

FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ENSINO NAS
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS
GERAIS EM CURSOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA BACHARELADO**

CURITIBA
2017

JÚLIO CÉSAR LACERDA MARTINS

**AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS
GERAIS EM CURSOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA BACHARELADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde das Faculdades Pequeno Príncipe, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ensino nas Ciências da Saúde.

Linha de pesquisa: Currículo, processos de ensino-aprendizagem e avaliação na formação em saúde.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Zonato Esteves

CURITIBA
2017

“... a meta principal da escola não é o ensino de conteúdos disciplinares,
mas o desenvolvimento das competências pessoais”.

Perrenoud

AGRADECIMENTOS

A Deus que me concedeu saúde e graça para realização deste trabalho.

Ao meu orientador de mestrado, Prof Dr. Roberto Zonato Esteves meus sinceros agradecimentos pela atenção dedicada, confiança e orientação objetiva, contribuindo de maneira significativa para a realização deste trabalho.

Ao Prof Dr. Deoclécio Rocco Gruppi por ter autorizado a pesquisa na IES a qual coordena o curso de educação física e por ter sido membro da banca de defesa da dissertação.

Aos Prof(s) Dr. Bruno Sergio Portela e Dr. Marcus Peikriszwili Tartaruga por terem autorizado a pesquisa na IES a qual coordenam o curso de educação física.

A todos os professores e estudantes que responderam os questionários, meus sinceros agradecimentos, foi fundamental para a pesquisa.

Aos Professores membros da banca avaliadora, Dra. Izabel Cristina Meister Martins Coelho, Dra. Elaine Rossi, Dr. Deoclécio Rocco Gruppi e Dr. Carlos Ricardo Maneck Malfatti, agradeço pelas contribuições.

Aos meus pais Valdemar e Maria (*in memoriam*), e meus irmãos Marcelo e Alexandre, pelo amor, exemplo, educação e dedicação que alicerçaram meu caráter e por suas palavras de incentivo em cada obstáculo a ser ultrapassado.

A minha querida e amada esposa Flavia, pelo seu amor, compreensão e apoio incondicional que recebi na elaboração desta pesquisa, que é o segundo mestrado em um prazo de dois anos. Muito obrigado pela compreensão e dedicação a nossas vidas pessoal e profissional. Você foi fundamental para a minha sustentação emocional. Muita gratidão! Esta conquista é nossa!

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	7
LISTA DE QUADROS.....	9
LISTA DE GRÁFICOS	10
LISTA DE FIGURAS.....	11
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	13
RESUMO.....	14
ABSTRACT.....	15
1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS.....	20
2.1 OBJETIVO GERAL	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3 REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1 DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS	21
3.2 COMPETÊNCIA.....	25
3.2.1. Competências Gerais	28
3.3 AVALIAÇÃO.....	34
4 METODOLOGIA	37
4.1 TIPO DE PESQUISA	37
4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO	37
4.2.1. Critérios de inclusão e exclusão	37
4.3 CENÁRIO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO	38
4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	40
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
6 CONCLUSÃO	98
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100

8 REFERÊNCIAS.....	101
APÊNDICE A – EXTRATO DO PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP109	
ANEXO A - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS GERAIS NA ÁREA DA SAÚDE (ESTUDANTE)	110
ANEXO B - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS GERAIS NA ÁREA DA SAÚDE (PROFESSOR).....	114

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Idade média, mediana, mínima, máxima e desvio - padrão, de estudantes dos Cursos de Educação Física de uma cidade do interior do Paraná.....	46
Tabela 2 - Variáveis descritivas de estudantes dos Cursos de Educação Física.	46
Tabela 3 - Média, mediana, mínimo, máximo e desvio-padrão, para as três dimensões, do questionário aplicado aos estudantes dos Cursos de Educação Física.....	48
Tabela 4 - Média, mediana, mínimo, máximo e desvio-padrão, para as três dimensões, do questionário aplicado aos professores dos Cursos de Educação Física.....	49
Tabela 5 - Média, mediana, mínimo, máximo e desvio-padrão para as três dimensões do questionário aplicado aos estudantes.	51
Tabela 6 - Média, mediana, mínimo, máximo e desvio-padrão para as três dimensões do questionário aplicado aos professores.....	51
Tabela 7 - Resultados da avaliação do modelo - Questionário aplicado aos estudantes.....	54
Tabela 8 - Resultados da avaliação do modelo - Questionário aplicado aos professores.....	55
Tabela 9 - Medidas de Qualidade de Ajuste dos modelos.	56
Tabela 10 - Valores de Alpha de <i>Cronbach</i> para as dimensões de cada um dos modelos apresentados nos questionários aplicados aos estudantes e professores.....	56
Tabela 11 - Média, desvio padrão e valor de p, das dimensões e questões por sexo, dos questionários aplicados aos estudantes.	57
Tabela 12 - Média, desvio padrão e valor de p, das dimensões e questões por sexo, dos questionários aplicados aos professores.	64
Tabela 13 - Média e desvio padrão, das dimensões e questões por Instituição, dos questionários aplicados aos estudantes.....	68

