is) cenário(s) de prática(s) você percorreu desde a conclusão da RMSF?

Qual(is) o(s) espaço(s) ocupacional(is) em que você está empregado atualmente e qual o vínculo trabalhista?

Recorda alguma experiência da sua vida profissional na qual você percebeu que a formação na RMSF repercutiu na sua atuação?

Recorda alguma experiência da sua vida profissional na qual você percebeu que a formação na RMSF poderia ter repercutido, mas não repercutiu na sua atuação?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Caro Participante:

Você está sendo convidado para participar como voluntário da pesquisa: “PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: REPERCUSSÕES NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS EGRESSOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA”, que se refere a uma dissertação de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – UFC – Campus Sobral, no qual o pesquisador principal encontra-se inscrito.

Você foi selecionado porque é profissional de Educação Física, egresso dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, do estado do Ceará, está empregado em cenários de atuação da Educação Física, seja no serviço público ou privado de saúde, bem como no campo da educação. Porém, sua participação não é obrigatória.

Os objetivos do estudo consistem em: **Analisar a repercussão dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Estado do Ceará no exercício profissional dos egressos de Educação Física.** Como desdobramentos do objetivo geral, estabelecemos os seguintes objetivos específicos: Descrever o perfil dos profissionais de Educação Física egressos dos programas de RMSF do Ceará, quanto à formação, atuação, local e como desempenham o exercício profissional; identificar a percepção dos profissionais de Educação Física egressos dos programas de RMSF do Ceará, sobre os limites e possibilidades daqueles programas no seu exercício profissional; identificar, entre os profissionais de Educação Física egressos dos programas de RMSF do Ceará, possíveis estratégias para superação dos limites dos referidos programas em seu exercício profissional.

A pesquisa pretende contribuir para a qualificação da educação pelo trabalho desenvolvido no cenário da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família, evidenciando caracterização da atuação, possibilidades e limites no exercício profissional para serem trabalhadas e socializadas. Tem ainda a intenção de colaborar no processo de transformação da atuação do professor de Educação Física, além de fortalecer o repertório científico do Saúde da Família e da Educação Física enquanto ciência.

Sua forma de participação consiste em tomar parte de uma entrevista cujo tema central será a repercussão da educação pelo trabalho na RMSF no exercício profissional no seu contexto de trabalho. As entrevistas serão realizadas no seu município, no seu local ou em outro local que lhe for conveniente, de acordo com sua disponibilidade. A(s) entrevista(s) será(o) gravada(s), entretanto, seu nome não será divulgado em qualquer fase da pesquisa.

Não será cobrado nada; você não terá gastos referentes à sua participação nesse estudo; não estão previstos ressarcimentos ou indenizações; não haverá benefícios imediatos de sua participação. Os riscos relativos à participação na pesquisa são mínimos, caracterizados pela possibilidade de cansaço físico durante a realização da entrevista. Para tanto, será oferecida garantia de que a mesma poderá ser interrompida a qualquer momento, caso essa possibilidade se concretize. Ressalta-se novamente que se garante o anonimato dos participantes.

Os resultados contribuirão ainda para aumentar o repertório de conhecimentos sobre a educação permanente, qualificando-a através da socialização de estratégias facilitadoras ou potencializando-a através da divulgação e proposição de alternativas às dificuldades vivenciadas.

O pesquisador principal é professor de Educação Física, lotado na Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Sobral – CE, especialista com caráter de residência

multiprofissional em Saúde da Família e mestrando em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará – UFC – Campus Sobral, cabendo-lhe toda a responsabilidade pela coleta e análise dos dados e divulgação dos resultados encontrados. A pesquisa será acompanhada pelo professor Dr. Geison Vasconcelos Lira, médico, professor titular da Faculdade de Medicina da UFC - Campus Sobral, docente e ex-coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da UFC - Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, cuja responsabilidade consiste em orientar a pesquisa, seguindo todo o seu desenvolvimento.

Durante a realização da pesquisa você poderá solicitar quaisquer esclarecimentos que julgar necessários acerca dos procedimentos adotados, visando eliminar dúvidas que porventura venham a surgir sobre sua participação.

