

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA**

ANDREA ZIN HUBBE PACHECO

**O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM HOSPITAL DE ALTA
COMPLEXIDADE**

Porto Alegre

2017

ANDREA ZIN HUBBE PACHECO

**O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM HOSPITAL DE ALTA
COMPLEXIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Comissão de Graduação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do Título de Bacharelado em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Fernando Silva Bilibio

Porto Alegre

2017
O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM HOSPITAL DE ALTA
COMPLEXIDADE

Conceito final:

Aprovado em de de

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Martha Roessler – UFRGS

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado à minha mãe, Maria Nazaré de Souza Zim, a pessoa mais especial da minha vida, aquela que sempre me apóia em todos os momentos, a mulher que me incentivou a chegar até aqui. Dedico também ao meu pai, Cláudio José Hubbe Pacheco, que infelizmente não está mais entre nós, mas que sempre estará presente em minha mente e em meu coração.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Luiz Fernando S. Bilibio, pela atenção e ajuda a mim dispensada.

À minha mãe, por todo amor, compreensão, empenho, dedicação, suporte emocional, financeiro e principalmente pelo encorajamento nas tomadas de decisões, transmitindo sempre muita confiança.

À minha supervisora do estágio curricular no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Michele Casser Csordas, que foi peça fundamental para que este trabalho fosse concluído, me orientando, ajudando com suas informações, com toda sua paciência e conhecimento na área, a qual me encantou e virou tema para o presente trabalho de conclusão.

Aos meus colegas da equipe de Educação Física da Unidade de Internação Pediátrica: Monique, Débora, Eliane, Jhonatan, Maurício, Rita, Leandro e Anne. Cada um de vocês me ensinou um pouco, me ajudou e foi parte para que esse trabalho fosse possível.

Aos meus filhotes de quatro patas, que ficaram sempre ao meu lado, não importa quantas horas eu estivesse escrevendo, com seus olhares de carinho e compreensão.

Agradeço ainda à minha amiga querida Bruna Ruaro, que me presenteou com um computador, no momento em que o meu estragou e me vi sem alternativas para seguir escrevendo.

A todos vocês, o meu mais sincero muito obrigado de coração!

*O que você pensa você cria,
O que você sente você atrai,
O que você acredita torna-se realidade.*

Buddha

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar as competências e atuação requeridas do Profissional de Educação Física na área da promoção da saúde, bem como sua importância na equipe multidisciplinar, mais especificadamente como profissional atuante dessa equipe na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) de um hospital de alta complexidade, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul.

Desta forma, compreendo que o presente trabalho pode contribuir com a formação do Bacharelado no curso de Educação Física, por apresentar informações e reflexões pertinentes do atual cenário de inserção do Profissional de Educação Física (PEF) no Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo ao bacharelado, um olhar mais próximo da nova realidade do aumento das políticas públicas voltadas para a promoção de saúde, aonde o PEF é cada vez mais requisitado, sendo o profissional capaz e habilitado para mostrar aos pacientes, com base científica, os benefícios e a execução correta dos exercícios físicos. As reflexões e conclusões deste trabalho levam a crer que o PEF em um hospital de alta complexidade da rede pública de saúde é capacitado para trabalhar junto às equipes multidisciplinares de saúde, atuando na prevenção de diversas enfermidades, reduzindo os danos e agravos de doenças através das práticas corporais.

Palavras-chave: Profissional de Educação Física; Hospital de alta complexidade; Unidade de Internação Pediátrica; SUS; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the competencies and performance required of the Physical Education Professional in the area of health promotion, as well as its importance in the multidisciplinary team, more specifically as a working professional of this team in the Pediatric Internment Unit (UIP) of a hospital of high complexity, the Clinical Hospital of Porto Alegre, in Rio Grande do Sul.

In this way, I understand that the present work can contribute to the formation of the Bachelor in Physical Education, for presenting relevant information and reflections of the current scenario of insertion of the Physical Education Professional (PEP) into the Unified Health System (SUS), offering a closer look at the new reality of the increase of public policies aimed at health promotion, where PEF is increasingly required, and the professional is capable and able to show patients, on a scientific basis, the benefits and correct execution of physical exercises. The reflections and conclusions of this work lead to believe that the PEF in a hospital of high complexity of the public health network is able to work with the multidisciplinary health teams, acting in the prevention of various diseases, reducing the damages and diseases through practices

Keywords: Physical Education Professional; Hospital of high complexity; Pediatric Hospitalization Unit; SUS; Health promotion.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1 A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA.....	12
2.2 O CAMPO DE ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA.....	19
2.2.1 A Atuação e competência do profissional de Educação Física no SUS (rede pública)	21
2.3 O HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE.....	26
2.4 A UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA E O SERVIÇO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E TERAPIA OCUPACIONAL	30
3 METODOLOGIA.....	34
3.1 DESCRIÇÃO DO HOSPITAL.....	35
3.2 DESCRIÇÃO DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA.....	36
3.3 DESCRIÇÃO DOS PACIENTES.....	37
3.4 OBSERVAÇÃO DOS PACIENTES.....	38
4 DISCUSSÃO.....	41
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS.....	47

1 INTRODUÇÃO

O bacharelado em Educação Física ocorreu de maneira muito rápida na minha trajetória acadêmica. Com uma mudança de estado marcada para o início do próximo ano, tive de tomar decisões rápidas para minha formação. Ao buscar o tema mais apropriado para o presente trabalho, procurei algo que não só fosse de meu interesse, como algo que fosse desafiador, novo, motivador e diferente de tudo que eu já estava habituada no âmbito da Educação Física.

O Profissional de Educação Física atuante na área da saúde (em hospitais, CAPS, UBS, ESF) não era do meu conhecimento, até ingressar no curso de Educação Física da UFRGS e despertou o meu real interesse na disciplina eletiva de Saúde Mental. A partir daí foi que amadureci a ideia de estagiar na área da saúde, visto que nas demais áreas eu já possuía experiência e sempre prefiro optar por um novo caminho.

O estágio curricular do bacharelado em Educação Física na área da saúde é realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e a unidade a qual iremos atuar depende do número de vagas disponíveis e dos horários de atendimento. Desta forma, encontrei certa dificuldade em conseguir uma vaga, pois meus horários eram sempre incompatíveis, até que fui acolhida na Unidade de Internação Pediátrica do hospital.

A UIP do HCPA conta com o atendimento de uma equipe multidisciplinar, na qual se inserem os PEF e seus respectivos supervisores, residentes e estagiários, que trabalham e atendem as crianças internadas no hospital na sala de recreação da área da pediatria e nos leitos, quando assim for necessário para o paciente.

Ao desenvolver meu estágio, pude analisar e aprender na prática as funções e competências de um PEF inserido na área de saúde, vivenciando as dificuldades, desafios, preconceitos, os benefícios da Educação Física e do atendimento multidisciplinar para os “pequenos” pacientes.

Ao longo deste trabalho, busco responder às seguintes questões:

- a) Qual a importância da atuação do PEF na rede pública de saúde?
- b) Qual a importância do PEF numa equipe de atendimento multidisciplinar, num hospital de alta complexidade (HCPA)?
- c) Qual a importância do PEF na UIP do HCPA?

Este trabalho será estruturado em cinco partes, que serão apresentadas de maneira a convidar o leitor a inteirar-se sobre o PEF e sua atuação na área da saúde, os desafios e as realidades vividas por mim, como estagiária de Educação Física na UIP do HCPA.

A primeira parte trata da introdução e aproximação ao tema do meu relato de experiência reflexivo. A segunda parte é uma revisão bibliográfica sobre os temas envolvidos no trabalho: a formação do PEF, o campo de atuação do PEF, a atuação e competência do PEF no SUS (rede pública), o hospital de alta complexidade, a Unidade de Internação Pediátrica e o Serviço de Educação Física e Terapia Ocupacional.

Na terceira parte, apresento a metodologia utilizada para escrever o presente trabalho. Na quarta parte, apresento um relato reflexivo das experiências desenvolvidas no estágio, com as reflexões empreendidas, em diálogo com os autores que as subsidiam. Por fim, finalizo com as considerações finais da pesquisa e as referências utilizadas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, apresento a revisão de literatura que me permitiu orientar as reflexões e ampliar o conhecimento sobre o tema deste trabalho, tomando como base livros e periódicos sobre os assuntos em questão: o PEF com suas competências e atuação requeridas, a importância deste profissional em uma equipe multidisciplinar da rede pública de saúde, em específico, na Unidade de Internação Pediátrica de um hospital de alta complexidade.

2.1 A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Ao longo dos últimos anos, os objetivos e propostas da Educação Física foram se modificando e, de algum modo, todas estas tendências ainda hoje influenciam a formação do profissional da área. A Educação Física não apresenta uma única forma de pensar, de educar, de apresentar e de desenvolver a disciplina tanto na área da licenciatura, quanto no âmbito do bacharelado.

Atualmente, se fala muito sobre a importância da prática de exercícios físicos para a manutenção da saúde física e dos aspectos psicológicos e sociais do indivíduo. Sendo assim, a atuação do Profissional de Educação Física coloca-se, cada vez mais, em evidência na sociedade dos dias de hoje. O exercício físico é considerado muito mais que um simples cuidado com a saúde, ele é um estímulo para indivíduos de todas as idades e que, além disso, proporciona um maior bem-estar tanto físico, como mental e emocional, bem como uma melhoria significativa na qualidade de vida e o aumento da expectativa de vida, pois ele está associado, diretamente, à promoção da saúde dos praticantes. O exercício físico passou a fazer parte da rotina de muitos indivíduos e não mais somente pela busca do corpo perfeito, do padrão estético da moda, mas sim porque já se tornou um hábito em busca da saúde.

A Educação Física estuda as competências de alunos nas escolas (âmbito da licenciatura) e de alunos em clubes, academias, estúdios, alunos de personal trainer (âmbito do bacharelado) trabalhando os mais diversos aspectos, como: raciocínio lógico, reflexão, equilíbrio, coordenação motora, respeito ao próximo, socialização, inclusão, cooperação, interação com o meio ambiente e anatomia corporal.

Segundo os Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL, 1997), a Educação Física desenvolve o espírito de cooperação em benefício da coletividade, trabalhando a percepção das diferenças e limites. Abrange trabalhos de diversas formas e com diferentes indivíduos,

independentemente de idade, classe social, sexo, religião, etnia, cultura, idade, presença de alguma deficiência física ou mental e gestantes, estes últimos por sua vez sempre com acompanhamento médico.

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Educação Física, de 18/02/2004¹, o curso de Licenciatura em Educação Física forma profissionais exclusivamente para a Educação Básica, ou seja, aqueles que atuam como docentes nas escolas de Educação Infantil e dos Ensinos Fundamental e Médio. O PEF licenciado poderá também atuar em pesquisas relacionadas ao ensino e suas conexões com outras áreas de estudo; portanto, os novos licenciados não podem atuar em academias, clubes, hospitais e outros espaços não escolares. Por sua vez, o curso de bacharel em Educação Física forma profissionais para a área não escolar, como: clubes, academias, centros comunitários, hotéis, associações recreativas, área da saúde, empresas de preparação física, esporte de alto rendimento entre outros, sendo excluída, de sua formação, a possibilidade de atuar na Educação Básica.

O principal objetivo do curso de Bacharelado em Educação Física é formar um profissional capaz de atuar no planejamento, na orientação e na avaliação de programas de atividades físicas e saúde para grupos de crianças, jovens, adultos e idosos em condições saudáveis ou indivíduos que pertencem aos grupos especiais (com fatores de risco, portadores de deficiência, gestantes, etc). O PEF bacharel pode realizar pesquisas nessas áreas, entretanto, não poderá atuar no ensino formal escolar.