Tabela 14 - Instituição e questões, segundo dimensão, com maior escore, dos questionários aplicados aos estudantes, que apresentaram diferenças significativas.	69
Tabela 15 - Média e desvio padrão, das dimensões e questões por Instituição atual, dos questionários aplicados aos professores.	76
Tabela 16 - Instituição e questões, segundo dimensão, com maior escore, dos questionários aplicados aos professores.	77
Tabela 17 - Média e desvio padrão das dimensões e questões, por ciclos, dos questionários aplicados aos estudantes.	88
Tabela 18 - Média e desvio padrão das dimensões e questões, por ciclos, dos questionários aplicados aos professores.	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Comparação das competências gerais	29
Quadro 2 - Identificação das dimensões e códigos atribuídos no instrumento utilizado para coleta de dados (5A e 5B).....	39

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Médias das respostas dos estudantes e professores.....	50
Gráfico 2 - Média das três dimensões estudadas entre os gêneros, na avaliação dos estudantes.....	58
Gráfico 3 - Média das três dimensões estudadas entre os gêneros, na avaliação dos professores.....	65
Gráfico 4 - Média das três dimensões estudadas entre as instituições, na avaliação dos estudantes.....	69
Gráfico 5 - Média das três dimensões estudadas entre as instituições, na avaliação dos professores.....	77
Gráfico 6 - Média das três dimensões estudadas nos ciclos iniciais e finais, na avaliação dos estudantes.....	89
Gráfico 7 - Média das três dimensões estudadas nos ciclos iniciais e finais, na avaliação dos professores.....	92

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Questão 1.7 interajo com meus pares e sociedade, em busca da melhor decisão a ser tomada, abordando riscos e falhas no processo, na avaliação dos estudantes.	58
Figura 2 - Questão 1.2 postura inovadora e criativa, na visão dos professores.	65
Figura 3 - Questão 1.8 domínio de tecnologias de comunicação e informação entre as instituições, na avaliação dos estudantes.	70
Figura 4 - Questão 1.9 considerar aspectos culturais na comunicação entre as instituições, na avaliação dos estudantes.	70
Figura 5 - Questão 2.1 facilidade para identificar situações-problema entre as instituições, na avaliação dos estudantes.	71
Figura 6 - Questão 2.5 tomada de decisão visando o uso apropriado, eficácia, custo e efetividade de medicamentos e equipamentos entre as instituições, na avaliação dos estudantes.	71
Figura 7 - Questão 2.24 participar em cooperações na formação, por meio de redes nacionais e internacionais entre as instituições, na avaliação dos estudantes.	72
Figura 8 - D3 Educação em saúde entre as instituições, na avaliação dos professores.	78
Figura 9 - Questão 1.3 o estudante compreende o funcionamento do Sistema de Saúde, entre as instituições, na avaliação dos professores.	78
Figura 10 - Questão 2.5 o estudante utiliza do fundamento de tomada de decisão visando o uso apropriado, eficácia, custo e efetividade de medicamentos e equipamentos, entre as instituições, na avaliação dos professores.	79
Figura 11 - Questão 2.24 o estudante participa em cooperações na formação, por meio de redes nacionais e internacionais, na avaliação dos professores. .	79
Figura 12 - Questão 3.4 o estudante é empático no processo de comunicação, na avaliação dos professores.	80
Figura 13 - Questão 3.5 o estudante utiliza habilidade de escuta no processo de comunicação, na avaliação dos professores.	80

