

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA

VANESSA MACIEL BRAZEIRO

**A EDUCAÇÃO FÍSICA NA VIDEOTECA:
UM LEVANTAMENTO A PARTIR DO ACERVO ON-LINE DA VÍDEOSAÚDE
DISTRIBUIDORA/FIOCRUZ**

PORTO ALEGRE

2013

VANESSA MACIEL BRAZEIRO

**A EDUCAÇÃO FÍSICA NA VIDEOTECA:
UM LEVANTAMENTO A PARTIR DO ACERVO ON-LINE DA
VÍDEOSAÚDE DISTRIBUIDORA/FIOCRUZ**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação
em Educação Física da
Universidade Federal do Rio Grande
do Sul como parte dos requisitos
para a obtenção do título de
Bacharel em Educação Física

ORIENTADOR: PROF. DR. ALEX BRANCO FRAGA

PORTO ALEGRE

2013

RESUMO

A Fiocruz, importante instituição voltada para a pesquisa e formação de diferentes profissionais no campo da saúde, contribuiu, significativamente, para o processo da Reforma Sanitária brasileira e para a criação do SUS. Dada a relevância desta instituição na produção e disseminação de conhecimentos nessa área, tanto no Brasil quanto na América Latina, esse trabalho teve como objetivo mapear os vídeos disponíveis no acervo audiovisual pela Fiocruz relacionados à Educação Física para analisar quais abordagens são ali privilegiadas. Tal intencionalidade se justifica, por um lado, pelo fato de que os vídeos se caracterizam como um importante recurso didático-pedagógico na formação de profissionais da saúde e, por outro, pelo fato de que os vídeos disponíveis no acervo da Vídeos Saúde Distribuidora/Fiocruz são muito acessados por quem trabalha com formação profissional em saúde. A metodologia utilizada obedeceu aos critérios de estudo de caso qualitativo. Através do mapeamento de 11 vídeos relacionados à educação física e saúde disponibilizados pela videoteca, pode-se perceber que a abordagem dada a essa profissão ainda permanece arraigada ao ambiente escolar ou tem sua posição substituída por profissionais de outras áreas. Ademais, ficou explícita a necessidade de romper o caminho tradicional de enfoque na doença e de refletir sobre a identidade da educação física como profissão atuante na área da saúde. Essa abordagem ajudou a pensar que, apesar do SUS ter criado espaços para construção de novas práticas e de novas formas de agir em saúde, e que mesmo reconhecida e legitimada como profissão da área da saúde, a EF está à margem de uma posição significativa no que se refere à difusão de conhecimento específico da EF, sob a forma audiovisual, no acervo de uma importante instituição como a Fiocruz. Portanto, há um longo caminho a ser percorrido para que possamos articular de modo mais abrangente a relação entre EF e promoção da saúde.

Palavras chave: Educação Física. Promoção da saúde. Vídeos. Fiocruz.

ABSTRACT

Fiocruz important institution for research and training of various professionals in the health field , contributed significantly to the process of health care reform and the creation of the SUS . Given the importance of this institution in the production and dissemination of knowledge in this area , both in Brazil and in Latin America , this study aimed to map the videos available in the audiovisual collection by Fiocruz related to Physical Education to analyze which approaches are there privileged . Such intentionality is justified , first , by the fact that the videos are characterized as an important educational resource and pedagogical training of health professionals , and secondly , by the fact that the videos available in the collection of VideoSaúde Distributor / Fiocruz are very accessible to those who work with health professional training . The methodology followed the criteria of a qualitative case study . Through mapping of 11 videos related to health and physical education provided by a video library , one can see that the approach given to the profession remains rooted to the school environment or have his position replaced by professionals from other fields . Moreover , it became clear need to break the traditional way of focusing on illness and reflect on the identity of active physical education as a profession in healthcare . This approach helped to think that despite the SUS have created spaces for construction of new practices and new ways of acting in health , and even recognized and legitimized as a profession in the health field , EF is the margin of a significant position in as regards the dissemination of knowledge specific to EF , as audiovisual , in the collection of a major institution like Fiocruz . So there is a long way to go before we can articulate more comprehensively the relationship between EF and health promotion .

Keywords : Physical Education . Health promotion . Videos . Fiocruz .

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
AF	- Atividade Física
APS	- Atenção Primária à Saúde
BIREME	- Biblioteca Regional de Medicina
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
DNERu	- Departamento Nacional de Endemias Rurais
DIREB	- Diretoria Regional de Brasília
FIOCRUZ	- Fundação Oswaldo Cruz
GM	- Gabinete do Ministro
ICICT	- Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
LOS	- Lei Orgânica da Saúde
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PNIPIC	- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS	- Programa Nacional de Promoção da Saúde
PSF	- Programa de Saúde da Família
SESP	- Serviço Especial de Saúde Pública
SNES	- Serviço Nacional de Educação Sanitária
SUS	- Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Resumo dos vídeos mapeados.....	38
--	----

SUMÁRIO

1	Apresentação.....	8
2	Considerações iniciais.....	9
3	A Fundação Oswaldo Cruz no contexto histórico da saúde no Brasil.....	20
3.1	Informação em saúde: trajetória histórica.....	25
4	Metodologia	29
4.1	Procedimentos utilizados e resultados obtidos no levantamento dos vídeos.....	32
5	Considerações finais.....	40
	Referências	42

1. Apresentação

A motivação para a elaboração deste trabalho é fruto da minha experiência profissional na área da saúde. Essa trajetória teve início ainda na adolescência, em meio às inúmeras dúvidas e incertezas relativas ao término de um ciclo da vida então marcado pela conclusão do ensino médio. Nesse momento, não desfrutei da oportunidade de entrar para a universidade, em consequência, vi a chance de alcançar uma posição no meio em que, desde cedo, já me identificava, através da realização de um curso técnico de enfermagem.

Tão logo finalizei o curso, iniciei minha trajetória laboral em uma unidade de terapia intensiva de um grande hospital de Porto Alegre. Os exaustivos plantões noturnos me proporcionaram a aquisição de conhecimentos enriquecidos pela vivência sobre a saúde, a vida e a morte. Entre outras, essa experiência me deu uma visão ampla dos direitos à vida e à vida com saúde.

Muito embora o trabalho da enfermagem no âmbito hospitalar tenha a saúde como seu objeto, suas ações se voltam ao corpo biológico doente e, de forma geral, estão presos ao processo curativo. Passados cinco anos, os medicamentos e equipamentos de alta tecnologia faziam parte da minha rotina e, no meu entender, eram fundamentais em todas as ações. Contudo, a aflição e a angústia de quem lida com doenças graves e com a morte, me fizeram repensar sobre o futuro e me impulsionaram a buscar novas oportunidades em ambiente menos lúgubre.

A possibilidade de então realizar um curso superior, trouxe com ela uma série de dúvidas sobre o caminho a ser seguido. A graduação em enfermagem já não me interessava, pois, intrínseco a ela, estaria a continuidade do trabalho centrado na doença. Ao ser chamada para completar o quadro de funcionários do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição no ano de 2005, me deparei a uma possibilidade libertadora e desafiadora para minha trajetória profissional.

Nessa nova trajetória, o conhecimento adquirido acerca das políticas públicas de saúde e a realização de atividades de promoção da saúde na atenção primária, firmaram minha afinidade com atividades educativas, me fizeram refletir e buscar atitudes renovadoras.

Esse interesse foi alimentado pelo aprendizado junto à comunidade, pela participação em ações educativas proporcionadas pela educação continuada oferecida aos trabalhadores pelo Grupo Hospitalar Conceição e instigada pela carência de recursos humanos com formação superior em Educação Física nessa instituição. Diante disso, o curso de Educação Física, surgiu como uma possibilidade de recomeço, um desafio frente às possíveis mudanças e como uma possibilidade de satisfação profissional.

2. Considerações iniciais

O contexto atual do sistema sanitário brasileiro está associado a inúmeras transformações teóricas e políticas que implicam desafios na construção de práticas e de ações em saúde. Apesar da importância e da diversidade de fatores que permeiam esse processo, é fato que a atuação profissional nessa área ainda está centrada em uma assistência predominantemente comportamentalista e curativa após a doença manifesta.

No entanto, é possível notar algumas alterações nesse cenário desde a Reforma Sanitária, iniciada em meados da década de 1970. Tal reforma, entre outras mudanças, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), uma das maiores mudanças sociais conquistada na Constituição de 1988, apresenta a seguinte definição: "sistema formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público" (BRASIL, 2000, p. 5).

O SUS representa a concretização de concepções inovadoras acerca da saúde. O conceito de saúde, antes concebido a partir da lógica de ausência de doença, dá lugar a uma noção de saúde centrada na prevenção dos agravos e

na promoção da saúde. Essas transformações vieram acompanhadas de uma série de normas e conceitos que deram origem aos princípios doutrinários e operacionais do SUS, são eles: a universalidade, equidade, descentralização, a regionalização, intersetorialidade, interdisciplinaridade, humanização do cuidado, hierarquização, resolubilidade, participação popular e, a integralidade (BRASIL, 1990, art. 7º).

Nesse sentido, desde sua criação em 1988, o SUS tem criado espaço para outras formas de fazer saúde, bem como para outras possibilidades interpretativas relativas ao fenômeno saúde-doença. Tais possibilidades romperam o caminho tradicional da ênfase na doença e ampliaram a visão do cuidado, dos modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde até então vigentes.