Ressalto que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se ou retirar seu consentimento, ou, ainda, descontinuar sua participação, se assim o preferir, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou prejuízos em sua relação com as instituições envolvidas no estudo. Ressalto ainda que sua possível recusa não implicará em prejuízos de qualquer ordem em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado sigilo sobre sua participação. Seu nome não será divulgado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários e/ou os serviços de saúde envolvidos.

Desde já agradeço sua participação e coloco-me à disposição para maiores informações. Você receberá uma cópia deste termo, na qual consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

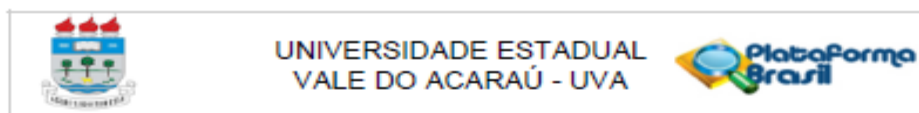
André Luis Façanha da Silva - Pesquisador
Rua Olavo Bilac, 255, Apartamento 106
Bairro Alto da Brasília
Sobral – CE.
Fone (88) 9927, 15 44 (88) 9904, 9969

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou os objetivos da pesquisa, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento. O pesquisador declarou ainda que o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UVA, NEPES, Sistema Municipal de Saúde Escola de Sobral e Plataforma Brasil.

_____, ____ de _____ de 2014.

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE C: Aprovação do comitê de ética em pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: REPERCUSSÕES NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS EGRESSOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Pesquisador: André Luis Façanha da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26525513.2.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 511.593

Data da Relatoria: 15/01/2014

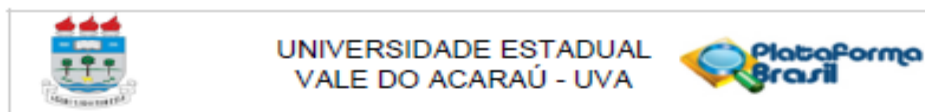
Apresentação do Projeto:

Estudo exploratório-descritivo com uma abordagem qualitativa. Os sujeitos desta pesquisa serão os Profissionais de Educação Física egressos das turmas de RMSF dos programas de Fortaleza e de Sobral, que tenham concluído o cumprimento de 100% da carga horária estabelecida e com apresentação do TCC no período estabelecido pelo programa e concordarem em assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Assim em Fortaleza foram matriculados seis e dois concluíram, em Sobral foram 18 matriculados e 15 concluídos, totaliza-se 17 egressos. Quanto a coleta de informação teremos duas etapas, a primeira utilizaremos entrevista semi- estruturada com a técnica do Incidente Crítico e análise de conteúdo na modalidade temática de Bandin (2017) para organização e análise das informações. Na segunda etapa será apresentado os resultados da primeira e em seguida utilizaremos a entrevista semi-estruturada e análise de conteúdo na modalidade temática.

Objetivo da Pesquisa:

Pesquisa com o principal objetivo de analisar a repercussão dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Estado do Ceará no exercício profissional dos egressos de Educação Física. Como objetivos específicos: Descrever o perfil dos profissionais de Educação Física egressos dos programas de RMSF do Ceará, quanto a formação, atuação, local e como

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 511.503

desempenham o exercício profissional; ç Identificar a percepção dos profissionais de Educação Física egressos dos programas de RMSF do Ceará os sobre os limites e possibilidades daqueles programas no seu exercício profissional; ç Identificar entre os profissionais de Educação Física egressos dos programas de RMSF do Ceará possíveis estratégias para superação dos limites dos referidos programas em seu exercício profissional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não apresenta riscos aos participantes da pesquisa. Como benefícios o pesquisador intenta mostrar que os programas de RMSF no Ceará contribuem para o desempenho profissional, do mesmo modo, saber como os egressos articulam a práxis em saúde disseminadas através da educação pelo trabalho nos espaços atuais de exercício profissional, bem como perceber a relação da formação em RMSF no modo de pensar e agir em seus espaços de trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante com projeto bem delineado, demonstrando aprofundamento no referencial teórico-metodológico para trabalhar a temática.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador incluiu adequadamente no projeto os termos de apresentação como Folha de Rosto, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Cartas de Anuência dos cenários em que a pesquisa será realizada.