Figura 14 - Questão 3.6 o estudante utiliza outras formas de comunicação, além da verbal, na avaliação dos professores.	81
Figura 15 - Questão 3.8 o estudante demonstra que a educação contextualizada no processo de trabalho agrega o desenvolvimento profissional, na avaliação dos professores.....	81
Figura 16 - Questão 3.11 o estudante respeita o ponto de vista do outro, na avaliação dos professores.....	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFC -Análise Fatorial Confirmatória

CEP – Comitê de ética em pesquisa

CFI - *Comparative fit index*

CNE/CP - Conselho Nacional de Educação/Conselho Pleno

DCNs - Diretrizes Curriculares Nacionais

FPP -Faculdades Pequeno Príncipe

GFI - *Goodness-of-Fit*

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IES – Instituição de Ensino Superior

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

MEC - Ministério de Educação e Cultura

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NFI - *Normalized fit index*

NNFI - *Non-normalized fit index*

OIT - Organização Internacional do Trabalho

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PPC - Projeto pedagógico do curso

RMSEA - *The Root Mean Square Error of Approximation*

SUS - Sistema Único de Saúde

SESu - Secretaria de Educação Superior

TBL - *Team Based Learning*

TCLE- Termo de consentimento livre e esclarecido

RESUMO

Martins, J. C. L. **AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS GERAIS EM CURSOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA BACHARELADO**. 2017. 117f. Dissertação [Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde] – Faculdades Pequeno Príncipe - FPP, Curitiba/PR.

As Diretrizes Curriculares objetivam guiar o processo ensino-aprendizagem para uma formação pautada em competências gerais e específicas e desta forma enfatizam a relevância de um acompanhamento por meio da avaliação continuada e sistemática. A presente pesquisa apresentou como objetivo avaliar o desenvolvimento das competências gerais em Cursos de Educação Física - Bacharelado em Instituições de Ensino Superior pública e privada de uma cidade do interior do Estado do Paraná. O estudo foi descritivo com abordagem quantitativa por meio do método transversal com utilização do questionário elaborado por De Matia e Coelho (2015) composto de 44 questões, o qual foi aplicado em discentes e docentes. A aplicação do instrumento foi realizada *in loco*. Para análise descritiva dos dados foram utilizadas medidas de tendência central e medidas de variabilidade, para as comparações estatísticas e a verificação de diferenças entre os grupos estudados foi utilizado o teste t ou teste de *Wilcoxon* conforme pressupostos estatísticos. O nível de significância considerado foi $p = 0,05$. As análises foram realizadas por meio do *Software* livre e de código aberto *R Core Team 2016*. Após aplicação dos questionários em estudantes e professores do Curso de Educação Física Bacharelado de duas instituições, uma pública e outra privada, obteve-se uma amostra total de 263 respostas, sendo 132 de estudantes de ambos os sexos e 131 de professores. A amostra foi constituída por discentes, com idade média de 21.82 ± 5.01 e com predominância do gênero masculino (61.4%). As respostas dos docentes quando comparadas aos discentes são inferiores, em todas as dimensões estudadas. Os graduandos dos primeiros períodos se avaliam piores que aqueles em períodos mais avançados do curso. Os docentes percebem alunos do sexo feminino, mais hábeis na postura inovadora e crítica e os discentes destacam alunos do sexo feminino, mais hábeis na interação com seus pares e sociedade, em busca da melhor decisão a ser tomada, abordando riscos e falhas no processo. Ao realizar a análise comparativa entre o ciclo inicial e final dos cursos percebe-se que houve diferença significativa em todas as questões, exceto uma questão referente à participação em cooperações na formação, por meio de redes nacionais e internacionais ($p=0.09$), na visão dos estudantes e a questão alusiva ao estudante compreender o funcionamento do Sistema de Saúde ($p=0.083$), na ótica dos professores. Conclui-se que os graduandos dos cursos de Educação Física bacharelado envolvidos na pesquisa estão desenvolvendo parcialmente as competências gerais fundamentais para a formação, segundo as Diretrizes curriculares.

Palavras-chave: Competências Gerais; Educação Física Bacharelado; Avaliação; Diretrizes Curriculares Educação Física.