Nesta concepção, o cuidado aparece em uma visão ampliada, que proporciona o cruzamento entre diferentes saberes e que convergem em ações de promoção da saúde, norteadas pelo princípio da integralidade. Conceito que configura uma das diretrizes do SUS, junto a universalidade do acesso, da organização do cuidado em rede, da prioridade das ações preventivas, sem detrimento das assistenciais, bem como da equidade da oferta e das oportunidades em saúde (Brasil, 2010), a integralidade é definida como “o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Apesar de um contexto que convoca à transformação das práticas sanitárias, é frequente a prática da terapêutica que contempla tão somente as técnicas medicamentosas, cirúrgicas e eletrônicas que interferem no corpo se fosse uma máquina com motor de combustão e relaciona o reestabelecimento da higidez à manutenção ou troca de suas peças (Helman, 2007). É notória a fragmentação da atitude dos profissionais de saúde, reduzindo o usuário a mero sistema mecânico, desconsiderando seu sofrimento e os aspectos culturais envolvidos na sua qualidade de vida. Carvalho e Ceccim (2009) colocam que o estudo das questões que envolvem o corpo, a saúde, a doença e a terapêutica, muitas vezes, encontra barreiras advindas de preconceitos

relacionados ao suposto caráter “supérfluo” das narrativas que acompanham sinais e sintomas e da normalização da visão mecanicista e biológica do corpo presentes grandes centros.

O avanço tecnológico tornou os tratamentos de saúde e os meios diagnósticos mais eficazes e, ao mesmo tempo, fez com que o indivíduo fosse visto como simples órgãos avulsos, segundo Helman (2007), “peças” alheias às necessidades integrais do ser humano e aos conceitos de saúde hoje estabelecidos internacionalmente. A concepção de saúde como qualidade de vida é condicionada por vários fatores e são citados por Machado *et al.* (2007) configuram-se em: paz, abrigo, alimentação, renda, educação, recursos econômicos, ecossistema adequado, recursos sustentáveis, equidade e justiça social. Tais fatores conquistaram relevância na Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em Ottawa, em 1986, e hoje servem como base para o planejamento de práticas que atendam à integralidade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”, conceito esse que evoluiu, pois em seu sentido mais abrangente, a saúde é “a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1990).

Embora a conceituação de saúde seja convergente e tenha evoluído nas últimas décadas, na prática, entendimento dos fenômenos de saúde e doença na sua totalidade, ainda não estão em harmonia com o conceito de integralidade. Para Machado *et al.* (2007), o atendimento integral vai além das estruturas organizacionais hierarquizadas e regionalizadas da assistência de saúde, se expande pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde e exige o comprometimento com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional.

Tradicionalmente, a medicina e as chamadas ciências da saúde lidam com a “doença”. “De fato, o objeto da clínica tem sido, ao longo da história, a doença em sua dimensão individual” (CZERESNIA; FREITAS, 2009; p. 37). De certa forma, hoje observa-se uma aceitação da conduta hegemônica,

mecanicista do modelo curativo individualizado nas práticas voltadas à saúde em todos os setores. “O caráter social e base científica convergem e divergem ao longo da história, conforme os interesses político-institucional e político-ideológico que se sucedem na ordem social” (CARVALHO; CECCIM, 2009, p. 141). Tais interesses criam uma disputa de espaços com a multidisciplinaridade e se opõem ao cruzamento de saberes com as áreas sociais e humanas que apontam ao cuidado integral e ao trabalho em equipe (CARVALHO; CECCIM, 2009).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2012) classifica a integralidade como “princípio fundamental do Sistema Único de Saúde” que abrange três dimensões: 1) a abordagem integral do ser humano vista em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais; 2) a ampliação da percepção dos profissionais e serviços de saúde na relação com o usuário para o acolhimento de suas histórias, condição de vida e necessidades em saúde; e 3) o modo de organizar a atenção a saúde de forma a ampliar o acesso a todos os níveis de complexidade abrangendo ações de assistência, promoção, proteção e recuperação da saúde.

Dentro dessa perspectiva, Peres (2002) destaca a importância de se ter a saúde como um dos elementos da cidadania, como um direito que vai além da perspectiva de curar e evitar doenças, e sim de ter uma vida saudável. Tendo em vista as bases conceituais e políticas de promoção da saúde, Santos et al. (2006), preconizam que haja o aperfeiçoamento de métodos e práticas capazes de apoiar a obtenção do potencial de saúde de comunidades e indivíduos em seus diferentes períodos de vida e em toda sua plenitude. Uma das formas de intervenção junto à comunidade para prevenção de agravos e promoção da saúde pode ser realizada por meio da implementação de ações educativas em saúde

Segundo Buss (2000), os movimentos sociais envolvendo a saúde, especialmente com ênfase na promoção da saúde, surgiram formalmente no Canadá, no ano de 1974, com a divulgação do *Informe Lalonde*, que teve como principal motivação o enfrentamento dos custos crescentes da assistência

médica e o questionamento quanto a exclusividade da abordagem médica para o tratamento das doenças crônicas.

No cenário mundial, a discussão acerca da saúde foi fortalecida através de eventos internacionais e, sobretudo, através de três importantes conferências sobre o tema, realizadas entre 1986 e 1991, em Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsval (1991), que propuseram uma redefinição das políticas públicas e lançaram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde.

Campos (2009) ressalta, ainda, a VI Conferência Global de Promoção da Saúde, sediada em Bancoc no ano de 2005 e que teve como foco de discussão a questão da globalização e sua influência nas questões de saúde e os efeitos positivos da difusão de conhecimentos, pelos meios tecnológicos de informação.

As demandas da sociedade para com a área da saúde aumentaram, ficaram muito mais complexas na contemporaneidade e ganharam evidência mundial a partir das conferências citadas acima. Para Campos *et al.* (2009), as intensas transformações econômicas, sociais e políticas decorrentes do processo de globalização, reforçado a partir da segunda metade do século XX, repercutiram em uma desigualdade que se relaciona, diretamente, com a qualidade de vida e saúde da população. Nesta perspectiva, Machado *et al.* (2007), referem que as ações de promoção da saúde devem ser empreendidas por meio de um movimento articulado com as políticas sociais que respondam aos problemas dos grupos populacionais nas diferentes esferas do cuidado a fim de direcionar um novo olhar para esse contexto.

A partir das transformações políticas e sociais que alteraram o cenário da saúde pública no Brasil, a promoção de um estilo de vida ativo acabou se tornando uma estratégia importante para a melhora do estado de saúde, da qualidade de vida, e na prevenção de doenças e agravos. Diante dessas evidências, o Governo Federal lançou mão de uma nova estratégia, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e seus sete polos temáticos de atuação, entre os quais, as práticas corporais/atividade física (Brasil, 2010), que fomentaram novas possibilidades de organização e de manifestação para a

Educação Física. Assim, torna-se fundamental para o exercício profissional nessa área o reconhecimento da promoção da saúde como uma construção gerada nessa dinâmica de produção de vida (Brasil, 2010).

É a educação física, segundo Ceccim e Bilibio (2007), que mais propriamente pode recolocar a dimensão do corpo na prática do cuidado. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (Brasil, 2010) recomenda que o profissional de Educação Física contemple em seu trabalho a abordagem das mais variadas manifestações da cultura corporal do país, sejam aquelas específicas de determinada região ou mesmo aquelas difundidas nacionalmente, além de fugir do engessamento técnico-pedagógico dos conteúdos clássicos da Educação Física.

No entanto, torna-se relevante dizer que conhecimento produzido no âmbito da Educação Física relacionada à área da saúde ainda tem papel, visivelmente reduzido nos serviços públicos de saúde – associando a atuação profissional quase que exclusivamente com a promoção de atividades físicas. Tradicionalmente, segundo Fraga, Carvalho e Gomes (2012), a formação e a atuação do profissional de educação física nessa área ainda estão sustentadas em pressupostos teóricos distantes dos princípios do SUS. Além disso, os autores consideram que a tarefa de pensar as políticas de formação em educação física em relação à saúde, nessa circunstância, é bastante complexa, pois são poucos os pesquisadores envolvidos em linhas de investigação com essa temática no Brasil.

Na concepção de Bagrichevsky (2007), outro motivo para uma produção científica não tão robusta, e conseqüentemente uma atuação não tão incisiva da educação física na esfera da saúde, é a dificuldade de discutir no âmbito da graduação temas que permitam desenvolver níveis de crítica adequados, a fim de que os futuros profissionais possam compreender e intervir no campo da saúde em consonância com os princípios da saúde coletiva.

Ainda que tenha sido reconhecida como profissão da área da saúde desde a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), n.º 218/1997 (BRASIL, 1997), e que já haja propostas de atuação do profissional de Educação Física como integrante de uma equipe multiprofissional, a figura

desse profissional ainda tem papel discreto nos serviços de saúde em nosso país e comparativamente com as demais profissões há poucas publicações voltadas a essa interface. Mesmo com tal reconhecimento pelo CNS em 1997, “a formação profissional seguiu majoritariamente centrada na epidemiologia de risco, no modelo clínico/prescritivo e na visão biomédica do processo saúde-doença” (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2012, p. 378).

Estes mesmos autores propõem que a aproximação entre EF e os princípios da saúde coletiva pode ocorrer através do entendimento de práticas corporais, que o Glossário Temático de Promoção da Saúde conceitua como “expressões individuais ou coletivas do movimento corporal, advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica, construídas de modo sistemático (na escola) ou não sistemático (tempo livre/lazer)” e complementa como “manifestações da cultura corporal de determinado grupo que carregam significados que as pessoas lhe atribuem, e devem contemplar as vivências lúdicas e de organização cultural.” (BRASIL, 2011, p.29).

As primeiras experiências decorrentes da necessidade de compartilhar e conhecimento com as práticas corporais no serviço público de saúde tiveram início em 1990, quando Yara Maria de Carvalho, então coordenadora do grupo de pesquisa Corpus - Educação Física & Saúde Coletiva & Filosofia da Universidade de São Paulo, apresentou estudos chamando a atenção para os limites da relação “atividade física e saúde” e também para a formação em educação física no contexto da saúde coletiva (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2012).