Sendo assim, existem professores ligados à Educação Física Escolar e os profissionais ligados a programas de atividade física no atendimento de diferentes necessidades da população, criando um novo perfil de PEF, que não está ligado somente ao ensino escolar, mas a um novo e crescente mercado, constituído pelos alunos que freqüentam os clubes, as academias, as empresas, os condomínios e os alunos de personal trainers, em que a atuação é direcionada não mais somente a executar habilidades, mas também em saber como e o porquê executar. (GHILARDI, 1998).

Perante esse cenário atual, passa a ser necessário ampliar a formação do PEF, tornando o mesmo, um profissional capacitado para atuar no atendimento de saúde nos níveis primário, secundário e terciário, que se desenvolverão tanto nos Programas de Saúde da Família, quanto em ambiente ambulatorial ou hospitalar, formando assim um profissional habilitado para lidar com todas as especificidades do seu campo de atuação.

¹ Parecer CNE/CES n°58, de 18 de fevereiro de 2004. Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física.

Segundo Dessbesell e Caballero em seu artigo *Educação Física, Currículo e formação para o campo da saúde: alguns movimentos possíveis*² (2016, p. 113), para formar um PEF, houve um conjunto de movimentos histórico-sociais e técnico-científicos ocorrendo simultaneamente, por momentos convergindo e, em outros, colidindo, produzindo a atuação do PEF no sistema brasileiro de saúde. São três os principais movimentos que colaboraram para o currículo e formação do PEF no campo da saúde, campo de interesse do presente trabalho.

O primeiro movimento, podemos chamá-lo de *(trans)formação de profissionais em saúde e Educação Física*, ele tem seu início no momento em que o Conselho Nacional de Educação aprovou em 2001 e 2004 as primeiras versões de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação da área da saúde, buscando a consolidação do SUS e reconhecendo uma de suas atribuições constitucionais (“ordenador da formação de profissionais de saúde”). Essa foi uma iniciativa que contemplava duas necessidades quando se buscava qualificar trabalhadores em saúde:

- acompanhar a ampliação do conceito de saúde (desde a formulação inicial da Organização Mundial de Saúde, como “bem-estar físico, mental e social”, passando pela compreensão constitucional do processo saúde-doença como “decorrência das condições de vida e trabalho, bem como do acesso igualitário de todos aos serviços de promoção e recuperação da saúde, tendo como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e à participação social”).

- romper com a matriz tecnicista da formação profissional (composta principalmente por “currículos mínimos”, transmissão de informações e treinamentos supervisionados).

Importante ressaltar que houve certo alinhamento entre as diferentes profissões, depois disso, especialmente para possibilitar o desenvolvimento da competência de trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Desta forma, ficou nacionalmente consolidada a redação de que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde.

Para a formação em Educação Física, o texto das DCN, especificamente nos itens mais diretamente relacionados com o campo da saúde, merece destaque: “intervenções profissionais nos campos da prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, incluindo o diagnóstico de interesses, expectativas e necessidades das pessoas (crianças, jovens, adultos,

² Artigo extraído do livro *Educação Física e Saúde Coletiva, Cenários, experiências e artefatos culturais*, organizado por Wachs, Almeida e Brandão.

idosos, pessoas portadoras de deficiência, de grupos e comunidades especiais)”. (BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2004).

A partir dessa constatação da diferenciação do registro de comprometimento político profissional em Educação Física na área da Saúde, surge uma questão: por quê? Algumas possibilidades exploradas dizem respeito à origem profissional, profundamente inscrita no campo das Ciências Humanas – área da Educação, com a formação em licenciatura – e ingresso “oficialmente” posterior na Saúde (bacharelado). Essa aproximação é recente, principalmente se consideramos como ponto de referência a Resolução 218 do Conselho Nacional de Saúde, de 1997, que declara a importância da atuação interdisciplinar e multiprofissional para a resolutividade das ações em saúde. A afirmação culmina com uma listagem de “profissionais de saúde de nível superior”, o que inclui pela primeira vez a Educação Física como inerente à área da saúde.

Outro importante ponto para compreender a transformação dos PEF em profissionais da saúde foi a publicação de 2006, da Portaria nº 687, pelo Ministério da Saúde, aprovando a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Nota-se que as ações prioritárias, desde o início dessa política, dialogam com o incentivo a ambientes livres do tabaco e com incentivo às ações de estímulo a uma alimentação saudável e “incentivo à prática de atividade física”, conforme os consensos de recomendações científicas vigentes. Mesmo com esses destaques, internamente vinculados com o âmbito da vigilância em saúde, as ações propostas no âmbito da promoção da saúde estão ligadas da área de Atenção Básica, tendo em vista que a execução no próprio lugar exige profissionais e serviços não subordinados especificamente à vigilância em saúde. Assim, houve encontro e negociação de diferentes perspectivas para a pactuação do objetivo geral da PNPS, que é:

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

Esses elementos indicam que as práticas para a promoção da saúde estão fortemente ligadas à atenção básica, especialmente em espaços públicos. A primeira versão da PNPS também trazia sete eixos prioritários, cabendo destacar para interesse deste trabalho, que um deles era “prática corporal/atividade física”. Esse eixo, ao detalhar suas ações específicas na rede de atenção básica e nas comunidades, buscava não somente ofertar práticas corporais/atividades físicas (caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas

e de lazer), mas também mapear e apoiar ações similares já existentes nos serviços de saúde. Esses apontamentos tornam-se importante para análise das atividades demandadas aos PEF, considerando-os como principais executores de práticas corporais para a promoção da saúde.

O segundo movimento foi o: *encontros e desencontros entre formação e atuação em Educação Física*.

A formação superior em Educação Física é discutida por diferentes perspectivas teóricas e é um tema de estudo que aponta diferentes questionamentos, como por exemplo, os estudos sobre a “esportivização” do currículo (GONZÁLEZ, 2004; BRACHT, 1999; BRACHT et al., 2003), a identidade profissional (SANTINI; MOLINA NETO, 2005) ou então os estágios profissionais na formação inicial (SCHERER, 2008). Os conflitos em relação ao currículo da área em diferentes aspectos indicam que essas preocupações em relação à formação superior, assinalam para elementos que até hoje parecem não terem sido superados, como o currículo tradicional-esportivo e o currículo de orientação técnico-científica. (BETTI; BETTI, 1996).

Em ambos os modelos a prioridade está na execução, permanecendo a orientação técnica e prática como principais elementos da formação em Educação Física. Ou seja, os estudantes dos cursos nesse modelo, reproduzem a execução, porém não aprendem a recriá-la em diferentes espaços de atuação. A forma de trabalho em relação ao esporte que ensina em uma escolinha, por exemplo, será a mesma na escola de educação básica, mesmo que sejam instituições com propósitos completamente diferentes.

O movimento renovador da Educação Física brasileira, que teve início por volta dos anos 2000, influenciou outras manifestações da cultura corporal e disciplinas provenientes das ciências humanas e sociais, bem como das ciências naturais têm se estabelecido no currículo (GONZÁLEZ, 2004).

No final do século passado, Daolio (1998, p. 111-112), mesmo tratando do currículo esportivizado, descreve e que exemplifica a tradição dos cursos de graduação em Educação Física, pois estes:

[...] pouco conseguem tratar o esporte [por exemplo] nas suas dimensões históricas, culturais, sociológicas, econômicas, como fenômeno de marketing, etc. A grande quantidade de horas nas disciplinas que tratam o esporte nos cursos de formação profissional em educação física ainda é destinado aos aspectos técnicos das modalidades, fazendo que os alunos, futuros professores, pratiquem os fundamentos esportivos na duvidosa premissa de que basta aos alunos saberem fazer para saberem ensinar futuramente.

Desta maneira, quando os estudantes e recém formados chegam aos serviços de saúde não conseguem tratar das práticas corporais em uma perspectiva de ferramenta terapêutica (GONZÁLEZ, 2014). Nesse sentido, entre as características encontradas em diversos relatos de experiência de práticas corporais na Atenção Básica (CABALLERO, 2015) e, portanto, uma possível demanda para novos profissionais de Educação Física, destaca-se a ampliação dos objetivos das práticas corporais, assim como as diferentes motivações para oferecer essas práticas. Não é evidente a necessidade de uma especificidade profissional, mas um conjunto de características importantes na equipe que desenvolve as atividades.

No entanto, a abordagem “médico-centrada” que permeia a formação em Educação Física, pouco consegue se articular com um projeto de atuação interdisciplinar e de acordo com os princípios do SUS. Na formação em saúde dos cursos de graduação, predominam ainda as disciplinas de abordagem curativa, prescritiva e ao atuar nessa perspectiva, “o PEF subordina o usuário aos procedimentos estabelecidos como verdadeiros e aptos a proteger e produzir a saúde do usuário, sendo um processo de trabalho que tem o usuário como objeto de intervenção tecnocientífica” (CECCIM; BILIBIO, 2007, p.56). Por outro lado, esses mesmos autores entendem que a Educação Física é a área que:

[...] mais propriamente pode recolocar a dimensão corpórea da existência subjetiva na prática cuidadora, retirando o corpo do lugar instrumental da atividade física para o lugar do desejo e da energia vital que se impulsiona ao contato com as sensações, ao contato/encontro com o outro de maneira concreta, real (não em tese, não em filosofia do cuidado), mobilizando junto com um corpo de ossos e músculos, um corpo de afetos e da expansão da experiência humana (CECCIM; BILIBIO, 2007 p.54).

O terceiro movimento é o: *por onde passa o currículo da formação superior em Educação Física*. Ao fazer uma busca sobre análises de currículos de graduação em Educação Física, destacam-se alguns aspectos como a precarização da formação, o impacto das mudanças curriculares e marcos regulatórios.

Referente à formação superior em Educação Física e saúde, Pinto (2012) analisou a categoria saúde e seu tratamento nos currículos de graduação em Educação Física em cinco distintas universidades. A conclusão foi de que a saúde e sua relação com a Educação Física precisa ser organizada de modo que compreenda, como seu tema central, a relação que o homem estabelece entre a cultura corporal e a saúde. Anjos e Duarte (2009) trazem as questões relacionadas ao currículo e à saúde, ao pesquisar currículos de graduação em Educação Física analisando os objetivos dos cursos, as disciplinas relacionadas à saúde, a

existência das disciplinas de Saúde Coletiva e Saúde Pública e, por fim, a existência de disciplinas de estágio em saúde. As autoras concluem que não há direcionamento dos cursos para o campo da saúde, sendo que os bacharéis têm mais respaldo em saúde do que os licenciados, bem como predominam as disciplinas de abordagem curativa, prescritiva.

Um artigo publicado pela Revista Movimento na ocasião das comemorações dos 70 anos da ESEF/ UFRGS³ Fraga et al. (2010) evidenciaram seis elementos que mobilizaram alterações curriculares marcantes naquela escola entre 1941 e 2010. De modo mais específico, destacam o elemento no qual constatam que o marco regulatório educacional pressionou os cursos de formação da ESEF/UFRGS em três momentos específicos: federalização da escola em 1970, mudanças curriculares de 1987 e divisão licenciatura/bacharelado em 2005 (FRAGA et al., 2010). Este último movimento de divisão da formação exemplifica um ponto de discussão e disputa da área em função da Resolução n. 7/2004, de 31 de março de 2004, que instituiu as Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em Educação Física mencionando os termos “graduado” e “licenciado” (BRASIL, 2004), tornando um profissional e outro professor, os quais tem suas atuações monitoradas pelos Conselhos Regionais de Educação Física e Conselho Federal de Educação Física (CREF/CONFED) tanto na escola básica como nos serviços do SUS.