ABSTRACT

The Curricular Guidelines aim to guide the teaching-learning process towards a training based on general and specific competences and this emphasize the relevance of follow-up through continuous and systematic evaluation. The present study aimed to evaluate the development of general competences in Physical Education Courses - Bachelor of Public and Private Higher Education Institutions of a city in the interior of the State of Paraná. The study was descriptive with a quantitative approach using the cross-sectional method using the questionnaire developed by De Matia and Coelho (2015) composed of 44 questions, which was applied to students and teachers. The instrument was applied in loco. For the descriptive analysis of the data we used measures of central tendency and measures of variability, for the statistical comparisons and the verification of differences between the studied groups the t test or Wilcoxon test was used according to statistical assumptions. The significance level considered was $p = 0.05$. The analyzes were performed using Open Source R Core Team 2016 Open Source Software. After applying the questionnaires to students and teachers of the Bachelor of Physical Education of two institutions, one public and another private, a total sample of 263 answers was obtained, 132 of students of both sexes and 131 of teachers. The sample consisted of students, with a mean age of 21.82 ± 5.01 and a predominance of males (61.4%). The answers of the teachers when compared to the students are inferior, in all the dimensions studied. Graduates of the first periods are evaluated worse than those in more advanced periods of the course. Teachers perceive female students, who are more adept in their innovative and critical posture, and the students emphasize female students, more skilled in interaction with their peers and society, in search of the best decision to be made, addressing risks and failures in the process. When comparing the initial and final cycle of the courses, it was noticed that there was a significant difference in all the questions, except for a question concerning participation in cooperation in training, through national and international networks ($p = 0.09$), in the view of the students and the issue alluding to the student to understand the functioning of the Health System ($p = 0.083$) from the point of view of the teachers. It is concluded that the undergraduate students of the baccalaureate Physical Education courses involved in the research are partially developing the general basic competences for the training, according to the Curricular Guidelines.

Keywords: General competences; Physical Education Bachelor Degree; Evaluation; Curricular Guidelines Physical Education.

1 INTRODUÇÃO

Considerações e pensamentos sobre a formação em saúde estão inseridos nas discussões de educadores e profissionais da área há mais de 40 anos. Em especial, nos últimos anos devido a uma série de acontecimentos políticos e econômicos no escopo das políticas públicas e do setor privado motivou professores, estudantes e gestores da saúde refletirem sobre projetos de mudança (FEUERWERKER, 2007).

Esta reflexão foi possível depois da mudança dos currículos mínimos, que eram inflexíveis, para a proposta das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) que, diferentemente dos currículos mínimos, tem uma preocupação com elementos norteadores de natureza mais abrangente, abarcando diferentes graus de autonomia, flexibilidade curricular e permitindo independência no sistema de avaliação institucional e de cursos (PRUDENCIO; RODRIGUES, 2015).

As DCNs dos cursos da área de saúde buscam uma integração entre as áreas da saúde e orientam uma formação baseada em competências gerais e específicas voltadas para as necessidades individuais e coletivas levando em conta o Sistema Único de Saúde (SUS), conduzindo todos os anseios, de forma a desenvolver e valorizar a promoção da saúde (TAVARES *et al.*, 2016).

Especificamente quanto à Educação Física, a Resolução do Conselho Nacional de Educação/Conselho Pleno (CNE/CP) nº 07/2004 (BRASIL, 2004) que trata das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, estabelece uma formação diferenciada para o bacharel e o licenciado devido à distinção do campo de atuação profissional. A licenciatura em educação física é conduzida pelas mesmas orientações de todas as outras licenciaturas presentes nas Resoluções CNE/CP n.01 e 02/2002 (MELOROSE; PERROY; CAREAS, 2004)(BRASIL, 2002). Uma das indicações é de que o licenciado deve ser formado única e exclusivamente para o espaço escolar.

Segundo as DCNs o Profissional de Educação Física Bacharelado “deverá assegurar uma formação generalista, humanista e crítica, qualificadora da intervenção acadêmico-profissional, fundamentada no rigor científico, na reflexão filosófica e na conduta ética” (BRASIL, 2004 p.1). Neste contexto, o

egresso deve desenvolver durante a graduação habilidades para poder atuar nas diversas esferas elencadas na referida DCNs.