Apesar de ter sido relacionada como profissão da área da saúde em 1997, e de ter uma relação com o campo desde há muito tempo, é somente em meados dos anos 2000 que um conhecimento relativo à Educação Física começa a aparecer em programas governamentais e políticas públicas de saúde. Duas das mais destacadas iniciativas que de algum modo envolve a Educação Física foram lançadas pelo Ministério da Saúde em 2006: a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNIPIC). A legitimação e a institucionalização

dessas abordagens esboçam a inserção das práticas corporais e da atividade física como ações não apenas preventivas ou terapêuticas aos usuários do SUS, mas fundamentalmente ligadas a produção do cuidado pautada pelos princípios de uma saúde ampliada.

Dois anos depois, com o intuito de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e “ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil” (BRASIL, 2010) o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), mediante a portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.

NASF é o núcleo regulamentado pelas diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão, com objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica, sendo então classificados em duas modalidades: NASF 1, composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de diferentes ocupações (Médico, Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra e Terapeuta Ocupacional) e NASF 2, que deverá ser composto por no mínimo 3 profissionais de nível superior de ocupações diferenciadas entre as listadas (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional)” (BRASIL, 2008).

As diretrizes do Nasf (Brasil, 2010. p), enfatizam que essa é “uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família”. Deve estar comprometida, também, com a promoção de mudanças no exercício profissional dos trabalhadores atuantes no programa que devem contemplar , fundamentalmente: “ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde” (BRASIL, 2010, p. 10,11).

Mais recentemente, o Ministério da Saúde lançou o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, o qual visa aumentar a atividade física no lazer. A prioridade é o Programa Academia da Saúde que “consiste na construção de espaços saudáveis que promovam ações de promoção da saúde e estimulem a atividade física/práticas corporais, articulados com a APS” (BRASIL, 2012, p. 195).

O Programa Academia da Saúde, de acordo com a publicação do governo federal *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde* (2012), visa contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis. Os objetivos do programa são:

ampliar o acesso da população às políticas públicas de promoção da saúde; fortalecer a promoção da saúde como estratégia de produção de saúde; potencializar as ações nos âmbitos da APS e da vigilância e promoção da saúde; promover a integração multiprofissional na construção e execução das ações; promover a convergência de projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer; ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis; aumentar o nível de atividade física da população; estimular hábitos alimentares saudáveis; promover mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade; potencializar as manifestações culturais locais e o conhecimento popular na construção de alternativas individuais e coletivas que favoreçam a promoção da saúde; e contribuir para ampliação e valorização da utilização dos espaços públicos de lazer, como proposta de inclusão social, enfrentamento das violências e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população (BRASIL, 2012, p.195)

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) coloca e classifica a integralidade como “princípio fundamental do Sistema Único de Saúde” que abrange três dimensões: 1) a abordagem integral do ser humano, vista em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais; 2) a ampliação da percepção dos profissionais e serviços de saúde na relação com o usuário para o acolhimento de suas histórias, condição de vida e necessidades em saúde; e 3)

o modo de organizar a atenção a saúde de forma a ampliar o acesso a todos os níveis de complexidade abrangendo ações de assistência, promoção, proteção e recuperação da saúde.

Torna-se relevante, frente ao levantamento dessas publicações, destacar a divergência entre os conceitos expostos e os valores preconizados pelas políticas públicas de saúde. Ao examinar a definição de atividade física, por exemplo, verifica-se a descrição padrão atribuída ao “movimento corporal que produz gasto energético acima do repouso”. Tal conceito restringe a atividade física ao gesto mecânico, que Fraga (2005), define como “uma racionalidade físico-sanitária contemporânea”, dentro de uma rede mundial de disseminação da atividade física como fator de proteção aos riscos do sedentarismo.

Nesse enfoque, a Educação Física ficaria reduzida à repetição de movimentos que objetivam a melhoria ou manutenção dos componentes determinantes de saúde. Fraga (2005) coloca em sua tese que a força do discurso da vida ativa está na capacidade de operar sobre o binarismo “movimento x não movimento”, fundamento primeiro da educação física no campo da saúde na sua sistematização moderna.

Para não ficar restrito ao binarismo “movimento x não movimento”, Peres (2002) destaca a importância de se considerar a saúde como um dos elementos da cidadania, como um direito das pessoas que vai além da perspectiva de curar e evitar doenças, e sim de ter uma vida saudável, através do aperfeiçoamento de métodos e práticas capazes de apoiar a obtenção do potencial de saúde de comunidades e indivíduos em seus diferentes períodos de vida e em toda sua plenitude. Uma das formas de intervenção junto à comunidade para prevenção de agravos e promoção da saúde pode ser realizada por meio da implementação de ações educativas em saúde

Nesse cenário, que contempla as ações educativas, ganha espaço a “inclusão de práticas corporais como parte integrante do sistema, tanto em relação à prevenção, como à recuperação e à promoção da saúde” (LUZ, 2007; p. 14). Assim, atenção multidisciplinar se apresenta como uma necessidade e como uma solução para as limitações colocadas pelo modelo de cuidado centrado na doença. Tem-se, portanto, a multidisciplinaridade como agregadora

de ideias e de práticas que visam à elaboração e execução de uma assistência integral, que proporcione a quebra de tabus impostos pela racionalidade da ciência moderna.

Todas essas transformações abriram espaços para novos pensamentos e novos modos de agir em saúde no cenário nacional. Uma grande conquista da redemocratização do Brasil e da reformulação das políticas públicas foi a revitalização de instituições voltadas para a pesquisa em saúde. Entre essas, assumiu evidência, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que teve programas e estruturas recriados e foi palco de grandes avanços científicos, tornando-se referência em ensino e pesquisa no âmbito da saúde para a América Latina.

De acordo com as informações disponibilizadas em seu próprio site, a Fiocruz é uma instituição vinculada ao Ministério da Saúde que pauta sua atuação em diferentes frentes, em especial a promoção da saúde, o desenvolvimento social, a geração e difusão de conhecimento científico e tecnológico nos mais diferentes núcleos da saúde. Trata-se de uma instituição pública sintonizada com o debate internacional sobre acesso livre ao conhecimento e comprometida com o desenvolvimento de iniciativas que permitam a disponibilização gratuita de artigos científicos, materiais didáticos, audiovisuais, projetos de inovação, livros digitais e vários produtos e serviços ligados direta ou indiretamente ao conhecimento produzido pelo campo da saúde e, de modo especial, direcionado à saúde pública. As diferentes unidades da Fiocruz, além de criarem seus próprios repositórios de informação científica, também integram redes internacionais de difusão do conhecimento que reúnem e oferecem esse tipo de informação gratuitamente com objetivo de facilitar o acesso da sociedade aos saberes produzidos na instituição (Fiocruz, 2013). Os vídeos do acervo da VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz, base empírica deste trabalho, são um exemplo do processo de captação, catalogação, tratamento, produção e distribuição gratuita de conhecimentos relativos ao campo da saúde por parte desta importante instituição.

Dada a relevância desta instituição na produção e disseminação de conhecimentos nessa área, tanto no Brasil quanto na América Latina, esse trabalho teve como objetivo mapear os vídeos disponíveis no acervo audiovisual pela Fiocruz relacionados à Educação Física para analisar quais abordagens são ali privilegiadas. Essa intencionalidade se justifica, por um

lado, pelo fato de que os vídeos se caracterizam como um importante recurso didático-pedagógico na formação de profissionais da saúde e, por outro, pelo fato de que os vídeos disponíveis no acervo da Vídeos Saúde Distribuidora/Fiocruz, são muito acessados por quem trabalha com formação profissional em saúde. Para tanto, o método escolhido foi o estudo de caso qualitativo (o acervo videográfico), embasado na literatura pertinente sobre o assunto.

Assim, este Trabalho de Conclusão de Curso está estruturado da seguinte forma: no capítulo 1 é apresentado um relato da trajetória profissional que me conduziu até a graduação em Educação Física e que justificam a minha aproximação com tema desenvolvido e aos conceitos colocados neste Trabalho de Conclusão de Curso.

No capítulo 2 são apresentadas as considerações iniciais configuram uma introdução ao assunto desenvolvido ao longo do texto, além de um breve relato do caminho percorrido pela Educação Física enquanto profissão da área da saúde. No capítulo 3, aparece uma apresentação da Fiocruz, com uma síntese de sua história e dados institucionais atuais, pertinentes ao tema em questão, que têm a finalidade evidenciar a sua importância no cenário da saúde no Brasil e justificar a escolha desta instituição para esta pesquisa. Ainda neste capítulo, há um breve histórico da comunicação em saúde no Brasil, além da apresentação dos objetivos que fundamentam este trabalho.

O capítulo 4 é dividido em duas partes, uma trata dos métodos utilizados, com ênfase na descrição da metodologia empregada, a fim de justificar a escolha do estudo de caso qualitativo como instrumento para esta pesquisa. E a outra seção descreve os procedimentos utilizados e resultados obtidos no levantamento dos vídeos. No último capítulo são apresentadas as considerações finais deste estudo.

3. A Fundação Oswaldo Cruz no contexto histórico da saúde no Brasil

No final da década de 1980, o Brasil foi marcado por grandes movimentos sociais, pela redemocratização do país e pela melhoria das condições da saúde da população. A reestruturação do sistema de saúde ganhou representatividade através de profissionais de saúde, usuários, políticos e lideranças populares (Fiocruz, 2013). O termo “Reforma Sanitária” foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde (Fiocruz, 2013). Tais mudanças se refletiam em todo o setor saúde, concebendo um novo conceito no qual o resultado final era entendido como a ascensão das condições de vida da população. No início das articulações, o movimento pela Reforma Sanitária não tinha uma denominação específica, era um conjunto de pessoas com ideias comuns para o campo da saúde.

Entre essas pessoas, destaca-se a figura de Antônio Sérgio da Silva Arouca, presidente da conferência e como militante da saúde pública. Além de estar a frente da conferência, atuar como médico e parlamentar nas áreas de ciência, saúde e tecnologia, Arouca tornou-se, em 1985, presidente da Fiocruz, fundação com uma história marcante no contexto sanitário brasileiro e que se confunde com o próprio desenvolvimento da saúde pública no país.