Quando os três movimentos entram em sincronia fica mais evidente como ainda é nova a área de intervenção no SUS, deixando aparente que a articulação da formação em Educação Física com os princípios e diretrizes desse sistema ainda tem um longo percurso a ser feito. A tradição curricular da formação superior da área reproduz a subordinação aos pressupostos da parametrização biomédica, a abordagem curativa e prescritiva, muito disso pela necessidade de desvincular-se da formação para a educação básica e consolidar-se na área da saúde. Contudo, para a área profissional da Educação Física é importante ressaltar que, considerando-se a permanência das controvérsias entre prática de Educação e prática de Saúde: a relevância da presença do PEF na atenção básica exige não se eximir dos saberes em Educação, inclusive os escolares como, práticas pedagógicas, habilidades docentes, experiência em organização de coletivos de aprendizagem, apropriação dos saberes em ciências humanas e práticas culturais, noções de educação em saúde, entre outros conhecimentos e práticas associados predominantemente com a formação em licenciatura. Já as práticas corporais parecem efetivamente não representar campo e domínio exclusivo da Educação Física, porém muito potencializadas pela presença desse profissional. Sendo assim, se faz necessária a qualificação de todo processo de constituição de trabalhadores vinculados

³ Atualmente é ESEFID (Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança) da UFRGS.

à Educação Física e à área da Saúde, oportunizando união entre concepções políticas alinhadas com saúde ampliada, desenvolvendo competências em currículos disparadores e inovadores, culminando em práticas corporais terapêuticas e resolutivas. Resumindo é uma profissão efetivamente promotora de saúde.

2.2 O CAMPO DE ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO FÍSICA

O campo de atuação do PEF, ou seja, do bacharel em Educação Física é cada vez mais amplo e diversificado, migrando do tradicional trabalho em academias e atuando na intervenção das áreas de preparação desportiva, fitness e da promoção da saúde, trabalhando com todas as faixas etárias e também com pessoas portadoras de necessidades especiais. O PEF também desenvolve trabalhos/estudos nas diversas áreas como fisiologia, educação, pesquisa científica, psicologia, filosofia e desporto. Sua prática profissional é amplamente diversificada e conta com a criatividade e inovação de novas áreas e linhas que surgem diariamente.

O profissional bacharelado em Educação Física também pode desenvolver atividades relacionadas aos campos da educação e reeducação motora, da formação cultural e esportiva, da prevenção e promoção da saúde, do lazer, da gestão de eventos e da inclusão, proporcionando vivências e experiências de solidariedade, cooperação e superação, cuidando da promoção de benefícios para a sociedade em que está inserido, por meio do desenvolvimento de habilidades motoras, e criando perspectivas de uma visão ampla do contexto sócio-político-educacional, além de manter atitudes, valores, conhecimentos e ética profissional, promovendo a qualidade de vida da população mediante atividades e exercícios corporais.

O trabalho do PEF, segundo Battaglion Neto (2003), se desenvolve tendo como referencial central o ser humano e seu corpo, vista como uma ação transformadora, norteadas por uma visão de corporeidade e movimento, compreendendo o homem como um todo.

Segundo o artigo da Revista Brasileira de Educação Física e Desportos citado por Steinhilber (1996):

“hoje, quando a Educação Física ocupa posição de destaque na programação de todos os Governos, ao Professor de Educação Física está reservado um papel especial no engajamento nacional, com vistas ao desenvolvimento sócio – econômico do contexto”.

Já Santos (2000), amplia essa reflexão ao apresentar a área hospitalar como um campo de atuação em potencial e em crescimento para o PEF. Portanto, esse mesmo autor ressalta que ainda é rara a presença do PEF nessa área de atuação, pois quando se fala em Educação Física, é comum remeter-se à atuação desse profissional em escolas, academias, clubes, enfim, tudo que está relacionado a movimento humano, desconsiderando assim a sua importância como um profissional da área da saúde, atuando, por exemplo, na rede hospitalar.

Com a separação das áreas de atuação do PEF em bacharelado e licenciatura, os PEF habilitados no bacharelado não se limitam mais a escolas e formação de alunos. Esses profissionais podem atuar em academias de ginástica e musculação, como personal trainers, com formação de equipes esportivas em escolinhas de esportes, em clubes com qualquer modalidade esportiva, artes marciais, dança, capoeira, escolas de ensino especial, centros de reabilitação, em escolas de natação e demais atividades aquáticas, em empresas e locais que demandem a ginástica laboral, gerenciamento e administração de qualquer local que se destine à prática de atividade física e até mesmo em hospitais com reabilitação de pacientes operados e também na prevenção de doenças nas Unidades Básicas de Saúde da rede pública, atuando em equipes multidisciplinares (médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e demais profissionais do serviço de reabilitação). Importante enfatizar que é de extrema importância o trabalho dos PEF na prescrição de exercícios físicos como forma de prevenção às doenças crônicas degenerativas.

Nas áreas médicas, o PEF pode atuar com serviços de reabilitação e manutenção da saúde (condicionamento físico), recuperando o indivíduo e promovendo o desenvolvimento educacional, social, moral e afetivo, buscando o bem-estar e reintegrando o paciente em fase final de tratamento, ou já recuperado, à vida normal e ao seu antigo cotidiano, que certamente sofreu algumas modificações após o tratamento. O PEF também realiza trabalhos de ginástica, alongamento, consciência corporal e respiratória, visando reforço do tônus muscular e melhoria da flexibilidade e como meio de socialização (SANTOS, 1999).

O PEF deve saber se posicionar em uma equipe multidisciplinar, entendendo os atos interdisciplinares, e saber não somente se colocar em discussões da equipe, mas conhecer o funcionamento da rotina do ambiente em que trabalha – no caso, os hospitais, clínicas e postos de saúde. Esse campo de atuação é um espaço totalmente diferente do usual campo de atuação do PEF, mas em momento algum esse profissional deve desviar o objetivo de sua presença naquele ambiente e atendimento, ao qual se dispõe a atuar profissionalmente (SANTOS, 2000).

2.2.1 A Atuação e competência do Profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde (SUS, rede pública)

A atuação da Educação Física nos serviços de saúde ainda é um campo relativamente novo e em construção. Com certo conhecimento na saúde mental, desbrava a Atenção Básica por chamamentos daqueles que são “de fora” da área. Incentivos governamentais colocam o PEF em destaque nas ações de Promoção da Saúde. O lançamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008, e do Programa Academia da Saúde, em 2011, tornaram o debate acerca das intervenções da Educação Física no SUS mais frequente.

O Sistema Único de Saúde foi criado sob a premissa de que a saúde é direito de todos e dever do Estado, definido por meio da Constituição Federal de 1988, no Artigo 196⁴, de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação popular, respeitando os princípios de universalidade, integralidade e igualdade, firmados na própria Constituição.

A Lei Federal nº 8.080/90 diz que o SUS é o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta ou indireta e das fundações, mantidas pelo poder público e complementarmente pela iniciativa privada. É um sistema universal, regionalizado e hierarquizado, que integra o conjunto de ações de saúde da União, estados, Distrito Federal e municípios. Cada esfera de gestão (federal, estadual e municipal) possui funções e competências específicas e articuladas entre si.

Segundo o Conselho Nacional de Saúde⁵ (CNS), o SUS promove a justiça social atendendo todos os indivíduos, independente da cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda, pois todo cidadão é igual perante o SUS. É o maior sistema público de saúde do mundo, atendendo cerca de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas dependem exclusivamente do sistema para tratar da saúde.

Os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar cada necessidade; o SUS deve tratar igualmente os desiguais. As ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e a cura, fazendo com

⁴ “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Disponível em: www.conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaoafederal.pdf. Acesso em: 01 de dezembro de 2017.

⁵ Disponível em: www.conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/sus. Acesso em: 01 de dezembro de 2017.

que as ações de promoção, prevenção e recuperação formem um todo indivisível, que não pode ser separado (BRASIL, 1990) ⁶.

O Programa Saúde da Família (PSF), também está incluso no SUS. Este programa foi criado pelo Ministério da Saúde, dando uma nova abordagem e orientação ao modelo de assistência à saúde da comunidade, por meio de uma equipe multidisciplinar, em Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizado em uma área geográfica estabelecida, com o objetivo e o propósito de acolhimento, atendimento e acompanhamento de um número fixo de famílias pertencentes a essa área definida, cadastradas nessa unidade, com o intuito maior de promover, prevenir, recuperar a assistência à saúde e tratar os indivíduos sadios e doentes, além de prevenir os riscos e agravos que possam vir a acometer essa população.

Em 24 de janeiro de 2008, por meio da Portaria nº 154, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs)⁷, nos quais o PEF passa a trabalhar diretamente no SUS, dentro das UBSs, mais especificamente nas Unidades com Estratégia de Saúde da Família, onde desenvolvem um trabalho multidisciplinar, em parceria com outras categorias profissionais. Sua criação está baseada em ações de promoção da saúde destinadas a garantir condições de bem-estar físico, mental e social. As práticas corporais/atividades físicas devem ser concebidas na perspectiva da saúde humanizada, integral, levando em conta os aspectos socioculturais, econômicos, políticos e históricos da região onde tais práticas serão concebidas.

As diretrizes do NASF (2013, p. 11) apontam como um dos aspectos normativos:

O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, como foco nas práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da equipe de SF.

A Portaria nº154 aponta a existência de duas modalidades de NASF, sendo o NASF 1 e o NASF 2. A equipe do NASF 1 deve ser composta por, no mínimo, cinco profissionais com formação universitária, vinculando de oito a 20 Equipes Saúde da Família, havendo nelas:

⁶ Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – CAPÍTULO II – Dos Princípios e Diretrizes. Disponível em: www.conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080. Acesso em: 01 de dezembro de 2017.

⁷ [...] Dentro do escopo de apoiar à 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 APS no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.

- a) Psicólogo;
- b) Assistente Social;
- c) Farmacêutico;
- d) Fisioterapeuta;
- e) Fonoaudiólogo;
- f) Médico Ginecologista;
- g) Profissional de Educação Física;
- h) Médico Homeopata;
- i) Nutricionista;
- j) Médico Acupunturista;
- k) Médico Pediatra;
- l) Médico Psiquiatra;
- m) Terapeuta Ocupacional.

No NASF 2, a portaria indica que deverá ter, no mínimo, três profissionais com formação universitária, vinculando, no mínimo, três Equipes Saúde da Família, havendo nelas:

- a) Psicólogo;
- b) Assistente Social;
- c) Farmacêutico;
- d) Fisioterapeuta;
- e) Fonoaudiólogo;
- f) Profissional de Educação Física;
- g) Nutricionista;
- h) Terapeuta Ocupacional.

Atualmente, falar de saúde não se restringe apenas às ações médicas. A saúde coletiva trabalha no sentido da multidisciplinaridade entre diferentes áreas do conhecimento nas várias atuações no campo da saúde, “[...] subestimado a importância de intervenções fora do núcleo médico, pouco investigando sobre a eficácia do autocuidado, da educação em saúde e da autoanálise [...]”, e desvalorizado “[...] o papel da alimentação e dos estilos de vida na produção de saúde” (COQUEIRO, 2006). Todas essas ações são pensadas para trabalhar ações conjuntas no âmbito da saúde pública.

Diante dessas ações, torna-se importante o trabalho do PEF junto às equipes de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). O PEF tem grande importância na prevenção de doenças e na promoção/manutenção da saúde da população. Dentre todos os profissionais, ele é o responsável pela condução e coordenação dos NASFs.

Mas mesmo estando especificado nas leis, o papel da Educação Física no SUS não é nitidamente definido e delimitado, exceto, e é claro, quando se assume equivocadamente que o PEF está nos serviços de saúde somente para dar conta de atividades físicas para pessoas em condição de doenças crônicas. Esta situação pode ocorrer, porque uma grande maioria de PEF a formação inicial foi, e ainda muitas vezes é, enraizada nas ciências biomédicas. Estes profissionais ainda têm uma compreensão do processo saúde-doença com predomínio biologicista, trabalhando com indicativos de uma responsabilização individual pela saúde e dando ênfase em ações que visam o aprimoramento das capacidades físicas e à repetição dos movimentos (FÉLIX et al., 2014).