Para o profissional de saúde atuar na promoção de saúde é necessário a migração do ensino tradicional para um ensino baseado em competências, possibilitando que o graduando desenvolva um conjunto de atitudes e saberes para viabilizar a capacidade de agir em determinada situação prática (TAVARES *et al.*, 2016).

Em currículos que passaram a ser desenvolvidos por competência, os conteúdos apresentam significado quando surgem da prática e a partir de então, passam a ser explorados com consistência e funcionalidade para o enfrentamento de situações complexas e reais, edificadas socialmente (STELLA; PUCCINI, 2008).

Ser competente é a “capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles” (SARRETA, 2009). É importante ressaltar que ser competente não é apenas saber a ação mecânica e sim saber contextualizar com meio que está inserido.

O conceito de competência é empregado nos múltiplos campos do saber. Na área da saúde, outros autores definem competências como sendo o conhecimento, as habilidades e as atitudes necessárias para programar ações em dimensões específicas de práticas (PERRENOUD, 1999).

Contextualizada com a competência está a avaliação. Não há como discorrer sobre competências sem falar em avaliação. Para relatar o desenvolvimento de uma determinada competência deve ser aplicada uma determinada avaliação e este é o grande desafio: saber como avaliar as competências gerais ou específicas no ensino superior nos cursos da área da saúde.

Atualmente avaliar não significa o simples ato de mensurar desempenho de um discente. A avaliação é instrumento de aprendizagem, uma vez que desempenha um importante efeito sobre ela (ZEFERINO; PASSERI, 2007). Segundo Bordenave; Pereira (1991) a aprendizagem não pode ser vista como sendo uma transferência de conhecimento, mas deve partir da análise de situações e atitudes para derivar o conhecimento.

Para Bloom *et al.* (1993), a avaliação da aprendizagem significa a determinação das competências aprendidas por meio de aspectos quantitativos e qualitativos do comportamento humano. Segundo o autor, o caráter intelectual é afeto à área cognitiva, já a área motora engloba os comportamentos que se relacionam com a prática e os comportamentos relacionados com atitudes, ideias, interesses e valores são mais afetos a área afetiva.

As Competências Gerais, foco deste estudo, são descritas e explicadas pelo Ministério da Educação da seguinte forma: **1 - Atenção à Saúde:** devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo - assegurando que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde – além de realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, considerando a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim com a resolução do problema de saúde, tanto a nível individual como coletivo; **2 - Tomada de Decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões que visem o uso apropriado, a eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, equipamentos, procedimentos e de práticas, constituindo habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a melhor conduta; **3 - Comunicação:** o ato de comunicar-se envolve a construção de um entendimento mútuo, sendo necessário e primordial que os profissionais de saúde sejam acessíveis e capazes de manter a confidencialidade das informações à eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve o diálogo verbal, não verbal e a escrita e leitura; também o domínio de pelo menos uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação; **4- Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisão, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz, pautada nas dimensões da liderança: iniciativa, investigação, posicionamento, solução de conflitos e crítica; **5 - Administração e**

Gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; **6 – Educação Permanente:** os profissionais devem buscar aprendizado contínuo, tanto em sua formação quanto na sua prática. Assim, estes devem buscar o aperfeiçoamento e possuir responsabilidade e compromisso com a educação e treinamento/estágio de futuros profissionais. Ao trabalharem desta forma, não transmitirão apenas conhecimentos, mas proporcionarão condições para que haja benefício entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços (BENITO *et al.*, 2012) (DE MATIA, 2015) (RAVAZANI, 2017).

As competências gerais podem ser consideradas um alicerce para o profissional, porém podem estar sendo negligenciadas na formação, desta forma, avalia-las se torna importante, pois permitirá a apresentação de ações aos formadores para sanear os possíveis problemas.

Este estudo investigou especificamente os acadêmicos que cursam Educação Física Bacharelado em decorrência do curso de Educação Física Licenciatura ser regido por Diretrizes Curriculares diferentes. Sendo assim, os estudantes de Educação Física Licenciatura poderão atuar somente no ambiente formal, que são as escolas; e os estudantes de Educação Física bacharelado poderão trabalhar apenas no ambiente não formal, concebendo assim, que as competências gerais dos licenciados sejam diferentes dos bacharéis.