A história da Fundação Oswaldo Cruz começou em 25 de maio de 1900, com a criação do Instituto Soroterápico Federal, na Fazenda de Manguinhos, localizada na Zona Norte do Rio de Janeiro. Segundo dados históricos da instituição (2007), tinha a função original de produzir soros e vacinas contra a peste bubônica. Através do trabalho do bacteriologista Oswaldo Cruz, o Instituto foi responsável pela reforma sanitária que erradicou a epidemia de peste bubônica e a febre amarela da cidade, e pela criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920.

O resgate histórico do Instituto mostra que, durante todo o século 20, a instituição vivenciou as muitas transformações políticas do Brasil. Com a Revolução de 1930 perdeu sua autonomia e foi foco de muitos debates nas décadas de 1950 e 1960. Com o golpe de 1964, foi atingida pelo chamado Massacre de Manguinhos: a cassação dos direitos políticos de alguns de seus cientistas. Mas conheceu, novamente, a democracia em 1980 com uma formulação ampliada. Na gestão do sanitarista Sergio Arouca, a fundação teve seus programas e estruturas recriados, e realizou seu 1º Congresso Interno, marco da estrutura moderna da Fiocruz. Nos anos seguintes, foi palco de grandes avanços, como o isolamento do vírus HIV pela primeira vez na América Latina (PORTAL DA FIOCRUZ, 2013).

Atualmente, é considerada uma das mais importantes instituições brasileiras de pesquisa na área da saúde, na formulação e discussão das políticas de saúde. Segundo a Fiocruz (2013), lá são executados mais de mil projetos de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, que produzem conhecimentos para o controle de doenças como Aids, malária, Chagas, tuberculose, hanseníase, sarampo, rubéola, esquistossomose, meningites e hepatites, além de outros temas ligados à saúde coletiva, entre os quais a violência e as mudanças climáticas, e à história da ciência Segundo seu perfil institucional (2013), sua missão está voltada para:

produzir, disseminar e compartilhar conhecimentos e tecnologias voltados para o fortalecimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e que contribuam para a promoção da saúde e da qualidade de vida da população brasileira, para a redução das desigualdades sociais e para a dinâmica nacional de inovação, tendo a defesa do direito à saúde e da cidadania ampla como valores centrais (PORTAL DA FIOCRUZ, 2013).

E tem como visão:

Ser instituição pública e estratégica de saúde, reconhecida pela sociedade brasileira e de outros países por sua capacidade de colocar a ciência, a tecnologia, a inovação, a educação e a produção tecnológica de serviços e insumos estratégicos para a promoção da saúde da população, a redução das desigualdades e iniquidades sociais, a consolidação e o fortalecimento do SUS, a elaboração e o aperfeiçoamento de políticas públicas de saúde (PORTAL DA FIOCRUZ, 2013).

Em suma, “promover a saúde e o desenvolvimento social, gerar e difundir conhecimento científico e tecnológico, ser um agente da cidadania, são os conceitos que pautam a atuação da Fundação Oswaldo Cruz” (PORTAL DA FIOCRUZ, 2013), vinculada ao Ministério da Saúde, considerada, hoje, a instituição com maior destaque em pesquisa envolvendo ciência e tecnologia em saúde da América Latina.

Comunicação científica e tecnológica em saúde

O reconhecimento da comunicação como um direito intrinsecamente relacionado ao direito à saúde, o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz) atua no planejamento, desenvolvimento e avaliação de políticas e práticas institucionais de comunicação no campo da Saúde, no âmbito do SUS e demais instituições que atuam na área. A unidade é responsável por desenvolver produtos e serviços de comunicação para o Ministério da Saúde e para parceiros internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan Americana de Saúde (Opas) e o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Suas iniciativas buscam investigar as principais tendências da comunicação na sociedade contemporânea e sua influência na criação e redefinição de valores, práticas e sentidos relacionados à saúde (Icict/Fiocruz, 2013)

A unidade é referência na produção e distribuição de audiovisuais em saúde, por meio da VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz, que disponibiliza um acervo composto por 7.967 títulos, entre produções próprias e com parceiros institucionais, além de aquisições de empresas públicas e privadas, além de produtores independentes. Por meio do Selo Fiocruz Vídeo, a unidade fomenta e incentiva a produção independente de audiovisuais em saúde, com o lançamento de editais de financiamento à produção e à finalização.

Segundo dados obtidos no Portal da Fiocruz (2013), a fundação é a principal instituição sem caráter universitário de formação e qualificação de

recursos humanos para o SUS e para a área de ciência e tecnologia no Brasil. Possui 18 programas de pós-graduação *stricto sensu* em diversas áreas, uma escola de nível técnico e vários programas *lato sensu*, está instalada em 10 estados brasileiros e conta com um escritório na África. Além dos institutos sediados no Rio de Janeiro, a Fiocruz tem unidades nas regiões Nordeste, Norte, Sudeste e Sul do Brasil. Com seus projetos de ampliação, foram criadas bases para a institucionalização de unidades escritórios no Ceará, Mato Grosso do Sul, Piauí e Rondônia. “Ao todo, são 16 unidades técnico-científicas, voltadas para ensino, pesquisa, inovação, assistência, desenvolvimento tecnológico e extensão no âmbito da saúde” (PORTAL DA FIOCRUZ, 2013). Há ainda uma unidade técnica de apoio, atuante na produção de animais de laboratório e derivados de animais. As quatro unidades técnico-administrativas são dedicadas ao gerenciamento físico da Fundação, às suas operações comerciais e à gestão econômico-financeira. Existe ainda a Diretoria Regional de Brasília (Direb), também conhecida como Fiocruz Brasília, que representa a Fundação junto a órgãos dos poderes Executivo e Legislativo, instituições públicas e entidades privadas.

A Fiocruz, por meio de suas unidades, oferece uma ampla gama de serviços aos profissionais de saúde, a instituições públicas das esferas federal, estadual e municipal, bem como a empresas privadas das áreas de saúde e ciência e tecnologia. Com isso, a Fundação busca atender às demandas institucionais na área da saúde no âmbito nacional, visando contribuir para a elevação do padrão de qualidade dos procedimentos adotados no setor e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade, tanto do atendimento à população quanto das estratégias de saúde coletiva. As ações para a prevenção de doenças e a melhoria da qualidade de vida das populações estão associadas também ao meio ambiente e à cidadania. Em vista disso, articula-se permanentemente com parceiros institucionais de governo e a sociedade civil em apoio à integralidade da atenção à saúde e à atuação sobre seus determinantes sociais.

A comunicação e a informação são áreas estratégicas da Fiocruz. Por meio de diversos canais, em formatos impressos, eletrônicos e digitais, a instituição busca contribuir para a democratização de informações e

conhecimentos na área da saúde, além de dar suporte à formulação e implantação de políticas, programas e intervenções no setor. O Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) coordena bibliotecas virtuais em temas variados. Essas bibliotecas caracterizam um projeto liderado pelo Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde em conjunto com o Ministério da Saúde, para a ampliação do livre acesso à informação em saúde.

A Fiocruz também produz, armazena e torna disponíveis recursos audiovisuais que contribuem significativamente para a disseminação de conhecimentos na área de saúde. Além de contar com o Canal Saúde, uma emissora de televisão que coloca no ar dez horas de programação diariamente, a Fundação possui uma distribuidora de vídeos e ainda um banco de imagens, que dispõe de fotografias das mais diversas unidades da Fundação. Esse vasto acervo audiovisual, segundo a própria instituição, tem a finalidade de armazenar e tornar disponíveis recursos audiovisuais que contribuam, significativamente, para a disseminação de conhecimentos na área de saúde e para a preservação da memória da instituição.

O Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde utiliza a imagem como meio pedagógico, que se justifica conforme Lins (2012): o cinema e o vídeo tem importância fundamental na pesquisa qualitativa em saúde, pelo fato de ter a capacidade de reconstruir problemas, oferecer novas perspectivas e redimensionar a reflexividade. Ademais, conforme Moraes (2008), o vídeo em saúde desperta interesse em pessoas de diferentes classes sociais ou níveis educacionais, pois a imagem seduz a todos e, sendo uma representação da realidade, ela traz consigo o encantamento dos registros em movimento e cores, envoltos em emoção.

Moraes (2008) aponta a diversidade cultural presente nas ações que envolvem comunicação em todos os espaços, inclusive naqueles voltados para a promoção da saúde, como um elemento ótimo para a educação da população. Da mesma forma, a multiplicidade de abordagens, a pluralidade e a própria força da imagem para transferir informação não está relacionada apenas à sua ação visual e textual, mas, também, à memória e ao imaginário social relacionada ao movimento (Moraes, 2008). Esse movimento, elemento fundamental na prática profissional da educação física, proporciona a

possibilidade de uma atuação diferenciada para ações de educação embasadas nas políticas públicas de saúde.

3.1 Informação em saúde: trajetória histórica

No Brasil, desde o final da década de 1930, o uso de filmes ou imagens em movimento, foi intensificado na difusão de informações em saúde. Destacaram-se os filmes produzidos pelo Instituto Nacional do Cinema Educativo (Ince), criado, em 1936, pelo então Ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema, e dirigido por Edgard Roquette Pinto.

Para Moraes (2008), a diversidade cultural presente nas ações que envolvem comunicação em todos os âmbitos, inclusive na promoção da saúde e na prevenção de doenças, é um elemento fundamental para o progresso social.

Nesse sentido, os materiais audiovisuais, cada vez mais, são utilizados como meios de informação nas ações de intervenção social nos espaços de saúde. Além disso, a autora citada acima destaca que nessa área existem diversos tipos de vídeo, alguns são semelhantes aos utilizados pela programação da popular televisão, aproximando-o, ainda mais, de seu espectador; e não há distinção quanto à sua utilização, já que o vídeo relacionado à saúde desperta interesse em pessoas de diferentes classes sociais e distintos níveis educacionais.