A ideia de prescrição de exercícios à ordem médica é ainda identificada com a lógica da doença e carrega a historicidade da Educação Física enquanto disciplina higienista, “do corpo disciplinado, forte e saudável em uma sociedade ordenada, limpa e moralizada” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Pensar as intervenções da Educação Física pautadas pela lógica da doença é reduzir o leque de possibilidades da área em contribuir para a consolidação do SUS e para a afirmação de seus princípios. As diferentes singularidades dos usuários, dos coletivos, a complexidade do trabalho cotidiano em saúde e a crítica constante do que se deve associar ao processo de trabalho para a reinvenção das práticas, são elementos que sinalizam a necessidade de mudança no campo da Educação Física para com a saúde. É necessário romper com a lógica de atendimento “professor-aluno” e buscar entender os processos de cuidado em saúde e a complexidade da Atenção Básica, reinventando os modos de fazer e compartilhando os saberes. Não é necessário deixar de lado alguns direcionamentos relativos à aptidão física que orientam os efeitos do exercício físico no corpo biológico, mas deve-se dar importância à discussão da área da Educação Física influenciada pelas ciências humanas e sociais e às práticas corporais inseridas no contexto da cultura corporal de movimento para que se possa entender o fazer da Educação Física no SUS.

Certamente, é uma meta ousada pensar que a Educação Física possa dar conta da melhora da saúde e da qualidade de vida das pessoas quando isto depende de tantos fatores e de tantas “humanidades”. A complexidade dos problemas de saúde requer uma construção dos processos de trabalhos entre a equipe de maneira a compartilhar o conhecimento e não retê-los em sua especificidade profissional. Ir ao encontro deste entendimento não é tarefa apenas

da Educação Física, também das demais profissões de saúde, mas é importante salientar que a Educação Física tem sido convocada a atuar no campo da saúde, mas ainda se percebe com uma lógica de trabalho centrada nas ciências biomédicas.

Na área da saúde, o cuidado deve ir além dessa noção limitada de saúde. Valter Bracht (1999) já sinalizava a preocupação com a utilização de um novo referencial para entender o movimento humano a partir da mudança do imaginário social: Para realizar tal tarefa é fundamental entender o objeto da Educação Física, o movimentar-se humano, não mais como algo biológico, mecânico ou mesmo apenas na sua dimensão psicológica, e sim como fenômeno histórico-cultural. Portanto, para esse entendimento da Educação Física criar corpo, as ciências sociais e humanas devem ser tomadas mais intensamente como referência. No entanto, é preciso ter claro que a própria utilização de um novo referencial para entender o movimento humano está na dependência da mudança do imaginário social sobre o corpo e as atividades corporais (BRACHT, 1999, p.81).

Desde a publicação da Política Nacional de Promoção à Saúde (2006), há um chamado para a Educação Física como profissão permanente no SUS. No contexto do SUS, entendendo a produção da saúde como resultante dos determinantes e condicionantes sociais da vida, é que o eixo temático das Práticas Corporais e Atividade Física, nos termos previstos na PNPS, se ressignifica, vislumbrando novas possibilidades de organização e de manifestação.

Devemos ter clareza de que a intervenção pedagógica em educação em saúde no âmbito do movimento humano é de maneira geral, o ponto de partida, o objeto de intervenção da Educação Física no SUS, seja para com a equipe de saúde através do matriciamento⁸ ou intervenção direta com o usuário. O processo de trabalho, como deve ou não ser conduzido, se constrói no cotidiano a partir da demanda da população e do serviço, baseado em práticas bem sucedidas compartilhadas através das redes ou ainda pela reinvenção das práticas de cuidado no campo da Educação Física, e não por convenções corporativas que buscam reserva de mercado de trabalho.

As informações em saúde quando devidamente rastreadas e identificadas contribuem para a construção de novas práticas de cuidado e no conhecimento do que está sendo produzido para além da alimentação dos sistemas de informação. Os Sistemas Nacionais de Informação em Saúde e áreas afins constituem uma ferramenta importante, também, para a avaliação das políticas públicas de saúde, dos serviços, das redes e dos sistemas de saúde

⁸ “Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (Ministério da Saúde, 2011).

(FERLA; CECCIM; ALBA, 2012). Refletir sobre a forma como a Educação Física tem se caracterizado nos sistemas de informação em saúde, restringindo a certa identidade profissional e alimentando informações que geram conflitos com o cotidiano do trabalho, pode naturalizar algumas ações logo ali adiante, tanto em relação ao ensino quanto à delimitação do campo profissional que quebram a lógica do SUS. Alguns elementos existentes para compor um diálogo que não deve se limitar ao campo da Educação Física, mas que possam dialogar com o campo da saúde coletiva e da educação nas diferentes esferas da formação, e com as diferentes esferas da gestão dentro da perspectiva da integralidade e da intersetorialidade. Por fim, um diálogo com o próprio campo da Educação Física, especialmente os setores mais corporativos, que precisa escutar a demanda do Sistema de Saúde para refletir sobre os referenciais teóricos utilizados especialmente na formação inicial, para estabelecer diálogo efetivo com a saúde coletiva.

Para o trabalho na rede de atenção à saúde, deve-se inverter a lógica de que é natural pensar em aplicar o conhecimento adquirido na universidade. Enquanto área de formação, a Educação Física pode ajudar a desenvolver competências e habilidades para lidar com a complexidade do trabalho em saúde. Enquanto classe profissional, não é a Educação Física que deve dizer o que o profissional irá fazer no SUS, mas, sim, deve acolher o que o SUS demandar para os PEF que possuem certa especificidade de conhecimento, para que essa demanda, somada às experiências (acadêmicas ou de vida) componham novas possibilidades de intervenção em conjunto com a equipe. Ampliar a capacidade de compartilhamento de saberes e construções conjuntas com os demais trabalhadores, bem como escutar os usuários em relação às experiências de práticas corporais significativas, de forma imparcial e acessível, são elementos essenciais que devem possuir aquele que está se colocando como trabalhador da saúde.

2.3 O HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE

O atendimento pelo Sistema Único de Saúde, como dito anteriormente, é um direito garantido a qualquer cidadão brasileiro e ele ocorre a partir do modelo baseado na hierarquização e na descentralização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade. Essa descentralização é a responsável por promover um melhor atendimento à população, pois ela faz com que casos de menor urgência possam ser resolvidos em instâncias que não cheguem a centros especializados de alta complexidade, melhorando a eficiência e a eficácia de todo o sistema, uma vez que cada um desses níveis corresponde a determinado

conjunto de serviços assistenciais disponibilizados aos usuários (sendo alguns de maior complexidade e outros mais básicos). Tais categorias, determinadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), buscam promover, restaurar e manter a saúde dos indivíduos.

Sendo assim, o atendimento pelo SUS acontece em três níveis de atenção, nível Primário, Secundário e Terciário, com alguns hospitais já se enquadrando como de nível Quaternário.

No primeiro nível, estão as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) ou Postos de Saúde, eles são a “porta de entrada” ao SUS e desempenham o papel de promover políticas direcionadas tanto à prevenção de doenças como à preservação do bem-estar nas comunidades. Vale ressaltar que essas ações são organizadas pela esfera municipal e nelas são marcadas consultas e exames (hemograma, citopatológico, etc.), além de também poderem ser realizados procedimentos básicos, como por exemplo, curativos e realizados procedimentos menos complexos, como vacinação.

Nesse nível, a tecnologia disponível não é necessariamente avançada. Os equipamentos são voltados para diagnóstico e terapêutica (como aparelhos de raio-X e de ultrassonografia). Já em relação à capacitação dos profissionais de saúde, trata-se de uma formação mais ampla, com a fundamental presença de médicos de saúde da família e clínicos gerais.

Os profissionais de saúde se articulam para atuar não apenas nas Unidades Básicas, mas também em diversos espaços da comunidade (como centros comunitários e escolas), além de fazerem visitas domiciliares às famílias. A ideia é que as ações de cada UBS sejam integradas e tenham a devida continuidade. Para isso, programas de caráter educativo voltados para a higiene pessoal, para a conservação de hábitos saudáveis e a conscientização a respeito da vacinação são algumas das medidas possíveis e desejáveis.

Mesmo com todas essas limitações, o percentual de resolução dos casos que chegam ao nível primário de atenção é grande. Pode-se concluir que a maioria das situações recebidas nessa etapa podem ser resolvidas por meio do atendimento prestado pelos profissionais envolvidos. Isso só ressalta que o propósito da divisão por níveis está sendo cumprido: determinar que o acesso dos indivíduos ao sistema de saúde ocorra considerando a gravidade e a urgência. Dessa maneira, evita-se que grandes centros especializados tenham que lidar com um alto número de casos de simples resolução e sem características que configurem uma situação de urgência.

No nível secundário de atenção à saúde estão as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), as clínicas, os hospitais e outras unidades de atendimento especializado ou de média

complexidade, garantindo à população o acesso às clínicas de pediatria, cardiologia, ortopedia, neurologia, psiquiatria, ginecologia e demais especialidades médicas. Nesses locais são realizados procedimentos de intervenção, bem como tratamentos a casos crônicos e agudos de doenças. O nível secundário também é responsável por garantir a estruturação dos serviços hospitalares de urgência e emergência.

Assim, os profissionais desse nível secundário são médicos de áreas especializadas, como Cardiologia, Endocrinologia, Ortopedia ou mesmo Psiquiatria e Oftalmologia. Lembrando que essas especializações implicam em cerca de 3 (três) anos de formação por meio de residência médica até que o profissional esteja apto a atender como especialista.

Assim como os médicos, os enfermeiros e os demais profissionais de saúde que atuam no nível secundário também estão preparados para realizar procedimentos de média complexidade, conduzindo o tratamento de quadros que comprometem o bem-estar e a qualidade de vida dos pacientes de forma aguda ou crônica. Para isso, os hospitais devem contar com aparelhos capazes de realizar exames mais detalhados, tais como uma endoscopia.

Além do investimento em equipamentos modernos para dar suporte à definição dos diagnósticos, os gestores devem estar atentos ao uso da tecnologia para melhorar o atendimento aos pacientes desde a marcação de consulta ou a chegada ao hospital até o acompanhamento após a intervenção médica (atendimento personalizado).

Na atualidade, os softwares e aplicativos disponíveis no mercado permitem a realização de um atendimento mais próximo à realidade de cada paciente, tornando a intervenção em saúde um processo mais personalizado.

Essa diferenciação é muito importante para reforçar o comprometimento das pessoas com os cuidados necessários para a recuperação e a manutenção da saúde, sendo que os recursos tecnológicos podem ser aproveitados como um canal de comunicação entre os médicos e seus pacientes.

A expectativa é que os casos recebidos no nível secundário, encaminhados pelo nível primário, possam ser atendidos satisfatoriamente por meio do trabalho dos profissionais e da utilização dos equipamentos que compõem essa etapa de atenção.

A organização desse nível é feita com base em macro e microrregiões de cada estado, devendo apresentar tanto ambulatórios como hospitais. Deve também ter competência para dar assistência a cidadãos internados e para disponibilizar o devido tratamento às enfermidades de média complexidade.

No nível terciário de atenção à saúde estão os hospitais de grande porte (alta complexidade), subsidiados pela esfera privada ou pelo estado. Nessas instituições podem ser

realizadas manobras mais invasivas, caso haja necessidade, intervindo em situações nas quais a vida do usuário do serviço está em risco, bem como são realizadas condutas de manutenção dos sinais vitais, como suporte básico à vida. Nesses hospitais, também podem funcionar serviços quaternários, de transplante de tecidos, como Pulmão, Coração, Fígado, Rins, dentre outros.

No aparelhamento dos estabelecimentos do nível terciário estão presente máquinas de tecnologia avançada (como equipamentos para ressonância magnética, tomógrafos e hemodinâmicas, por exemplo).

O objetivo nesse nível de atenção à saúde é garantir que procedimentos para a manutenção dos sinais vitais possam ser realizados, dando suporte mínimo para a preservação da vida sempre que preciso.