Desta forma estamos diante de um problema: o bacharel em Educação Física deve ter uma formação voltada para a saúde e integrado com as outras áreas afins, porém suas DCNs não deixam claras as competências gerais do profissional de educação física igualmente a dos outros cursos da área da saúde. Nesse contexto, o graduando em Educação Física Bacharelado desenvolve as competências gerais comuns aos cursos da área da saúde?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o desenvolvimento das competências gerais em Cursos de Educação Física - Bacharelado em Instituições de Ensino Superior pública e privada de uma cidade do interior do Estado do Paraná.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar a validação do questionário para o público escolhido.
- Analisar a autoavaliação do aluno sobre o desenvolvimento de suas competências gerais;
- Analisar a avaliação do professor sobre o desenvolvimento das competências do aluno.
- Comparar as respostas de alunos e professores.
- Analisar as respostas segundo sexo, instituição e período.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), no Brasil, apresentam como premissa básica o norteamento dos currículos na formação acadêmica, sendo assim, de suma importância para as Instituições de ensino superior (IES). Cada graduação tem as DCNs, mas as das áreas das Ciências da Saúde apresentam competências em comum.

Atualmente a formação do profissional de Educação Física está dividida em Educação Física Licenciatura e Educação Física Bacharelado, sendo os cursos regidos por DCNs diferentes. O primeiro segue a Resolução do Conselho Nacional de Educação/Conselho Pleno (CNE/CP) número 01 de 2002 e a Resolução CNE/CP número 07 de 2004 e o segundo segue apenas a Resolução CNE/CP número 07 de 2004.

A Resolução CNE/CP 01/2002 apesar de não ser específica para a Educação Física apresenta uma tendência que norteia os cursos de licenciatura de todas as áreas. Sendo que o conceito de competência, nesse documento, aparece de forma explícita (DA SILVA, 2015), porém com algumas competências diferentes da Resolução CNE/CP 07/2004 que rege o curso de Bacharelado.

Segundo Da Silva (2015), a Resolução CNE/CP 01/2002 refere-se a formação dos licenciados de forma geral, sendo assim, é necessário a produção de diferentes resoluções para cada área do conhecimento. Na Educação Física o documento é a Resolução número 07, de 31 de março de 2004 do CNE que institui as DCNs para os cursos de graduação em Educação Física.

Ainda, segundo o mesmo autor, alguns interpretam de forma errada as DCNs de Educação Física ao abordarem que a Licenciatura segue a Resolução CNE/CP 01/2002 e o Bacharelado a CNE/CP 07/2004, sendo que na verdade o correto é a Licenciatura seguir a CNE/CP 01/2002 e CNE/CP 07/2004.

O artigo primeiro da CNE/CP 07/2004 deixa bem claro a questão acima mencionada:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena, assim como estabelece orientações específicas para a licenciatura plena em Educação Física, nos termos definidos nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica.

O inciso segundo do artigo quarto apresenta as primeiras normas para a formação em Licenciatura em Educação Física exigindo que se respeitem as indicações da Resolução CNE/CP 01/2002. Desta forma fica evidente que não há uma norma diferenciada, porém sim complementar à formação do Licenciado (DA SILVA, 2015).

Essas discussões entre as DCNs do Licenciado e Bacharelado iniciam suas discordâncias em 1997, “quando as IES foram convocadas a apresentarem propostas para as novas DCNs dos cursos superiores” (HONORATO, 2011).

O Ministério da Educação (MEC), em 1997, por meio da Secretaria de Educação Superior (SESu), publicou um edital (04/97) convocando todas as IES para discutirem as novas DCNs para as diferentes carreiras. Naquele momento foram criadas várias comissões de especialistas para discutirem as diversas carreiras do ensino superior do Brasil. Após os diálogos entre os especialistas as propostas foram encaminhadas para o Conselho Nacional de Educação (CNE) (DE MELO, 2004) (VIERA *et al.*, 2009).

O Edital 04/97 delimitou os elementos constitutivos que as DCNs deveriam contemplar: perfil, competências e habilidades, duração dos cursos, conteúdos, atividades complementares, estágios, estrutura modular e conexão com a avaliação institucional (DE MELO, 2004).