Com o mesmo enfoque, Araújo e Cardoso (2007), colocam que a comunicação em saúde trata de uma área ainda em formação, mas que constitui um universo multidimensional no qual agentes e instituições desenvolvem estratégias, formam alianças, discussões e negociações. Essa concepção implica em explicitar a existência de discursos concorrentes, constituídos por relações de saber e poder, numa dinâmica que inclui as diferentes posições teóricas acerca da comunicação, saúde e demais assuntos relacionados.

Historicamente, de acordo com Araújo e Cardoso (2007), pode-se tomar como marco no processo de comunicação em saúde, a institucionalização das

práticas de comunicação, com a criação, em 1923, do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, no interior do Departamento Nacional de Saúde Pública, ainda no contexto do que se tornou conhecido como Reforma Carlos Chagas. Segundo ainda de acordo com os autores citados acima, o serviço abriu as portas para as atividades que buscavam a adesão da população para as medidas preconizadas pelas autoridades de saúde voltadas, essencialmente, para a higiene pessoal e pública, saúde da criança e da mulher gestante. A ascensão do modelo bacteriológico, que contou com a descoberta de agentes patológicos específicos para cada doença e processos de transmissão, contribuiu para a ênfase crescente nas medidas individuais de higiene, enquanto as medidas mais abrangentes sobre as condições sociais e ambientais continuaram em segundo plano. Nessa época, educar, higienizar e sanear configuravam as palavras de ordem que apareciam junto às medidas impositivas, características das campanhas sanitárias do início do século XX, cujas grandes resistências potencializaram vários movimentos, que culminaram na Revolta da Vacina (CARDOSO, 2001).

No sanitarismo campanhista das primeiras décadas do século XX predominaram as práticas de difusão de medidas de higiene, que Araújo e Cardoso (2007, p), colocam como “uma relação causal e automática entre estímulo e resposta: uma vez exposto a uma mensagem, o indivíduo – o “público-alvo” – reagiria de acordo com os objetivos do emissor”. No período entre guerras, na administração de Getúlio Vargas, o Brasil experimentou uma política de comunicação do governo, estimulada pela visão mundial da propaganda como eficaz ferramenta na “gestão governamental das opiniões”, onde foram criados diferentes setores de comunicação e educação nos ministérios, inclusive o Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES), em 1941, com o objetivo de padronizar metodologias e difundir maciçamente informações sobre questões de saúde (FIOCRUZ, 2007).

No período pós-guerra, duas instituições tiveram importante atuação no campo da saúde: o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1942, e o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), criado em 1956, com o objetivo de ampliar o atendimento médico-sanitário de massa em áreas consideradas economicamente estratégicas.

Nessa mesma época, conforme evidenciam Cardoso e Araújo (2007), a saúde e outras áreas de intervenção social, refletiram de forma ampla o modelo comunicacional inspirado na teoria dos dois fluxos de comunicação, que atribuía um papel fundamental às lideranças comunitárias, consideradas “elos-chave” na busca de maior sintonia entre emissor (autoridades) e receptor (população). Não se rompeu, contudo, com a direção unilateral e a comunicação continuou a ser vista, basicamente, como a transmissão de informações de uma ponta emissora a outra receptora.

Durante a ditadura, sustentado pela censura, o investimento em saúde ficou concentrado na assistência médico-hospitalar, configurando-se no modelo médico-assistencial privatista. Nele, segundo Cardoso (2001), as atividades preventivas e de saúde pública, foram colocadas em segundo plano nas ações do governo. Ao mesmo tempo, o regime ditatorial contou com a expansão dos meios de comunicação e a constituição de um grande sistema de informação e de cultura de massa, em que a televisão passou a ser o principal meio de disseminação de informação.

Desde então, mundialmente, se deu a intensificação do desenvolvimento tecnológico, marcados pela informação e comunicação, com a penetração da televisão e da mídia em todos os setores das sociedades ocidentais, apresentando novos padrões de consumo (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Os movimentos políticos e sociais que marcaram a década de 1980 contribuíram para a politização do acesso à saúde, que passou a ser visto como um direito civil. Entre esses movimentos, a VIII Conferência Nacional de Saúde, abriu espaço para diversas discussões sobre práticas comunicacionais como um pressuposto do direito à saúde por parte da população brasileira, incluindo “educação e informação plenas, participação na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde; direito à liberdade, à livre organização e expressão” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p.386)

Um importante avanço para o processo de comunicação na esfera da saúde se deu em 2006, quando o CNS reuniu conselheiros e trabalhadores da saúde a fim de elaborar a Agenda da Comunicação e Saúde, que entre outros,

acolhe desafios de diferentes naturezas e entre as prioridades, Araújo e Cardoso (2007) destacam, avançar na produção de conhecimento na relação saúde-comunicação, compreender aspectos que envolvem a mídia e mecanismos de biopoder, além de concentrar esforços para, em conjunto com a pesquisa, formar profissionais com visão crítica capazes de elaborar estratégias que fundamentam as políticas públicas de comunicação de acordo com os princípios do SUS

Em meio às transformações que permearam a história da saúde brasileira, a Fundação Oswaldo Cruz esteve, constantemente, voltada à inovação do complexo produtivo da saúde. Hoje é responsável por grande parte da difusão e fomento de audiovisuais em saúde no Brasil, que contam com a chancela, o reconhecimento e a tradição da instituição.

Calcada na Lei de Acesso à Informação, que fortalece a participação dos cidadãos na tomada de decisões que os afeta e, com isso, se firma como ferramenta de consolidação da democracia, a Fiocruz cumpre sua missão de “cooperar com o desenvolvimento de tecnologias e produção de insumos estratégicos para a saúde, além qualificar profissionais da área e articular geração de conhecimento com o desenvolvimento tecnológico” (PORTAL DA FIOCRUZ, 2013).

Considerando estes propósitos, a rede de bibliotecas da Fiocruz, incluindo a videoteca, coordenada pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, reúne um acervo de milhares de obras adquiridas desde a criação da Fundação, em 1900.

Os vídeos relacionados neste trabalho foram extraídos do acervo da VideoSaúde Distribuidora, divisão responsável pela pesquisa, captação, catalogação, tratamento, produção e distribuição de audiovisuais sobre saúde na Fiocruz.

Diante dos esforços empregados pelas instituições e por profissionais da saúde na comunicação e na difusão de informações nessa área, hoje é possível perceber uma aproximação do espectador com o assunto que se pretende propagar. Moraes (2008) destaca, entre outros, dois tipos essenciais de vídeos utilizados na comunicação em saúde nos dias atuais: vídeos de campanha e vídeos de intervenção social.

Os vídeos de campanhas de saúde, com duração de até um minuto e com elemento persuasivo, assim como os vídeos de divulgação, com duração de 15 minutos em média, são, na maioria dos casos, produzidos pelo Ministério da Saúde (MS). Os vídeos de intervenção social também são realizados pelo MS e/ou instituições de saúde, para grupos sociais específicos, com duração de 15 minutos em média e com elemento persuasivo; usam uma linguagem adequada a seu público para, subseqüentemente, desencadear ações relativas ao comportamento. São materiais produzidos, por exemplo, com base em programas de saúde, para comunidades onde se desenvolvem ações de saúde para prevenção de doenças e promoção da saúde (Moraes, 2008; Rondelli, 1995).

4. Metodologia

Elaborar um Trabalho de Conclusão de Curso não é uma tarefa tão simples quanto parece. De acordo com Piccoli (2006), trata-se de uma incumbência acadêmica que exige especial dedicação dos estudantes no término da graduação, no momento em que outras tantas tarefas acadêmicas se sobrepõem. Além disso, “existe sempre uma prescrição que consiste em objetivos definidos, regras e procedimentos relativos aos resultados esperados e a maneira de obtê-los” (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009; p.722). Nesse sentido, os aspectos metodológicos se apresentam como parte essencial para a boa condução da tarefa e têm como finalidade “permitir ao leitor julgar o experimento, encontrar as suas possíveis fontes de erro e reproduzi-lo, se assim desejar” (PICCOLI, 2006, p.51).

Os métodos usados em estudos científicos, conforme Neto e Triviños (2004), têm como objetivo oferecer a professores, iniciantes e iniciados em linhas de investigação variadas possibilidades de gerar conhecimentos acerca de questões antigas ou recentes, simples ou complexas, além de oportunizar a aproximação com temas de maior interesse que, muitas vezes, não são desenvolvidos durante o período de graduação.

Entre as estratégias de investigação que aprendemos ao longo do curso superior em Educação Física, aparece a pesquisa de corte qualitativo. De

acordo com Negrine (2004), este tipo de pesquisa se caracteriza por descrever, analisar e interpretar as informações recolhidas no decorrer do estudo, além de contextualizá-las com o tema escolhido, sem a preocupação de generalizar esses achados sob a forma de dados estatísticos. A grande vantagem deste método, conforme Molina (2004), está no fato de tornar possível produzir uma maior interação teórico-prática nos contextos estudados.

Contudo, há inúmeros métodos de pesquisa qualitativa. E como há muitos, é preciso considerar, como coloca Molina (2004), a relação com o problema de pesquisa que o pesquisador se propõe a tratar no trabalho. No caso específico deste TCC o método de pesquisa adotado foi o estudo de caso, pois o problema de pesquisa proposto exigiu uma investigação mais aprofundada em determinado assunto em uma situação específica. É importante ressaltar que o caso escolhido foi o acervo de vídeos institucionais da Distribuidora Fiocruz que abordassem temáticas de educação em saúde. Esse componente da instituição analisada configura-se como caso devido à característica de ser um importante ponto de disseminação de informações em saúde, sendo seus vídeos elementos constituintes desse papel – e não casos em si mesmos, descontextualizados da intencionalidade da Fiocruz.