Nessa etapa atuam médicos especialistas em áreas que exigem uma formação mais extensiva, como a Neurocirurgia e a Nefrologia Pediátrica. A expectativa é que no nível terciário existam suportes tecnológico e profissional capazes de atender a situações que no nível secundário não puderam ser tratadas por serem casos mais raros ou complexos demais.

É importante ressaltar que o sucesso do funcionamento de um sistema de saúde fragmentado por níveis de atenção depende essencialmente de uma boa gestão. E isso, por sua vez, implica em preparo, planejamento (fundamentado em informações relevantes) e no uso de soluções tecnológicas que tragam mais eficiência às instituições. O efetivo controle sobre os processos é o que garante o funcionamento adequado dos serviços. E esse controle se deve ao uso de um banco de dados ou à implementação de protocolos com registros eletrônicos das informações médicas sobre os usuários e as devidas orientações para o tratamento da doença em questão.

A organização do sistema de saúde por níveis de atenção exige que a distribuição dos serviços assistenciais seja feita com base em uma escala. O melhor é que para cada grupo de Unidades Básicas de Saúde (nível primário de atenção) exista um ambulatório com médicos especialistas e um hospital geral (nível secundário). E essa escala deve se repetir também entre os grupos de serviço de nível terciário em relação ao secundário. Por fim, no nível terciário de atenção à saúde estão reunidos os serviços de alta complexidade, representados pelos grandes hospitais e pelas clínicas de alta complexidade.

Mais uma vez, a personalização do atendimento em saúde se faz muito importante, tendo em vista a fragilidade com que o paciente se apresenta quando a sua vida encontra-se realmente ameaçada, seja por um quadro de doença crônica ou por uma seqüela grave de um acidente.

Cabe aos gestores conduzir os processos da rotina hospitalar de forma integrada, permitindo a excelência no atendimento aos pacientes em todos os níveis nos quais o sistema de saúde do Brasil está organizado.

Além do direito de ser atendido em cada uma destas unidades de forma humanizada e sem discriminação, o cidadão deve ter acesso a informações sobre serviços de atendimento disponíveis em canais diversos (telefone, sites da internet etc.) que lhe permitem um acesso mais fácil aos serviços de saúde. No Portal de Saúde do Cidadão, por exemplo, (www.portaldocidadao.saude.org.br), o usuário acessa seu histórico de registros das ações e serviços, podendo conferir detalhes sobre suas internações hospitalares, com dados sobre atendimento ambulatorial de média e alta complexidade e aquisição de medicamentos no programa Farmácia Popular. Neste Portal, também é possível solicitar um pré-cadastro do Cartão SUS, documento de identificação projetado para facilitar o acesso à rede de atendimento do SUS e à área de Ouvidoria Geral do SUS. Há, ainda, um canal de teleatendimento para Ouvidoria, o Disque Saúde 136.

2.4 A UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA E O SERVIÇO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E TERAPIA OCUPACIONAL

A hospitalização é uma situação delicada na vida de um ser humano, principalmente quando este for uma criança, pois implica na mudança de rotina de toda a família. Segundo Takahashi e Gonçalves (2005), qualquer edificação destinada à prestação de cuidado à saúde da população independente do nível de complexidade de atenção e oferta de regime de internação, é considerada um Estabelecimento de Assistência à Saúde (EAS). A construção e a ambientação desses estabelecimentos devem atender os requisitos estabelecidos por leis no Ministério da Saúde e do Trabalho, bem como, as Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Através dessas leis e resoluções serão implementadas as medidas pelas quais garantirão um ambiente adequado para a recuperação e promoção da saúde do paciente sem prejuízo dos demais.

Os hospitais que possuem Unidades de Internação Pediátrica, além de cumprir com as normas preconizadas pela legislação, devem considerar outras características. As principais causas da internação precisam ser conhecidas, bem como o número de crianças que adoecem por tais causas em determinada população. As UIP também devem conter acomodações adequadas para isolamentos ou restrições, pois as crianças ali internadas estão mais expostas às doenças infecto contagiosas. O hospital, segundo o artigo 12 do Estatuto da Criança e do

Adolescente (BRASIL, 1990) também deve proporcionar, nos casos de internação, a permanência em tempo integral de um dos pais ou de um responsável pela criança. Outros artigos desse Estatuto também remetem a organização prévia dos EAS. Levando em consideração que os pacientes têm o direito à liberdade compreende os aspectos de brincar, se divertir, de se expressar, as UIP devem destinar um espaço ao lazer e à recreação.

Esse espaço de lazer e recreação é assegurado por lei através da *Lei das Brinquedotecas* (Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005) iniciativa da Deputada Federal (na época) Luiza Erundina, que dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação.

Art. 1º Os hospitais que ofereçam atendimento pediátrico contarão, obrigatoriamente, com brinquedotecas nas suas dependências.

Parágrafo único. O disposto no caput deste artigo aplica-se a qualquer unidade de saúde que ofereça atendimento pediátrico em regime de internação.

Art. 2º Considera-se brinquedoteca, para os efeitos desta Lei, o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar.

Art. 3º A inobservância do disposto no art. 1º desta Lei configura infração à legislação sanitária federal e sujeita seus infratores às penalidades previstas no inciso II do art. 10 da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. obs.dji.grau.1: Art. 10, II, Infrações e Penalidades – Infrações à Legislação Sanitária Federal e as Sanções Respectivas – L-006.437-1977

Art. 4º Esta Lei entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias após a data de sua publicação

Brasília, 21 de março de 2005; 184º da Independência e 117º da República.

Os pacientes da UIP devem ser alocados em ambientes individuais ou coletivos, de acordo com a faixa etária e patologia. A assistência nutricional e a distribuição de alimentação ao paciente e ao seu acompanhante também são atividades da EAS, além de assistência psicológica e social. Espaços de terapia ocupacional e recreação infantil e a prestação de assistência pedagógica infantil (ensino fundamental) quando o período da internação for superior a 30 dias, também são recomendados.

Quanto à recreação terapêutica, essa é entendida como “restabelecimento, restauração, recuperação; é a atitude mental de quem deixa fluir o aspecto lúdico da vida, conciliando a diversão e a terapia através de atividades dinâmicas estabelecidas conforme a necessidade de cada paciente, tornando a passagem pelo hospital menos traumática.” (Casara *et al.* 2007, p.1).

Constitui-se em um elemento facilitador para a elaboração de ansiedades por parte dos pacientes que se encontram internados ou em tratamento em instituições hospitalares, através do favorecimento de atividades, mediante utilização de exercícios físicos e mentais que possibilitam a promoção de aceitação da situação muitas vezes de desconforto e estranheza referente a esse ambiente. (Sikilero 1997 *apud* Castro 2012, p.14).

O ambiente hospitalar exerce influências sobre os pacientes que ali estão. “O processo de internação hospitalar pode desenvolver sentimentos confusos e dicotômicos na criança e sua família, como, por exemplo, cura e morte, alegria e tristeza, medo e confiança, caracterizando o hospital como um ambiente de experiências dolorosas e significativas para toda a vida.” (Simpson *et al.* 2008, p.138).

“A hospitalização, uma experiência potencialmente desagradável, pode causar prejuízos no desenvolvimento físico e mental da criança, em decorrência da inatividade, da passividade, da alteração de humor, do negativismo, das fobias, características comportamentais manifestadas pelos pacientes pediátricos.” (Bersch e Yunes 2008, p. 130).

Os pacientes acabam por se deparar com situações que ocasionam mudanças em suas rotinas. Sendo assim, muitos hospitais utilizam da recreação terapêutica como recurso para auxiliar no tratamento, amenizando dessa forma, os problemas que os pacientes têm que enfrentar.

A recreação terapêutica nunca deve ser imposta e em contra partida deve possibilitar o poder de escolha fazendo com que o paciente possa exercer sua capacidade de opinar e escolher, possibilidades raras no âmbito hospitalar. Essa condição colabora para o resgate da individualidade, nos quais passam a perceber-se como um ser singular que possui preferências e acima de tudo, são únicos e importantes. (Casara *et al.* 2007, p.1).

Os profissionais que atuam na UIP formam uma equipe multidisciplinar na recuperação e no tratamento das crianças internadas. A equipe multidisciplinar é de grande importância e é formada por profissionais de várias áreas da saúde.

O cotidiano desses profissionais, que trabalham em hospitais, além de demandar a utilização de componentes cognitivos complexos, é caracterizado pelo contato intenso com doenças e com a morte, o que acarreta uma conseqüente sobrecarga de trabalho mental. Conviver diariamente com a dor, o sofrimento e a possibilidade de morte dos pacientes evoca nesses profissionais sensações e sentimentos que podem se configurar como dolorosos ou desagradáveis e que, muitas vezes, tendem a ser desconsiderados. (Pitta 2003 *apud* Gomes e Mitre 2004, p. 153).

O PEF é um dos profissionais atuantes nessa área. O PEF pode oferecer o brincar reduzindo os efeitos negativos da doença, ajudando no retorno ao convívio da sua rotina. (Bersch e Yunes 2008).

3 METODOLOGIA

O desenvolvimento deste trabalho ocorreu através de um relato reflexivo de uma experiência. O relato reflexivo pode ser compreendido como um gênero discursivo que apresenta por função dar voz ao relator, permitindo, “através da interlocução mediada pela escrita, criar mecanismos e espaços de reflexão sobre teorias e práticas que constituem os modos individuais e coletivos de compreensão e produção/reprodução deste campo de trabalho, bem como das identidades profissionais, individuais, e de grupo” (SIGNORINI, 2006, p.54).

Este tipo de relato, constitui-se num gênero em que, através de uma organização narrativa, o relator, professor, profissional, relata a sua experiência, adicionando ao texto o caráter auto-biográfico. Ainda segundo Signorini, tal relato assume duas funções primordiais: (a) permite dar voz ao relator enquanto profissional e (b) possibilita “criar mecanismos e espaços de reflexão sobre teorias e práticas que constituem os modos individuais e coletivos de compreensão e de reprodução deste campo de trabalho, bem como, as identidades pessoais, profissionais e de grupo” (2006, p.54).

Nesta perspectiva, torna-se fundamental uma análise do gênero catalisador de forma a compreender-se os modos de construção discursiva e os efeitos de sentido que tal gênero, como o relato, pode causar no que concerne à construção da identidade. Não seria o conteúdo informacional o principal tópico, de modo a tentar-se apontar verdades absolutas, e sim o modo como tal realidade foi construída, ou as formas de representação social – profissional ou pessoal – são estabelecidas pelo relator.

Por último, o relato reflexivo constitui-se num elemento de grande valor para uma pesquisa, pois “as histórias contadas pelos relatores dizem muito para o leitor tanto sobre as vivências, valores e atitudes individuais quanto sobre processos históricos e sociais mais amplos em curso no Brasil contemporâneo” (idem, p.57).

Portanto, diante das possibilidades de reflexões que cheguei através da experiência do estágio no HCPA fui instigada a aprofundar os aspectos que fizeram sentido e deram significação ao exercício como PEF da prática desenvolvida.

3.1 DESCRIÇÃO DO HOSPITAL

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é uma instituição pública e universitária, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação (MEC) e vinculada academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Desde 1971, o HCPA é uma das principais bases da assistência pública à saúde da população gaúcha, oferecendo atendimento de excelência e alta complexidade em amplo rol de especialidades. As atividades de ensino de graduação e pós-graduação, lado a lado com a UFRGS, formam gerações de profissionais familiarizados e comprometidos com as melhores práticas e a humanização da assistência. A pesquisa produzida no HCPA, por sua vez, introduz novos conhecimentos, técnicas e tecnologias que beneficiam toda a sociedade, além de formar novas gerações de pesquisadores, alimentando um ciclo de renovação e evolução permanentes.