Recomendações:

Enviar relatório final para este CEP. O relatório final deverá ser enviado utilizando-se do botão Notificações na Plataforma Brasil

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa não apresenta pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Após análise do projeto de pesquisa o Colegiado do CEP considerou APROVADO.

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com

APÊNDICE D: Declaração da instituição coparticipante



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE Nº 110/2013

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do projeto de pesquisa classificado como Dissertação de Mestrado intitulado - PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE FAMÍLIA: REPERCUSSÕES NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS EGRESSOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA, desenvolvida por André Luís Façanha da Silva do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Família/UFC/Sobral, sob orientação do Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira.

Na condição de instituição co-participante do projeto supracitado concordamos em autorizar a realização da coleta de dados do estudo junto às fontes documentais sob a guarda da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia-EFSFVS, no que diz respeito a identificação dos profissionais de Educação Física que concluíram a Residência, bem como com os profissionais desta categoria que atuam no sistema municipal de saúde de Sobral-CE, mediante pactuação prévia entre o pesquisador, a coordenação do Programa de RMSF e os sujeitos do estudo quanto à escolha dos melhores dias e horários para realização da coleta de informações.

Ressaltamos que esta autorização **NÃO** desobriga o pesquisador de solicitar anuência aos sujeitos do estudo, devendo estes serem convidados a participar da pesquisa mediante ciência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorização da participação com assinatura do Termo de Consentimento Pós-informado. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS, as quais, enquanto instituição co-participante, nos comprometemos a cumprir.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Sobral, 12 de Dezembro de 2013

Prof. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenação da Comissão Científica

COMISSÃO CIENTÍFICA
Escola de Formação em Saúde
da Família Visconde de Sabóia
SECRETARIA DA SAÚDE

APÊNDICE E e F: Termo de anuência da UFC e EFSFVS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CAMPUS SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE ANUÊNCIA

Estamos cientes da intenção da realização do projeto de pesquisa intitulado **PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: REPERCUSSÕES NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS EGRESSOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA.**, desenvolvido pelo estudante de mestrado **André Luis Façanha da Silva** da UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CAMPUS SOBRAL, sob a orientação do Professor **Dr^o Geison Vasconcelos Lira**. A linha de pesquisa é Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional.

Prof. Francisco Plácido Nogueira Arcajo
Coordenador do Mestrado em Saúde de Família
Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral



ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE
DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA

TERMO DE ANUÊNCIA

Estamos cientes da intenção da realização do projeto de pesquisa intitulado **PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: REPERCUSSÕES NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS EGRESSOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA**, desenvolvido pelo estudante de mestrado **André Luis Façanha da Silva** da UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CAMPUS SOBRAL, sob a orientação do Professor **Drº Geison Vasconcelos Lira**. A linha de pesquisa é Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional.

Maria Socorro de Araújo Dias

Diretora Geral da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia



Sobral
Prefeitura Municipal
Secretaria da Saúde

Av. John Sanford, 1320 - Junco - Sobral - Fone/Fax: (88)3614.5570
E-mail: escoladesaudefamilia@sobral.ce.gov.br

APÊNDICE H: Tabela 01: Distribuição dos Incidentes Críticos com categorização e subcategorização com repercussão e não repercussão a partir dos cenários de práticas encontrados no corpus das entrevistas dos egressos de Educação Física dos programas de RMSF do Ceará.