O estudo de caso qualitativo, de acordo com Molina (2004, p. 96), pode ser definido como “um processo que tenta descrever e analisar algo em termos complexos e compreensivos” ou ainda, “um exame particular de uma situação, programa, acontecimento ou fenômeno específico que proporciona uma valiosa descrição”.

Yin (2005), uma importante referência nos estudos de caso qualitativo, considera este método pertinente quando o pesquisador se depara com questões em que há pouco controle em relação aos acontecimentos e também quando o foco está inserido em fenômenos contemporâneos e em algum contexto da vida real. O mesmo autor refere o estudo de caso como uma estratégia de pesquisa qualitativa, especialmente valiosa, em situações em que o objetivo é contribuir com o conhecimento que se tem relativos aos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupos.

A pesquisa de estudo de caso, para Acevedo e Nohara (2009) segue a mesma linha de definição dos demais autores citados, e se caracteriza pela análise aprofundada de um ou mais objetos, que podem ser organizações ou indivíduos e compreende as etapas de planejamento, coleta de dados e abordagens de análise desses dados. Para uma melhor compreensão sobre esse método, Alvez-Mazzoti traz os exemplos mais comuns:

os estudos de caso mais comuns são os que focalizam apenas uma unidade: um indivíduo (como os “casos clínicos” descritos por Freud), um pequeno grupo (como o estudo de Paul Willis sobre um grupo de rapazes da classe trabalhadora inglesa), uma instituição (como uma escola, um hospital), um programa (como o Bolsa Família), ou um evento (a eleição do diretor de uma escola) Podemos ter também estudos de casos múltiplos, nos quais vários estudos são conduzidos simultaneamente: vários indivíduos (como, por exemplo, professores alfabetizadores bem-sucedidos), várias instituições (diferentes escolas que estão desenvolvendo um mesmo projeto), por exemplo (ALVEZ-MAZZOTI, 2006, p.640-641).

A lógica de planejamento de um estudo de caso segundo Yin (2005), admite a definição de que essa é uma investigação empírica, centrada no “caso”. Já para Alvez-Mazzoti, esse tipo de pesquisa não deve ficar restrita ao “interesse intrínseco pelo caso” (2006, p. 639), pelo fato de que tal atitude poderia resultar na falta de interesse por parte daqueles que não têm afinidade com o tema desenvolvido.

Para que um estudo de caso, efetivamente contribua para a construção de teorias e para a evolução do conhecimento relativo ao tema abordado, Alvez-Mazzoti (2006) enfatiza que o pesquisador deve colocar seu estudo em uma esfera ampla de discussão, além de se mostrar familiarizado com a temática desenvolvida, a fim de conquistar confiabilidade e relevância pela comunidade acadêmica.

Para estudos de caso, Yin (2005) destaca como essencial a definição do “caso” e dos critérios que serão seguidos no decorrer do estudo. Outrossim, torna-se fundamental a manutenção da meta que originou a pesquisa, além do amplo entendimento sobre o objetivo da investigação (Alvez-Mazzoti, 2006).

Dentro de um contexto particular, e identificado como estudo de caso qualitativo, este Trabalho de Conclusão de Curso teve como motivação para a

escolha do tema e para a busca do material apresentado, a sugestão do professor orientador de explorar os recursos audiovisuais oferecidos pela Fundação Oswaldo Cruz, especialmente aqueles associados à educação física e apoiados no conceito de promoção da saúde.

4.1 Procedimentos utilizados e resultados obtidos no levantamento dos vídeos

O apanhado do material audiovisual utilizado neste estudo foi feito a partir do emprego das palavras “educação física” no mecanismo de busca de vídeos do portal do Icict/Fiocruz, no mês de maio de 2013.

A seleção dos vídeos obedeceu ao critério de relevância e pertinência conferida ao tema pesquisado. Dos vídeos encontrados, onze foram escolhidos pela relação com o tema educação em saúde e educação física. Na sequência, foi executada a análise fílmica, que, segundo Bredim e Rezende (2009), consiste em uma vertente francesa que propõe primeiramente a identificação e a descrição dos recursos utilizados por um filme ou vídeo para posteriormente indicar que valores e sentidos estes recursos pretendem produzir junto a seu público.

Os vídeos analisados neste estudo são datados da década de 1990 e tem, em média, 20 minutos. De maneira geral, seus títulos são claros, diretos e seus conteúdos têm a saúde como tema, porém, apenas seis deles se encaixam como vídeo de intervenção social, voltados para educação em saúde para a população em geral. Entre os demais, estão entrevistas e documentários sobre diversos assuntos relacionados à saúde e à atividade física na escola.

Quadro 1 – Resumo do mapeamento dos vídeos

Título original	Ano	Duração (min)	Temática
A gente também quer viver	1995	12	Movimento antimanicomial
Universidade aberta	1991	20	Descoberta da importância AF para o tratamento de

			DM
Atividade física na escola – 1	1992	20	Importância da EF no ensino fundamental
Atividade física na escola – 2	1992	20	Importância da EF no ensino fundamental
Gestação	1991	13	O pré-natal e seus cuidados
Hipertensão e diabetes	1997	19	O ACS como promotor de hábitos saudáveis em HAS e DM
Velhice não é doença	1997	21	O ACS como promotor de hábitos saudáveis no envelhecimento
De bem com a vida	1992	50	O ACS como promotor de hábitos saudáveis
Saúde e atividade física	1992	20	A AF como promotora de saúde na escola
Obesidade e desnutrição (com gosto de saúde)	1998	13	Promoção da saúde na escola, através do incentivo de AF
Um caso de autismo na natação	1991	10	AF como terapia auxiliar para autistas

No vídeo “*A gente também quer viver*” configura um documentário onde foco é a realidade dos serviços de saúde mental e o movimento dos usuários desse serviço para a extinção dos manicômios.

Titulo original: A gente também quer viver
País de origem: Brasil
Tempo de duração: 12 min
Ano: 1995
Produção: Núcleo de atenção psicossocial/ Instituto Phillipe Pinel
Realização: Núcleo de atenção psicossocial/ Instituto Phillipe Pinel
Direção: Doralice Araújo

Já o “*Programa Universidade Aberta*”, aborda a transferência de informação através de programa telejornalístico e reportagens voltadas ao meio

acadêmico, mostrando pesquisas relacionadas à descoberta da importância do exercício para a prevenção do diabetes.

<p>Titulo original: Programa Universidade Aberta</p> <p>País de origem: Brasil</p> <p>Tempo de duração: 20 min</p> <p>Ano: 1991</p> <p>Produção: Fundação Roquette Pinto</p> <p>Direção: Leleco Barbosa</p> <p>Realização: Fundação Roquette Pinto/ TVE/ Ministério da Educação</p>
--

As produções “*Atividade física na escola*”, parte 1 e parte 2, vídeos da série *Um novo tempo*, apresentam programas telejornalísticos que mostram, em forma de entrevista com professores de educação física, a importância dessa disciplina na escola fundamental.

<p>Titulo original: Atividade física na escola parte 1</p> <p>País de origem: Brasil</p> <p>Tempo de duração: 20 min</p> <p>Ano: 1992</p> <p>Produção: Fundação Roquette Pinto</p> <p>Realização: Fundação Roquette Pinto/ TVE/ Ministério da Educação</p>
--

<p>Titulo original: Atividade física na escola parte 2</p> <p>País de origem: Brasil</p> <p>Tempo de duração: 20 min</p> <p>Ano: 1992</p> <p>Produção: Fundação Roquette Pinto</p> <p>Realização: Fundação Roquette Pinto/TVE/ Ministério da Educação</p>

Já no filme “*Gestação*”, o alvo é o público leigo e a relevância do pré-natal e de cuidados gerais para uma gestação tranquila, incluindo boa nutrição, preparo psicológico e condicionamento físico.

Titulo original: Gestação
País de origem: Brasil
Tempo de duração: 13 min
Ano: 1991
Produção: América Cultural
Realização: Petrobrás

O vídeo “*Hipertensão e Diabetes*” mostra uma produção da série *Agentes em Ação* e alerta, sob forma teatral, sobre a gravidade da hipertensão e do diabetes. Além disso, mostra o papel do agente comunitário de saúde no rastreamento, vigilância e promoção da saúde de pacientes acometidos por essas doenças.

Titulo original: Hipertensão e Diabetes
País de origem: Brasil
Tempo de duração: 19 min
Ano: 1997
Produção: Made To Create
Direção: Cao Hamburger
Realização: Ministério da Saúde/ PAC

Em “*Velhice não é doença*”, outra produção que integra a série *Agentes em Ação*, destaca o papel do agente comunitário de saúde como promotor de hábitos saudáveis para idosos e como orientador de atividades de lazer para aposentados. Além disso, enfatiza a importância da prática de exercícios físicos e alimentação saudável, para a prevenção de doenças e agravos.

Titulo original: Velhice não é doença

País de origem: Brasil

Tempo de duração: 21 min

Ano: 1997

Produção: Made To Create

Realização: PACS/MS

Direção: Cao Hamburger

O vídeo *“De bem com a vida: educação física para todos”* destaca a importância do agente de saúde como promotor de hábitos saudáveis e como orientador de exercícios junto à comunidade em que atua. Também apresenta uma aula prática de ginástica, ministrada por Maria Conceição do Nascimento, agente comunitária de saúde na zona da Leopoldina no Rio de Janeiro. Ela formulou uma cartilha e orienta atividades físicas para a população local, a partir dos ensinamentos de uma médica, que a orientou a praticar exercícios a fim de reduzir dores na coluna vertebral.

Titulo original: De bem com a vida: educação física para todos

País de origem: Brasil

Tempo de duração: 50 min

Ano: 1992

Produção: Fernando Filmagens

Direção: Fernando Filmagens

Em *“Saúde e atividade física”*, o educador físico aparece como promotor de saúde na escola e como responsável pela incorporação de práticas corporais como forma de atingir o equilíbrio físico e mental neste espaço.