Todas as atividades são permeadas por um forte senso de responsabilidade social, revelado, por exemplo, em ações de disseminação de conhecimentos em saúde à população, preservação ambiental e promoção da cidadania.

Com uma gestão eficaz, o HCPA foi modelo para a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que tem a finalidade de qualificar a estrutura e os processos de todos os hospitais universitários da rede do MEC. No centro deste processo, está o AGH, sistema próprio de apoio à gestão hospitalar, criado pelo HCPA na década de 1980 e que, em 2009, tornou-se a base para o desenvolvimento do Projeto AGHU (Aplicativos para Gestão dos Hospitais Universitários), em parceria com a EBSERH, para aplicação em todo o país.

A excelência do HCPA é certificada pela Acreditação Internacional da Joint Commission International (JCI), conquistada em 2013, de forma pioneira entre os hospitais universitários brasileiros. Esta certificação representa a adequação a padrões internacionais de atendimento, gestão, infraestrutura e qualificação profissional, com foco na qualidade e segurança de pacientes e profissionais.

A missão do HCPA é: Ser um referencial público em saúde, prestando assistência de excelência, gerando conhecimento, formando e agregando pessoas de alta qualificação⁹.

⁹ Texto disponível em www.hcpa.edu.br.

Segundo o site do HCPA (www.hcpa.edu.br) os valores da instituição são os seguintes:

- a) *Respeito à pessoa*: Reconhecer o direito de cada um de tomar decisões e agir em um ambiente de acolhida, valorização, confiança e respeito às individualidades.
- b) *Competência técnica*: Promover o aprimoramento permanente da excelência, agilidade e efetividade dos serviços prestados pela instituição.
- c) *Trabalho em equipe*: Estimular e proporcionar condições para a atuação integrada, coesa e colaborativa entre os membros de um mesmo grupo e entre os integrantes de diferentes equipes.
- d) *Comprometimento institucional*: Promover e estimular a responsabilidade dos colaboradores com os resultados institucionais, sustentada pelo orgulho de integrar e ajudar a construir permanentemente uma instituição de excelência.
- e) *Austeridade*: Gerir o patrimônio público com parcimônia, integridade, honestidade e efetividade, comprometendo todos os colaboradores com esta postura.
- f) *Responsabilidade social*: Comprometer-se com a saúde integral das pessoas e com a sustentabilidade econômica e ambiental, contribuindo para a qualidade de vida, a cidadania e o desenvolvimento do país.
- g) *Transparência*: Manter canais de comunicação permanentes para a divulgação de informações e prestação de contas sobre as ações institucionais, construindo uma relação de confiança com colaboradores e sociedade.

A área física construída do HCPA fica localizada na Rua Ramiro Barcelos, número 2350, no bairro Santa Cecília. O número de leitos no HCPA é de 842, as unidades de internação são 652, os centros de tratamento intensivo são 87; as unidades de emergência são 47; os centros de pesquisa clínica são 6. O HCPA também possui 39 salas de centros cirúrgicos; 199 consultórios; 121 ambulatórios; 11 na emergência; nas demais áreas de atendimento ambulatorial existem 59 consultórios; 54 vagas para os espaços de acolhimento e humanização e a Casa de Apoio. O HCPA ainda conta com 5 salas de recreação, 9 auditórios; 2 anfiteatros; 39 salas de aula. Para os funcionários o Hospital dispõe de creche (280 vagas) e academia de ginástica para os funcionários (645 vagas).

3.2 DESCRIÇÃO DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA

A Unidade de Internação Pediátrica (UIP) do HCPA fica no décimo andar do prédio da Rua Ramiro Barcelos. Ela dispõe de 87 leitos, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) e sala de recreação (principal local de atuação dos PEF). O Serviço de Pediatria presta atendimento integral e humanizado para crianças e jovens de zero a 18 anos de idade e suas famílias, nas áreas ambulatoriais e de internação. O foco do atendimento são crianças que necessitam de atenção das equipes multidisciplinares em várias especialidades médicas. Ele é composto pelas seguintes unidades: Unidade de Adolescentes; Unidade de Gastroenterologia

Pediátrica; Unidade de Internação Pediátrica; Unidade de Neurologia Infantil; Unidade de Pneumologia Infantil e Unidade de Ambulatórios.

A sala de recreação é a base de aonde se desenvolvem as atividades do Serviço de Educação Física e Terapia Ocupacional. Esse por sua vez, foi fundado em 1979 e é uma das grandes referências nacionais na área da recreação hospitalar. Ela é um espaço amplo, que dispõe de diversos tipos de brinquedos, inclusive educativos, que são para uso na sala e para empréstimo se o paciente desejar brincar no seu leito; computadores, vídeo games, mesas, materiais para artes manuais como: pintar, colorir, montar, fazer bijuterias; possui também televisão com VHS e DVD disponíveis, filmes e DVDS, livros, e materiais para trabalhar o desenvolvimento e a aprendizagem motora dos pacientes (bola suíça, halteres, caneleiras, bicicletas ergométricas, bandagens, entre outros). A sala também possui espaço para os bebês, com tatame e brinquedos específicos.

Os pacientes autorizados a frequentar a sala de recreação, pois não são todas as crianças internadas que possuem acesso a sala, muitas não dispõe de condições físicas ou psicológicas, podem fazê-lo nos horários das 09 horas às 11h 30min. e das 14h 30min. até às 17h 15min. Fica a critério de cada um o tempo que quiser permanecer, ressaltando que o ato de escolher em ir ou não para a sala é muito importante, pois a criança nesse tipo de situação tem poucas opções de escolha, afinal sempre tem alguém da equipe para dar algum medicamento, fazer exames, conversar, avaliar, entre outros cuidados.

Os pais também possuem assistência, através de reuniões semanais com a equipe multiprofissional tendo por objetivo esclarecer dúvidas, orientar, dar suporte, amenizar a situação.

A sala de recreação em especial, é o local aonde os PEF que trabalham na UIP atuam na maior parte do tempo. O que diferencia o atendimento da UIP do HCPA dos demais hospitais locais, estaduais e até mesmo de alguns hospitais nacionais é que ela conta com o atendimento de equipes multidisciplinares, coordenadas por professores do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRGS, o que propicia um ambiente de debate acadêmico e científico rico, capaz de oferecer uma assistência médica integrada e proativa, sempre em busca do melhor tratamento técnico e humano dos pacientes e familiares.

3.3 DESCRIÇÃO DOS PACIENTES

Os pacientes os quais desenvolvi meu estágio e, conseqüentemente, o presente estudo, eram crianças e pré adolescentes, meninos e meninas, das mais variadas idades, bebês com

meses de vida até jovens de 15 anos. A maioria destes compareciam à sala de recreação acompanhados por um responsável e ali podiam desenvolver as atividades que desejassem de acordo com suas limitações.

Os pacientes apresentavam as mais variadas limitações e patologias; alguns aguardavam por transplante (fígado, rim), outros estavam ali por problemas hormonais; outros por problemas gastrointestinais, controle da glicose para diabéticos, crianças com as mais variadas síndromes, crianças com fibrose cística, com atraso do desenvolvimento e aprendizagem motora, dentre outros.

A UIP sempre conta com a internação de dois pacientes da área psiquiátrica. Durante o meu período de estágio, por ali passaram quatro pacientes desta especialidade, sendo que a quase todos foi prescrita a frequência na sala de recreação, como modalidade terapêutica imprescindível. Esses pacientes exigiam atenção diferenciada de toda a equipe, pois eles apresentavam, por vezes, risco de auto e hetero agressão, dependendo de sua patologia ou condição no momento.

3.4 OBSERVAÇÃO DOS PACIENTES

O relato desta experiência pode ser realizado a partir de observações. As observações por sua vez, variam quanto à sua origem, pois dependem diretamente dos objetivos da pesquisa, estratégias que serão utilizadas pelo observador e situações que por ventura possam ocorrer ao longo da pesquisa realizada.

No presente trabalho o observador em questão sou eu, Andrea atuando como estagiária na UIP exerci tal papel, interagi com os participantes, me tornando assim uma observadora participante (não neutra).

Segundo Negrine (2010, p. 70), informações significativas podem ser obtidas por meio de observações profundas:

A recomendação que entendemos ter relevância diz respeito à “profundidade das observações”, ou seja, devem ser contínuas e sistemáticas e abandonadas quando o pesquisador estiver convencido de que já possui elementos suficientes para proceder a análise, interpretação e discussão do material recolhido (NEGRINE, 2010, p. 70) [grifo do autor]

Para uma boa coleta de dados e informações aonde se utilizam as observações como meio, é necessário que existam informações suficientes para a uma boa análise, uma interpretação e discussão dos resultados encontrados através destas. Sendo assim, registrei as

experiências mais importantes, observei todos os casos possíveis durante o período de estágio. Esses registros são necessários e servem como material de relevância na minha pesquisa, sempre lembrando que é muito importante manter a fidedignidade dos fatos observados, mantendo a descrição fiel dos fatos ocorridos, sem julgamentos e conclusões pré definidos.

4 DISCUSSÃO

Neste capítulo irei apresentar a sistematização das informações obtidas, os achados da minha experiência. Teremos três pontos principais a serem analisados, referentes aos objetivos do presente trabalho, eles são: verificar qual a importância da atuação do PEF na rede pública de saúde, a importância do PEF numa equipe de atendimento multidisciplinar num hospital de alta complexidade, no caso o HCPA e a importância do PEF na UIP do HCPA.

Ao longo dos meses de outubro, novembro e dezembro de 2017, pelas terças feiras às tardes e pelas quartas e quintas durante o turno integral, cumprindo uma carga horária total de 110 horas, atuei na sala de recreação do décimo andar da UIP, como estagiária curricular de Educação Física. O principal trabalho consistia em atender as crianças que frequentavam a sala, atendendo as demandas e necessidades de cada uma delas.

Ao longo desses meses, foram inúmeras as crianças que por ali passaram e na maioria das vezes o atendimento era constituído de atividades estimuladas e monitoradas, escolhidas pelas crianças e lúdico terapêuticas, como: orientar, instruir, exercitar (dentro das limitações e potencialidades de cada criança), brincar, observar o comportamento, o desenvolvimento motor, as reações, as relações com as demais crianças, familiares/acompanhantes e com a equipe, interagir com cada uma delas durante a sua passagem pela sala de recreação.

A nossa equipe de Educação Física era composta de: duas supervisoras, concursadas para a função de PEF, três residentes (do total de quatro vagas, uma delas concluiu sua formação por ter sido aprovada e nomeada em um concurso de outra instituição) quatro estagiários extracurriculares bolsistas (dois pelo turno da manhã e dois pelo turno da tarde) e de três estagiários curriculares, todos sempre muito entrosados e solícitos uns com os outros, fato que me chamou atenção desde o meu primeiro dia, aonde todos procuraram me ajudar e me ensinar o máximo de funções possíveis.

As reuniões da equipe ocorriam sempre no início e no final de cada turno, durante uma hora antes da sala de recreação abrir e meia hora depois dela fechar para os pacientes em geral. Nas reuniões as supervisoras e residentes passavam traziam as discussões acontecidas em rounds e reuniões que participavam com a equipe multidisciplinar da UIP, nos passavam os casos mais complicados, debatíamos soluções, problemas, formas de como melhorar nosso atendimento, evolução de cada paciente, principalmente dos casos mais complexos, como os dos pacientes psiquiátricos. Esses encontros eram extremamente produtivos, pois era o espaço aonde podíamos solucionar dúvidas, buscar soluções, chegar a conclusões como uma equipe.

Importante salientar que tínhamos acesso aos prontuários de cada paciente. Desta maneira, era possível acompanhar cada caso com suas particularidades, quais medicamentos cada criança tomava, resultados de exames, entre outras informações, bem como após nossos atendimentos deveríamos fazer a evolução de cada caso para que toda a equipe multidisciplinar ficasse a par da situação.