CENÁRIO DE PRÁTICA	IC		CATEGORIAS	IC		SUBCATEGORIAS	IC			
	n°	%		n°	%		CR		SR	
							n°	%	n°	%
I-DOCÊNCIA EM ENSINO SUPERIOR	37	37,4	Visão Ampliada de Saúde	3	8,11	Territorialização	1	2,7	0	0
						Atenção integral	1	2,7	0	0
						Abordagem Comunitária	1	2,7	0	0
			Trabalho em Equipe	5	13,5	Abordagem multiprofissional	1	2,7	0	0
						Mediação de conflito	0	0	2	5,41
						Organização do serviço	2	5,41	0	0
			Atuação intersetorial	1	2,7	Planejamento	1	2,7	0	0
			Abordagem interdisciplinar	1	2,7	Saúde coletiva	1	2,7	0	0
			Educação pelo trabalho	13	35,1	Aprendizagem baseado em problemas	5	13,5	0	0
						Aprender fazendo	7	18,9	0	0
						Abordagem por competência	0	0	1	2,7
			Problematização	9	24,3	Abordagem dialógica	8	21,6	0	0
						Avaliação	1	2,7	0	0
Metodologias Ativas	5	13,5	Facilitação de Atividade em Grupo	5	13,5	0	0			

CENÁRIO DE PRÁTICA	IC		CATEGORIAS	IC		SUBCATEGORIAS	IC			
	nº	%		nº	%		CR		SR	
							nº	%	nº	%
II-DOCÊNCIA EM EDUCAÇÃO BÁSICA	18	18,2	Visão Ampliada de Saúde	4	22,2	Territorialização	2	11,1	0	0
						Atenção Integral	1	5,56	0	0
						Práticas Corporais	1	5,56	0	0
			Prevenção de doença	2	11,1	Educação em Saúde	2	11,1	0	0
			Trabalho em Equipe	1	5,56	Articulação Multiprofissional	1	5,56	0	0
			Atuação Intersetorial	1	5,56	Articulação com a Rede	1	5,56	0	0
			Abordagem Interdisciplinar	2	11,1	Educação Inclusiva	0	0	1	5,56
						Pedagogia de Projetos	1	5,56	0	0
			Problematização	5	27,8	Abordagem Dialógica	3	16,7	0	0
						Avaliação	2	11,1	0	0
Metodologias Ativas	3	16,7	Facilitação de Atividade em Grupo	2	11,1	1	5,56			

CENÁRIO DE PRÁTICA	IC		CATEGORIAS	IC		SUBCATEGORIAS	IC			
	nº	%		nº	%		CR		SR	
							nº	%	nº	%
III-POLÍTICA PÚBLICA DE ESPORTE E LAZER	10	10,1	Visão Ampliada de Saúde	3	30	Territorialização	2	20	0	0
						Abordagem Comunitária	1	10	0	0
			Trabalho em Equipe	4	40	Organização do Serviço	3	30	0	0
						Mediação de Conflito	1	10	0	0
			Atuação Intersetorial	2	20	Apoio Social	1	10	0	0
						Articulação com a Rede	1	10	0	0
			Problematização	1	10	Abordagem Dialógica	1	10	0	0

CENÁRIO DE PRÁTICA	IC		CATEGORIAS	IC		SUBCATEGORIAS	IC			
	nº	%		nº	%		CR		SR	
							nº	%	nº	%
IV-ESF/AB/SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA	22	22,2	Visão Ampliada de Saúde	4	18,2	Atenção Integral	1	4,55	0	0
						Práticas Corporais	1	4,55	0	0
						Participação Social	2	9,09	0	0
			Prevenção de Doença	2	9,09	Educação em saúde	2	9,09	0	0
						Trabalho em Equipe	11	50	Articulação Multiprofissional	2
			Colaboração Interprofissional	3	13,6				0	0
			Organização do Serviço	1	4,55				5	22,7
			Atuação Intersetorial	2	9,09	Articulação com a Rede	2	9,09	0	0
Problematização	3	13,6	Abordagem Dialógica	3	13,6	0	0			

CENÁRIO DE PRÁTICA	IC		CATEGORIAS	IC		SUBCATEGORIAS	IC			
	nº	%		nº	%		CR		SR	
							nº	%	nº	%
V-ÁREA FITNESS	12	12,1	Visão Ampliada de Saúde	8	66,7	Atenção Integral	5	41,7	0	0
						Cuidado em Saúde	3	25	0	0
			Prevenção de Doença	1	8,33	Etiologia da Doença	0	0	0	0
						Trabalho em Equipe	2	16,7	Colaboração Interprofissional	1
			Organização do Serviço	1	8,33				0	0
			Problematização	1	8,33	Abordagem Dialógica	1	8,33	0	0