Titulo original: Saúde e atividade física		
País de origem: Brasil		
Tempo de duração: 20 min		
Ano: 1992		
Produção: Fundação Roquette Pinto		
Realização:	Fundação	Roquette
Pinto/TVE/Ministério da Educação		

Também no ambiente escolar, aparece o vídeo “*Obesidade e desnutrição (com gosto de saúde)*”, vídeo mostra um professor em sala de aula explicando a seus alunos os conceitos de obesidade e desnutrição. Ele aborda questões como metabolismo, alimentação saudável e a importância da prática regular de exercícios.

Titulo original: Obesidade e desnutrição (com gosto de saúde)			
País de origem: Brasil			
Tempo de duração: 13 min			
Ano: 1998			
Produção: SMS-RJ			
Direção: Roberto Garrido			
Realização:	Ministério	da	Saúde/
CESGRANRIO			

Por fim, está “*Um caso de autismo trabalhado em natação*”, vídeo que mostra trechos de aulas práticas de natação para um menino com autismo e propõe a utilização dessa atividade como terapia auxiliar no tratamento para autistas.

Titulo original: Um caso de autismo trabalhado em natação
--

País de origem: Brasil
Tempo de duração: 10 min
Ano: 1991
Produção: Rodrigo Nascimento
Realização: Rodrigo Nascimento

Esse mapeamento teve como elemento a avaliação dos vídeos em sua função primária de transmitir informação. Dessa forma, foi possível esclarecer questões referentes ao caráter educativo dos audiovisuais como, por exemplo, identificação do público a que se destinam, linguagem adotada, tipo de conteúdo e mensagem a ser difundida.

Os vídeos mapeados tiveram como característica a apresentação de temas educativos e informativos, porém com diferentes enfoques, estruturas e públicos-alvo distintos. Além disso, os conteúdos foram trabalhados de maneira a promover a adesão da ideia proposta e, na maior parte dos casos, as informações foram expostas objetivamente, dado o curto tempo de duração.

Como profissional de saúde, o educador físico tem importância fundamental para desempenhar medidas de promoção da saúde e tem papel estratégico como membro atuante em ações multidisciplinares que visam o esclarecimento da população quanto aos fatores de risco, promoção e prevenção às doenças e agravos. Com a análise individual dos filmes mapeados neste estudo, verificou-se, no entanto, que esse profissional permanece arraigado ao ambiente escolar ou ainda tem sua posição substituída por profissionais de outras áreas, como agentes de saúde, por exemplo.

Outra característica observada foi data de lançamento dos vídeos analisados. Todos são datados entre 1991 e 1997, o que revela uma desatualização tanto de produção, no que se refere às tecnologias, quanto de conteúdo e de temática. Exemplo disso, está no vídeo *Universidade aberta*, que mostra a relação da atividade física com a prevenção e tratamento do diabetes tipo 2, no contexto de descoberta da importância dessa relação em

uma Universidade dos EUA. Hoje, tal assunto já é amplamente conhecido, discutido e difundido na sociedade, o que demonstra a defasagem do conteúdo apresentado.

Do total de 11 vídeos mapeados e analisados, 5 deles priorizaram a informação técnico-científica e somente em um desses houve a preocupação em despertar a motivação e adesão dos sujeitos a que se destinavam. Os demais apresentaram características motivacionais que tinham como objetivo informar e sensibilizar e/ou persuadir o espectador ao tema abordado. Um elemento marcante foi observado durante a análise dos vídeos *De bem com a vida: educação física para todos*, *Velhice para todos* e *Hipertensão e diabetes*. Nesses materiais as personagens principais são agentes comunitárias de saúde (ACS), que utilizam estratégias informativas e motivacionais para abordar os assuntos pertinentes à educação física. Considerando as competências profissionais dessa categoria, que englobam, entre outras, a “interação com os indivíduos e seu grupo social, com coletividades e a população e colocar-se em equipe de trabalho em prol da organização e eficácia das práticas de saúde” (BRASIL, 2006), não há problema no fato desses profissionais desenvolverem ações de prevenção e promoção da saúde, porém, algo que chamou a atenção foi a apropriação do papel que aparentemente caberia ao educador físico neste espaço por agentes comunitários de saúde.

Partindo desse fato, cabe ressaltar que, apenas em 1998, através da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 287, a Educação passou a ser reconhecida como uma profissão da área da saúde. Diante disso, e observando as datas de produção dos vídeos, pode-se deduzir que a presença do educador físico nos espaços de saúde era até então inexistente. A observação aqui não tem o sentido corporativo, pelo contrário, e sim mostrar o lugar que a educação física ocupa neste recorte específico com o qual este trabalho se propôs a tratar.

5. Considerações finais

O presente trabalho teve como objetivo, a partir do mapeamento dos vídeos de educação em saúde com ênfase na educação física disponibilizados pela videoteca da Fiocruz, evidenciar o papel do Educador Físico como agente de promoção da saúde e explicitar o espaço disponível para atuação desse profissional no campo da saúde. Além disso, buscou-se evidenciar a necessidade de romper o caminho tradicional de enfoque na doença e de refletir sobre a identidade da educação física como profissão atuante na área da saúde em contraponto ao atraso do material oferecido pela Vídeossaúde Distribuidora/Fiocruz.

Essa abordagem ajudou a pensar em concordância com as colocações de Fraga e Wachs (2007), que apesar de reconhecida e legitimada como profissão da área da saúde, a educação física ainda está à margem de uma inserção significativa nesse campo. A partir do material exposto neste trabalho, é possível afirmar que conhecimento produzido no âmbito da atividade física relacionada à saúde ainda tem papel, visivelmente reduzido nos serviços públicos de saúde.

Outro resultado importante do levantamento aqui realizado, é que foram encontrados materiais defasados, pouco direcionados a especificidade da Educação Física ou ainda que apresentasse as questões desenvolvidas em um contexto atual da prática profissional do educador físico, considerando a importância e o caráter estratégico deste profissional no âmbito da saúde e da posição da Fiocruz como a principal instituição de caráter não universitário de formação e qualificação de recursos humanos para o SUS e para a área de ciência e tecnologia, conforme apontado no desdobramento deste TCC.

Nessa perspectiva, tal como Bagrichevsky (2007) defende, os professores de educação física precisam compreender e intervir como educadores e agentes promotores de conhecimentos e práticas corporais éticas em saúde, devendo combinar metodologias e estratégias que associem conhecimento e intervenção vivenciados na esfera dos serviços de saúde

pública. Para tanto o profissional precisa saber avaliar criticamente sua própria atuação e o contexto em que atua, e estar atento à corrente de novas ideias sobre os problemas de saúde e ocupar, efetivamente seu espaço nos espaços de saúde.

Evidenciar o espaço destinado à Educação Física em equipes de saúde não significa negar as competências dos demais profissionais atuantes nessa área, mas sim destacar as especialidades e especificidades da Educação Física como fundamental na composição de equipes multidisciplinares.

Parece fundamental, portanto, revermos o modo como se dá a formação dos profissionais da saúde, que ainda aparece centrada no modelo biomédico e biologicista, e também reavaliar o campo de atuação EF, a fim evidenciar as lacunas existentes, espaços negligenciados e/ou ocupados por profissionais de outra esfera de atuação. Nesse sentido, Menestrina (2005), afirma que a educação física caracteriza um dos campos de conhecimento humano com maiores probabilidades para se transformar no elo que liga as ciências educativas e sanitárias. Para tanto, torna-se necessário o compromisso de profissionais de EF na busca de um embasamento teórico consistente para desenvolver uma prática de educação em saúde coerente e voltada às demandas da sociedade.

Finalmente, espero que esse trabalho contribua para uma reflexão crítica que recupere o papel central educação física como profissão fundamental no âmbito da saúde e, conforme coloca Coutinho (2005), possa, além de estimular discussões que ampliem nossa visão com relação à complexidade dos problemas de saúde que sugerem uma abordagem interdisciplinar e uma equipe multiprofissional, implementar ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, na tentativa de fomentar políticas públicas dirigidas à melhoria das condições de vida da população. E, se assim for, aparecer de modo mais significativo na videoteca da Fiocruz e de outras tantas instituições do campo da saúde.

REFERÊNCIAS

- ACEVEDO, Claudia Rosa; NOHARA, Jouliana Jordan. **Monografia no curso de administração: guia completo de conteúdo e forma**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- ALVEZ-MAZZOTTI, Alda. Usos e abusos do estudo de caso. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 36, n. 129, p. 637-651, set./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01005742006000300007&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 16 nov. 2013.
- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, **A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade** E. N. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004.
- ANJOS, José Luiz Dos. **Corporeidade, higienismo e linguagem**. Vitória: Centro de Educação Física e Desportos - Ufes, 1995. 155 p.
- ARAUJO, José Wellington de. **Ciência e senso comum: a divulgação do conhecimento no campo da saúde**. *Perspect. Ciênc. Informação*, Belo Horizonte, Ed. especial , p.72-93, 2003.
- ARAÚJO, I. **Mercado simbólico: interlocução, luta, poder – um modelo de comunicação para políticas públicas**. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.
- AROUCA, Antonio Sérgio da Silva. **O Dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. Campinas, 1975. 261p.
- BACKES, Marli Terezinha Stein *et al.* **Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico**. *Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.111-117, 2009.
- BAGRICHEVSKY, Marcos. **A formação profissional em educação física enseja perspectivas (críticas) para atuação na saúde coletiva**. In: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe. **Educação física e saúde coletiva**. 2. ed. Porto Alegre: Ufrgs, 2007. Cap. 3, p. 33-45.
- BAGRICHEVSKY, Marcos; ESTEVÃO, Adriana; PALMA, Alexandre (Org.). **A saúde em debate na educação física**. Ilhéus: Uesc, 2007. 3 v.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro8.pdf>. Acesso em: 15 set 2013.
- BRASIL. Constituição (1990). Lei nº 8080, de 19 de janeiro de 1990. **Lei Nº 8.080**. Brasília, DF, Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2013.