Segundo Piancastelli, Faria e Silveira (2005) equipe pode ser definida como:

[...] conjunto ou grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras pela missão comum, objetivos comuns (obtidos pela negociação entre os atores sociais envolvidos) e um plano de trabalho bem definido [...].

Outra visão que complementa a anterior citada vem de Robbins (2002)

[...] As equipes multifuncionais representam uma forma eficaz de permitir que pessoas de diferentes áreas possam trocar informações, desenvolver novas idéias e solucionar problemas. Evidentemente, essas equipes não são nada fáceis de administrar. Seus primeiros estágios de desenvolvimento costumam ser bem trabalhosos e demorados, enquanto as pessoas aprendem a lidar com a diversidade e complexidade. Leva algum tempo para que se desenvolva a confiança e o espírito de equipe, especialmente entre pessoas com diferentes históricos, experiências e perspectivas.

Sendo assim, reconhece-se a necessidade da conscientização da diversidade de conhecimentos e habilidades entre os membros da equipe multidisciplinar e que é possível articular as ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais no sentido de interagir entre si, ter compromisso ético, respeito com o outro e com o paciente, motivação, planejamento, responsabilidade, e, acima de tudo objetivos claros, possibilitando assim a construção de um projeto comum.

Fortuna (2005) afirma que “trabalhar em equipe não significa ser igual. Significa trabalhar com diferenças e conflitos”. Dentro da equipe cada membro pode apresentar um tipo de comportamento e se identificar com um papel que pode facilitar ou dificultar o seu desempenho.

O trabalho em equipe é de grande valia não só na UIP, mas também em toda a rede pública de saúde. No HCPA todas as unidades contam com o atendimento multidisciplinar e o PEF está ganhando cada vez mais seu espaço nessas equipes, mostrando que nosso papel não fica limitado à prescrição de exercícios.

Além da sala de recreação da UIP, o HCPA também conta com a sala de recreação da Oncopediatria, atendendo crianças em tratamento oncológico de 0 a 18 anos. Eu como

estagiária da UIP teve a oportunidade de participar um dia da recreação terapêutica da oncologia com animais de estimação. Foi uma oportunidade única de ver como médicos, enfermeiros, PEF, o adestrador e seu cão colaboram na evolução do tratamento das crianças com esse tipo de terapia. O SEFTO também dispõe de outros espaços de atendimento, como as salas de recreação para adolescentes, adultos e idosos, para pacientes internados na unidade de internação psiquiátrica, assim como os pacientes atendidos na UBS, ambulatórios de Pneumologia Pediátrica, Neonatologia, Cirurgia Bariátrica e Unidades de Internação de Dependentes de álcool e outras drogas, Cuidados Paliativos e Hemodiálise, além dos Caps adulto e da infância e adolescência.

Um caso em específico que marcou minha passagem pela UIP, foi o caso de um menino de 6 anos, internado com os sintomas indicativos de Transtorno Desafiador de Oposição (TDO). Esse segundo Pinheiro et al. (2004) é um transtorno disruptivo, caracterizado por um padrão global de desobediência, desafio e comportamento hostil. Os pacientes discutem excessivamente com adultos, não aceitam responsabilidade por sua má conduta, incomodam deliberadamente os demais, possuem dificuldade em aceitar regras e perdem facilmente o controle se as coisas não seguem a forma que eles desejam.

O menino em questão chegou a UIP extremamente agressivo, fato que resultou em restrições em relação a sua presença na sala de recreação. Ao longo de uma tarde ele, ao comparecer para as atividades de recreação tentou enforçar outro paciente, atitude que foi evitada devido a atenção e agilidade de uma colega e de uma das supervisoras. Após esse episódio, o paciente foi restrito de frequentar a sala de recreação até que seu comportamento não colocasse a si ou a outras crianças em risco e foi a partir daí que eu fui “escolhida” para junto de um dos residentes atendê-lo em seu leito.

Os atendimentos eram feitos duas vezes por dia (manhã e tarde) sempre na presença de um responsável do paciente. Íamos até o leito, em primeiro lugar sem material, sem brinquedo algum, conversávamos com a criança e com o responsável e se o paciente estivesse em condições gerais, apresentando-se organizado e interessado, buscávamos um brinquedo ou algum material adequado para desenvolver as atividades com ele.

Os primeiros atendimentos foram agitados, marcados por uma tensão da mãe, da criança que nos agredia verbalmente e por algumas vezes fisicamente, inclusive em uma ocasião acionamos a equipe de enfermagem para auxílio no manejo, como previamente acordado nessas situações, devido à agressividade excessiva do paciente. Com o passar dos dias, no decorrer do tratamento e do ajuste medicamentoso, através de muito diálogo com a criança e familiares, limites estabelecidos e algumas combinações, como por exemplo,

estabelecer o lema: “brincar e não brigar”, conseguimos conquistar a confiança do paciente.

Nossos atendimentos consistiam em estimular o desenvolvimento e a aprendizagem motora do paciente através de exercícios com o uso da bicicleta, sempre utilizando do lúdico para a atividade tornar-se mais interessante, também levamos por diversas vezes jogos educativos, para estimular a atenção do paciente e a sociabilização. Os resultados ficavam cada vez mais visíveis, devido a todo empenho da equipe multidisciplinar, dos medicamentos que estão ajudando muito no controle dos sintomas indicativos do TOD, causadores de sofrimento visível da criança e da relação familiar do mesmo. Atualmente, ele segue internado e já ganhou a permissão de ir até a sala de recreação escolher seus brinquedos, pedala com mais facilidade a bicicleta, colabora com as atividades propostas e não agride mais os PEF envolvidos em seu atendimento, nem outros membros da equipe.

Outro caso de grande valia ao longo do meu estágio foi quando acompanhei uma das residentes no atendimento de um paciente com fibrose cística, um menino de 14 anos. A Fibrose Cística (FC), também conhecida como mucoviscidose, é uma doença genética de herança autossômica recessiva: ou seja, passa de pai para filho. Sua principal característica é o acúmulo de secreções mais densas e aderentes nos pulmões, no trato digestivo e em outras áreas do corpo com a presença de mucos. A doença se manifesta basicamente com sintomas respiratórios, gastrointestinais e presença excessiva de cloro no suor. Causada por um gene defeituoso, a fibrose cística induz o organismo a produzir secreções espessas que obstruem pulmões e pâncreas.

Ainda no período neonatal (em recém-nascidos) é possível observar o entupimento do intestino, dificuldade de ganhar peso, tosse com secreção e desidratação sem motivo aparente. Com o passar dos anos o paciente pode apresentar perda de peso, desnutrição progressiva, tosse crônica com muita secreção, sinusite crônica, formação de pólipos nasais (aumento da mucosa do revestimento do nariz que formam pseudotumores no nariz), doença hepática (cirrose biliar), diabetes, infecções respiratórias e infertilidade.

As principais complicações dos pacientes com fibrose cística são: sangramento pulmonar, infecções graves, pneumotórax (vazamento de ar do pulmão) e obstrução intestinal. O tratamento é multidisciplinar, pois envolve médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, PEF e assistentes sociais e tem o objetivo de melhorar a sobrevivência e a qualidade de vida.¹⁰

Segundo Schindel e Donadio (2013) no artigo de revisão: *Efeitos de programas de exercício físico em pacientes com fibrose cística*, a progressão da doença pulmonar na FC

¹⁰ **Fonte:** Dr. Luiz Vicente Ribeiro Ferreira da Silva Filho, pneumopediatra do Einstein. Disponível em www.einstein.br Acesso em 06 de dezembro de 2017.

reduz a capacidade de participação em atividades físicas. Adicionalmente, a desnutrição proteico-energética e as alterações metabólicas geradas pelo processo inflamatório do pulmão levam à redução da massa muscular e da densidade mineral óssea. A hiperinsuflação dinâmica, com conseqüente diminuição da capacidade ventilatória, contribui para a limitação física e aeróbica desses indivíduos, evidenciada por sintomas relatados durante e após o exercício, como dispnéia, fadiga e limitação ventilatória, afastando os pacientes com FC da prática de exercícios. A diminuição progressiva do condicionamento físico, aliada à inatividade, inicia um ciclo vicioso no qual, à piora da dispnéia, associam-se esforços físicos cada vez menores, com grave comprometimento da qualidade de vida. Há evidências na literatura de que o exercício físico associado à terapia padrão em pacientes com FC tem o potencial de provocar melhora da capacidade funcional, aumento da depuração mucociliar, restauração da diferença do potencial transmembrana das células epiteliais, aumento da densidade mineral óssea e estimulação da liberação de mediadores anabólicos, podendo assim melhorar o prognóstico e a qualidade de vida. Portanto, vêm sendo realizados estudos avaliando a interferência da atividade física na vida de crianças e adolescentes com FC, sugerindo que a adesão a um programa de exercícios físicos seja fundamental.

O paciente em questão tem uma hipercifose torácica, devido à grande dificuldade de respirar ao longo de sua vida que a FC causou. Portanto, o papel da minha colega é o de diariamente, enquanto ele estiver internado no HCPA, trabalhar através de exercícios aeróbicos e de força, a capacidade física do paciente e pulmonar. No atendimento que eu pude estar presente utilizamos halteres e bandagens para executar um treino de força e resistência de membros superiores, notei que o paciente cansava rapidamente, mas executou todos os exercícios.

Na Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico acompanhei poucos casos, mas por duas ocasiões acompanhei outra colega para ver o atendimento de uma menina em recuperação de um transplante hepático. O trabalho feito era para auxiliar o desenvolvimento motor da criança em questão, utilizando bolinhas para ela pegar, trabalhando assim sua motricidade e força.

Outros casos que me chamaram atenção foram de dois pacientes psiquiátricos. Um menino com sintomas de grave agitação e agressividade, com prejuízo nos seus relacionamentos sociais, como escola, vizinhança e família. Durante a internação, descobriu-se que o menino estava infectado pelo vírus da sífilis com suspeita de abuso sexual pelo próprio pai, fato descartado pelo exame paterno não ser infectante, entretanto o caso seguiu como de praxe para investigação judicial, pois é inegável a presença de abuso; e uma menina,

residente de uma instituição de abrigo, com tentativa de suicídio. Duas crianças adoráveis, calmas, educadas e que através do trabalho desenvolvido de toda a equipe na sala de recreação e demais membros da equipe multidisciplinar conseguiam realmente ser crianças, protegidas, seguras, de uma maneira que o mundo “lá fora” não permitia que elas fossem.

Inúmeras crianças que por ali passaram me marcaram. Foram casos de distúrbios alimentares, crianças com as mais variadas síndromes, problemas hepáticos, algumas a espera de um transplante, outras que só se alimentam através de sondas, bebês que ali nasceram e nunca conheceram outro lugar a não ser o seu leito no hospital, crianças com paralisias aonde os olhos eram seu sorriso, sua voz. As famílias, algumas fortes outras nem tanto, mães e pais que abandonaram seus trabalhos, cansados muitas vezes, que encontravam algum conforto trocando experiências entre si, alguns que moram muito longe e ficam ali sozinhos no anseio de voltar logo para casa. Mas o principal é que em todos eu vi uma coisa em comum: a esperança! Essa era força para vencer os obstáculos impostos pela vida, era à busca da certeza que dias melhores virão e a gratidão por aquele espaço e pelo carinho que a equipe daquela sala toda colorida, repleta de brinquedos, aonde muitos não fazem a mínima ideia do que os profissionais que ali estão fazem, dispensava a cada criança e a cada responsável.

Desta forma, posso concluir através deste relato de experiência reflexivo, baseado nas minhas observações, na análise de cada experiência vivida na UIP; nas conversas com meus colegas de estágio e com minhas supervisoras, que realizei um trabalho satisfatório e importante para futuros PEF. Compreendo assim, a importância da prática reflexiva como fonte de produção de saberes, não especificamente, aquela realizada em laboratórios e centros de pesquisas científicas, distante da realidade social, mas uma reflexão que se insere nesta realidade, que reflete sobre as diversas formas de manifestações e culturas humanas.