BRASIL. Constituição (1998). Resolução nº 287, de 08 de janeiro de 1998. **Resolução Nº 287**. Brasília, DF, 08 jan. 1998. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/241/resol_cns_287_1998_pdf_91145.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2013.

BRASIL. Constituição (2006). Portaria nº 648, de 26 de janeiro de 2006. **Portaria Nº 648/GM de 28 de Março de 2006**. Brasília, DF, 26 jan. 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

BRASIL. Decreto nº 99438, de 07 de janeiro de 1990. **Lei Nº 99438 de 7 de Agosto de 1990**. Brasília, DF

BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Portaria Nº 154 de 24 de Janeiro de 2008**: Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_04_03_08_re.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Promoção da saúde: glossário temático**. Brasília - DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Governo Federal. **Programa academia da saúde**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/academia_saude30_05_2011.pdf>. Acesso em: 10 maio 2013.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção À Saúde - Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: núcleo de apoio a saúde da família. caderno de atenção básica n. 27 Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema único de saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf Acesso em: 09 out. 2013.

BRENDIM, Mariana Pinheiro; REZENDE, Luiz Augusto. Levantamento e análise de vídeos de prevenção e detecção precoce dos cânceres de cabeça e pescoço para educação de fonoaudiólogos. **Ensino, Saúde e Ambiente**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p.52-71, abr. 2009.

BUSS, P.M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência e Saúde Coletiva, 5(1): 163-177, 2000.

BUSS, P.M. **Saúde e qualidade de vida**. In: COSTA, N. do R. e RIBEIRO, J.M. (org.) **Política de Saúde e Inovação Institucional: uma agenda para os anos 90**. 2 ed. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional/Ensp/Fiocruz, 1996.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 871 p.

CARDOSO, Janine Miranda; ARAËJO, Inesita Soares. **Comunicação e saúde**. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França. **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Epsjv, 2008. p. 94-103.

CARDOSO, J. M. **Comunicação, saúde e discurso preventivo: reflexões a partir de uma leitura das campanhas nacionais de Aids veiculadas pela TV (1987-1999)**. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.

CARVALHO, Yara Maria de; CECCIM, Ricardo Burg. **Formação e educação em saúde**. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Cap. 5, p. 137-170.

COUTINHO, Silvano da Silva. **Atividade física no programa de saúde da família em municípios da 5 regional de saúde do estado do Paraná - Brasil**. 2005. 141 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: **Relatório final**. Brasília - Df: Conselho Nacional de Saúde, 1986.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 229 p

FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer; PASINI, Vera Lucia (Org.). **Residência em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. 260 p.

FARANI, Erik Imil Viana. **Educação física na estratégia saúde da família: ferramenta didática para os programas de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus**. 2009. 66 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação Física, Unifoa, Volta Redonda, 2009.

FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe (Org.). **Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. 2. ed. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

FRAGA, Alex Branco; CARVALHO, Yara Maria de; GOMES, Ivan Marcelo. Políticas de formação em educação física e saúde coletiva. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 367-386, 2012.

FENSTERSEIFER, Paulo Evaldo. **A educação física na crise da modernidade**. Ijuí: Unijuí, 2001.

FERLA, Alcino Antonio; FAGUNDES, Sandra Maria Sales (Org.). **O fazer em saúde coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Dacasa, 2002. 244 p.

GARCIA, Maria Alice Amorim et al. **Interdisciplinaridade e integralidade no ensino em saúde**. **Revista Ciências Médicas**, Campinas, v. 6, n. 15, p.473-485 dez 2006. Disponível em: <http://www.iqg.com.br/uploads/biblioteca/Interdisciplinaridade_Integralidade.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2013.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

JACARTA. Quarta Conferência Internacional De Promoção Da Saúde. Organização Mundial de Saúde. **DECLARAÇÃO DE JACARTA**. 21-25 jul. 1997. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/.../cartas_promocao .pdf>. Acesso em 20 ago 2013.

LUZ, Madel T.. **Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental, contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica**. In: CANESQUI, Ana Maria. **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. Sao Paulo: Hucitec, 2000. Cap. 9, p. 181-200.

LUZ, Madel 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**. In: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe. **Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. 2. ed. Porto Alegre: Ufrgs, 2007. Cap. 1, p. 9-16.

MACHADO, Felipe Salles Neves et al. **Utilização da telemedicina como estratégia de promoção de saúde em comunidades ribeirinhas da Amazônia: experiência de trabalho interdisciplinar, integrando as diretrizes do SUS**. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010, vol.15, n.1, pp. 247-254. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100030>>. Acesso em: 15 out. 2013.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: - uma revisão conceitual**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 02, p.335-342, abr. 2007. Bimestral. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>>. Acesso em: 15 out. 2013.

MENESTRINA, Eloi. **Educação física e saúde**. 3. ed. Ijuí: Unijuí, 2005. 112 p.

MERHY, Emerson Elias. **A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas**. 2. ed. Sao Paulo: Hucitec, 2006. 221 p.

MINAYO, Maria Cecília. **Qualidade de vida e saúde:: um debate necessário**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, p.7-18, 2000. Disponível em: <http://adm.online.unip.br/img_ead_dp/35428.PDF>. Acesso em: 01 out. 2013.

MOLINA, Rosane Maria Kreuzburg. O enfoque teórico metodológico qualitativo e o estudo de caso: uma reflexão introdutória. In: MOLINA NETO, Vicente; TRIVIÑOS, Augusto N. S.. **A pesquisa qualitativa na Educação Física: alternativas metodológicas**. 2. ed. Porto Alegre: Ufrgs/sulina, 2004. Cap. 90690200. p. 95-105.

MONTEIRO, Estela Maria Meirelles; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. **(Re) construção de ações de educação em saúde a partir de círculos de cultura: experiência participativa com enfermeiras do PSF do Recife/PE**. Recife: Edupe, 2008. 196 p.

MORAES, A.F. **A diversidade cultural em vídeos relacionados com saúde.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.12, n.27, p.811-22, out./dez. 2008.

MOSQUERA, Juan; STOBÄUS, Claus. **Educação para a saúde: desafio para sociedades em mudança.** Porto Alegre: Universidade, 1983. 110 p.

NEGRINE, Airton. Instrumentos de coleta de informações na pesquisa qualitativa. In: MOLINA NETO, Vicente; TRIVIÑOS, Augusto N. S. **A pesquisa qualitativa na Educação Física.** 2. ed. Porto Alegre: Ufrgs/sulina, 2004. Cap. 90690200. p. 61-93.

OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde. Organização Mundial de Saúde. Carta de ottawa.** nov. 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/.../cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 20 out. 2013.

Parecer nº CNE/CES 0058/2004, aprovado em 18 de fevereiro de 2004. **Diretrizes Curriculares nacionais Para o Curso de Graduação em Educação Física.** Ministério da Educação e Conselho nacional de Educação. Brasília-DF, 2004. Disponível em: <http://www.cref14.org.br/boletim/parecer_conjur_mec.pdf>. Acesso em: 16 out 2013.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia.** Rev. Saúde Pública 2001; 35(1):103-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>>. Acesso em: 16 out 2013.

PERES, Ellen. M. A estratégia de saúde da família e sua ajuda na consolidação do SUS. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.115-24, jan./mar. 2002.

PICCOLI, João Carlos Jaccottet. **Normalização para trabalhos de conclusão em educação física.** 2. ed. Canoas: Ulbra, 2006. 368 p

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Theresinha. **Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade.** In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** 4. ed. Rio de Janeiro: Ims/uerj-cepesc - Abrasco, 2007. p. 201-214.

PITTA, A. M. da R. (Org.). **Saúde e Comunicação: visibilidades e silêncios.** Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995.

Portaria nº 2.488, publicada em 21 de outubro de 2011. **Nova Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde. Brasília - DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.htm> Acesso em 05 mai 2013.

RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da saúde: a construção social de um conceito.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 228 p.

Resolução nº 218; aprovada em 06 de março de 1997. **Reconhece Profissionais da Saúde de Nível Superior.** Conselho Nacional de Saúde,

Brasília – DF, 1997. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_97.htm Acesso em: 18 out 2013

ROCHA, C. M. V. da: '**Comunicação social e vacinação**'. História, Ciências, Saúde Manguinhos, vol. 10 (suplemento 2): 795-806, 2003.

RONDELLI, Elizabeth. Mídia e saúde: os discursos se entrelaçam. In: PITTA, Áurea M. da Rocha (Org.). **Saúde & Comunicação. Visibilidades e silêncios**. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1995. p. 38-47

SAUPE, Rosita; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin. **Pedagogia interdisciplinar: “educare” (educação e cuidado) como objeto fronteiriço em saúde. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 2, n. 15, p.326-333, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/tce/v15n2/a17v15n2.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2013.

SCHERER, Magda Duarte Dos Anjos; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves. **Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. Rev. Saúde Pública**, Brasília, v. 4, n. 43, p.721-725, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n4/90.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

SILVA, Quelen Tanize Alves da; CABALLERO, Raphael Maciel da Silva. **A micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: devir-residência**. In: FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer;

SOUSA, Isabela Cabral Félix de. **Sucesso e fracasso numa experiência de educação em saúde**. Revista de Educação e Ensino – USF, Bragança Paulista, v.4, n.1, p.39-44, Jan./Jun. 2001.

PASINI, Vera Lucia. **Residência em saúde coletiva: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Ministério da Saúde, 2010. p. 61-73.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc/uerj, Ims: Abrasco, 2005. 228 p.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Cepesc/uerj, Ims: Abrasco, 2005. 320 p.

SOUZA, Dayse Maria Moraes e (Org.). **A prática diária na estratégia da saúde da família**. Juiz de Fora: UFJF, 2011.

VANOYE, Francis; GOLIOT-LÉTÉ, Anne. **Ensaio sobre a análise fílmica**. Trad. Marina Appenzeller. Campinas, SP: Papyrus, 1994.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p