Dessa forma, através deste relato de uma experiência que foi baseada nas diversas formas de manifestações humanas, acredito que a motivação pela descoberta de algo observável pode ser um combustível para obtenção de novas experiências. Impossível não pensar ao final desse trabalho em todas as crianças que por ali passaram. Aprendi muito ao longo desses atendimentos, cresci como profissional, como ser humano, me tornei mais tolerante, mais paciente, busquei confortar a criança e a família que também se encontra desgastada com toda a situação. Espero que o presente trabalho inspire outros colegas em processo de formação na busca pelo conhecimento e por uma Educação Física mais inclusiva, cooperativa, reconhecida na área da saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como observação final deste trabalho, posso considerar que o PEF é parte importante na rede de saúde pública, tornando-se peça importante na equipe multidisciplinar de atendimento. O PEF possui qualificações que nenhum outro membro da equipe tem, mesmo que a grande maioria ache que os médicos e fisioterapeutas podem assumir a função do PEF, isso não passa de um equívoco. Apesar de grande parte dos currículos não tratarem da Educação Física na área da saúde como deveriam, o PEF já ganhou muito espaço e tem seu lugar cada vez mais consolidado na área.

Através desta experiência, pude constatar que existe um campo de trabalho muito vasto na rede pública de saúde e porque não na rede privada para o PEF. Podemos encontrar meios de fugir do velho conceito de que o PEF bacharelado só é capaz de trabalhar na área dos esportes, academias, clubes, etc.

Na UIP, o PEF ganhou certo destaque na equipe multidisciplinar de atendimento coordenando as atividades lúdico terapêutica. Ele tem seu próprio espaço na sala de recreação, faz atendimentos nos leitos, bem como os médicos, enfermeiros e fisioterapeutas.

Finalizo meu trabalho com a sensação de dever cumprido, orgulhosa pelo aprendizado que tive, pelo trabalho que desenvolvi, pelos erros que me fizeram aprender, pelas dificuldades que encontrei e principalmente pelas vitórias que obtive, salientando o ótimo resultado que tive em conjunto com meu colega residente no atendimento do paciente psiquiátrico portador do TDO. Sinto que a área da saúde me encantou e sigo adiante com a esperança de que podemos mostrar para todos que a Educação Física na área da saúde é uma realidade que só tende a ganhar espaço e reconhecimento.

REFERÊNCIAS

ANJOS, T.C. dos; DUARTE, A.C.G. **A Educação Física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional.** Physis, Rio de Janeiro, v.19, n.4, 2009.

BATTAGLION NETO, A. **O conhecimento e a prática dos acadêmicos da Educação Física com atuação na saúde pública.** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

BETTI; I. R.; BETTI, M. **Novas perspectivas na formação profissional em educação física.** Motriz, Rio Claro, v.2, n.1, 1996.

BERSCH, A.A.S; YUNES, M.A.M **O brincar e as crianças hospitalizadas: contribuições da abordagem ecológica.** Ambiente e educação, vol. 13, 2008.

BRACHT, V. **Pesquisa em ação: educação física na escola, intervenção e conhecimento.** Ijuí: Unijuí, 2003.

BRACHT, V. **Educação Física e Esportes: intervenção e conhecimento.** In: Revista da Educação Física/UEM, Maringá, v.1, n.10, 1999.

BRACHT, V. **A constituição das teorias pedagógicas da educação física.** Cadernos Cedes, Campinas, v.19, n.48, ago,1999.

BRASIL. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Educação Física.** Brasília: Secretaria de Educação Fundamental, 1997.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.069/90.** Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 03 de dez. de 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080/90.** Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 02 de dez. de 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 11.104/05.** Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm>. Acesso em: 11 de dez. de 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Básica.** Brasília, 2013. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/docman/julho-2013-pdf/13677-diretrizes-educacao-basica-2013-pdf/file>>. Acesso em: 02 de dez. de 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição Federal da República.** Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 02 de dez. de 2017.

BRASIL. **MV – Gestão em Saúde.** Porto Alegre, 2017. Disponível em: <<http://www.mv.com.br/pt/blog/entenda-os-3-niveis-de-atencao-a-saude-possiveis-no-brasil#>>. Acesso em: 03 de dez. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fundação Oswaldo Cruz.** Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/>>. Acesso em: 03 de dez. de 2017.

BRASIL. **Portal Educação**. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br>>. Acesso em: 03 de dez. de 2017.

BRASIL. **Vectra Consultoria e Serviços**. Disponível em: <<https://www.blog.vetracs.com.br>>. Acesso em: 03 de dez. de 2017.

BRASIL. **Portal de Saúde do Cidadão**. Disponível em: <<https://www.portaldocidadao.saude.gov.br>>. Acesso em: 03 de dez. de 2017.

BRASIL. **Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br>>. Acesso em: 03 de dez. de 2017.

BRASIL. **Hospital Albert Einstein**. Disponível em: <<https://www.einstein.br>>. Acesso em: 06 de dez. de 2017.

_____. Conselho Nacional de Educação. **Resolução número 7, de 31 de março de 2004**. Conselho Nacional da Educação. Brasília: 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF**. Brasília: 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde: 2006.

CABALLERO, R.M.S. **Pedagogia das vivências corporais: educação em saúde e culturas de corpo e movimento**. 2015. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

CARVALHO, Y.M; FRAGA, A.B; GOMES, I.M. **As práticas corporais no campo da saúde Volume 3**. São Paulo. Hucitec. 2016.

CASARA, Andressa; GENEROSI, Rafael A.; SGARBI, Sandra. **A recreação terapêutica como forma de intervenção no âmbito hospitalar**. Revista Digital, Buenos Aires, ano 12, n. 110, julho de 2007. Disponível em <<https://www.efdeportes.com/a-recreacao-terapeutica-no-ambito-hospitalar.htm>>. Acesso em 03 de dez. de 2017

CECCIM, R.B.; BILIBIO, L.F. **Singularidades da Educação Física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional**. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Orgs.). **Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L. C. M. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n. 5, 2004.

COQUEIRO, R. S.; NERY, A. A.; CRUZ, Z. V. **Inserção do professor de Educação Física no Programa de Saúde da Família**. *EFDeportes.com*, Buenos Aires, n. 103, 2006. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd103/professor-educacao-fisica.htm>>. Acesso em: 02 dez. 2017.

DAOLIO, J. **Fenômeno social esporte na formação profissional em Educação Física**. Revista da Educação Física/UEM, Maringá, v. 9, n. 1, 1998.

FRAGA, A.B. et al. **Alterações curriculares de uma escola septuagenária: um estudo sobre as grades dos cursos de formação superior em educação física da ESEF/UFRGS.** Movimento, Porto Alegre, vol. Especial ESEF 70 anos, n.1, 2010.

FÉLIX, J. et al. **As diretrizes do NASF e a presença do profissional em Educação Física.** Motrivivência, Florianópolis, v.26, n.42, jun. 2014.

FERLA, A.A.; CECCIM, R.B.; DALL'ALBA, R. **Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva.** RECIIS, Rio de Janeiro, v.6, n.2, 2012.

FORTUNA, C. M. et al. **O trabalho em equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos.** Revista Latinoamericana de Enfermagem, v. 13, n. 2, p. 262-268, mar./ abr. 2005. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 06 dez. 2017.

FRAGA, A.B; WACHS, F. **Educação Física e Saude Coletiva.** Porto Alegre. Editora da UFRGS. 2007.

GHILARDI, R. **Formação profissional em Educação Física: a relação teoria e prática.** 1998.

GOMES, I; FRAGA, A; CARVALHO, Y. **Práticas Corporais no Campo da Saúde: uma política em formação.** Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

GOMES, R; MITRE, R.M.A. **A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, 2004.

GONZÁLEZ, F.J. **O estudo do esporte na formação superior em Educação Física: construindo novos horizontes.** Movimento, Porto Alegre, v.10, n.1, 2004.

GONZÁLEZ, F.J. **Práticas corporais e sistema único de saúde: desafios para a intervenção profissional.** In: FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M.; GOMES, I. M. **As práticas Corporais no campo da saúde.** Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

MENDES, V.M; CARVALHO, Y.M. **Práticas Corporais & Clínica Ampliada.** São Paulo. Hucitec: Capes. 2016.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Educação Física.** Parecer CNE/CES n° 0058/2004, aprovado em 18/2/2004. Brasília, 2004.

NEGRINE, Airton. Instrumentos de coleta de informações na pesquisa qualitativa. In: MOLINA NETO, Vicente et al. **A Pesquisa Qualitativa na Educação Física: alternativas metodológicas.** 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2010. Cap. 4. p. 61-99.

PIANCASTELLI, C. H.; FARIA H. P.; SILVEIRA, M. R. **O trabalho em equipe.** Disponível em: <<http://www.opas.org.br/rh/publicacoes>>. Acesso em: 06 dez. 2017.

PINHEIRO, M.A; MATTOS, P; SOUZA, I; PASTURA, G; GOMES, F. **The effect of methylphenidate on oppositional defiant disorder comorbid with attention deficit/hyperactivity disorder.** Arq Neuropsiquiatr. 2004.

PINTO, A.L.S. **O tratamento dispensado à categoria saúde no currículo de graduação em educação física.** 2012. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

ROBBINS, S. P. **Comportamento organizacional.** Tradução técnica de Reynaldo Marcondes. 9. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

SANTINI, J.; MOLINA NETO, V. **A síndrome do esgotamento profissional em professores de educação física: um estudo na rede municipal de ensino de Porto Alegre.** Rev. bras. Educ. Fís. Esp., São Paulo, v.19, n.3, 2005.

SANTOS, L. J. M. **A atuação dos profissionais de Educação Física nos hospitais da Universidade Federal do Rio de Janeiro.** *EFDeportes.com*, Buenos Aires, n. 14, 1999. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd14b/hospitai.htm>>. Acesso em: 02 de dezembro de 2017.

_____. **A educação física hospitalar em desenvolvimento: uma breve apresentação das 32 subespecialidades de atuação profissional no campo da saúde.** *EFDeportes.com*, Buenos Aires, n. 27, 2000. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd27a/hosp.htm>>. Acesso em: 02 de dezembro de 2017.

SCHERER, A. **O desafio da mudança na formação inicial de professores: o estágio curricular no curso de licenciatura em educação física.** Tese de doutorado em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, 2008.

SCHINDEL, Cláudia; DONADIO, M.V.F. **Efeitos de programas de exercício físico em pacientes com fibrose cística.** *Scientia Medica (Porto Alegre)* 2013; volume 23, número 3, p. 187-190.

SIGNORINI, I. **O gênero relato reflexivo produzido por professores da escola pública em formação continuada.** In *Gêneros Catalisadores: letramento e formação de professores.* São Paulo: Parábola, 2006.

SIKILERO, R. H. A. S. **Ação lúdico terapêutica no Hospital de Clínicas de Porto Alegre em perspectiva institucional emancipatória.** 2010. Tese (mestrado em educação) – Centro Universitário La Salle, Unilasalle. Canoas, 2010.

SIMPSON, C.A.; AZEVEDO, D.M., MIRANDA, F.A.N; SANTOS, J.J.S; Justino, M.A.R. **O brincar enquanto instrumento terapêutico: opinião dos acompanhantes.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2008.

STEINHILBER, J. **Profissional de Educação Física... Existe?.** Rio de Janeiro: SPRINT, 1996.

TAKAHASHI, R.T; GONÇALVES, V.L.M. **Gerenciamento de Recursos Físicos e Ambientais.** In: Kurcgant, P, coordenadora. *Gerenciamento em Enfermagem.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

WACHS, F; ALMEIDA, U.R; BRANDÃO, F.F.F. **Educação Física e Saúde Coletiva: cenários, experiências e artefatos culturais.** Porto Alegre: Rede Unida, 2016.