Ainda, no mesmo ano, o Parecer CNE/CES 776/1997, estabelecia um embate quanto à formação de profissionais de Educação Física. Algumas Instituições defendiam a ideia de que o professor de Educação Física seria identificado por sua intervenção pedagógica, sem importar o campo de atuação, sinalizando para uma formação em curso único, outras defendiam a ideia de formação específica em áreas diferenciadas, como lazer e recreação, treinamento físico, gestão esportiva entre outros (SCHERER, 2008).

Os debates e discussões prosseguiram até 2001, com a homologação do Parecer CNE/CP 09/2001, que firmou a formação de professores para a Educação Básica de forma específica, o que não permitia mais a formação de um profissional de Educação Física generalista para a atuação em escolas (ambiente formal) e em ambientes não formais (fora da escola) (SCHERER, 2008).

Diante da separação, passou a ocorrer a formação de dois profissionais distintos: um voltado para o ambiente formal (licenciatura) e outro para ambientes não formais (bacharelado). A licenciatura possibilita ao egresso uma intervenção pedagógica, com atuação específica na escola e subordinada de certa forma as normas dos Estados, como competências do Ministério da Educação, do Conselho Nacional de Educação, das Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e dos Conselhos Estaduais e Municipais de Educação e o outro voltado para o ambiente informal (SCHERER, 2008).

A formação dos Bacharéis foi caracterizada por uma formação específica, não necessariamente voltada para a educação, mas especialmente direcionada para a saúde e para a qualidade de vida, possibilitando ao egresso atuação nas perspectivas da prevenção de problemas de agravo da saúde, promoção, proteção e reabilitação da saúde (SCHERER, 2008; BRASIL, 2004).

Para Coutinho (2011), o profissional de educação física somente consegue atuar na promoção à saúde se o projeto político pedagógico proporcionar ao discente o desenvolvimento de um pensar crítico reflexivo, proporcionando ao aluno um desvelar da realidade, permitindo assim, propor ações transformadoras que levam o indivíduo a ter autonomia nas decisões em saúde durante o caminhar acadêmico.

O texto introdutório das diretrizes curriculares dos cursos da saúde apresenta, em quase todas as DCNs, a convenção textual 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”. Alguns cursos foram além, ratificando a orientação da formação com ênfase no SUS, como é o caso da formação de farmacêuticos, nutricionistas e de enfermeiros (ROCHA; CENTURIÃO, 2007).

Para Rocha; Centurião (2007), destacar o SUS na formação exige uma orientação à formação voltada para seus princípios doutrinários, ou seja, para a

prática que garanta a universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde. Porém, para além da orientação pelo sistema, outros fatores apresentados nas diretrizes curriculares deverão repercutir sobre as práticas em saúde, e uma destas reflexões é a formação por competência, o que acarreta a mudança da concepção de educação e no modo de ensinar dos docentes.

A educação permanente em saúde corrobora com as novas diretrizes curriculares propostas aos cursos de graduação na área da saúde, uma vez que se destina à transformação do modelo de atenção à saúde, fortalecendo a promoção e prevenção de agravos no Sistema Único de Saúde, oportunizando uma assistência integral e independência aos profissionais de saúde (RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010).

Para Rodrigues; Vieira; Torres (2010) outro ponto importante que a educação permanente trabalha e, é um dos fulcros das DCNs, é a formação de um profissional crítico, capaz de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social para prestar uma assistência humana e de qualidade a toda a população.

Ingrid; Pereira; Lages (2013), discorrem que para formar profissionais de saúde comprometidos e com a compreensão da saúde como direito, é necessário indagar os limites da pedagogia das competências adotada pelas DCNs, bem como edificar uma proposta de formação que discuta com o “pressuposto da transformação social, de modo que a sua didática possibilite aos estudantes evoluírem criticamente da práxis individual e comum para a práxis histórica”.

O artigo sexto da CNE/CP 07/2004 apresenta as competências exigidas de um profissional de Educação Física. Essas competências são comuns aos cursos da área da saúde.

De Matia (2015), em seu estudo discorre sobre as DCNs dos 14 cursos da área da saúde pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde número 287, de 1998, que tiveram suas diretrizes implementadas no período de 2001 a 2004.

Segundo a mesma autora, as DCNs dividem-se em dois grandes blocos, as Competências Gerais que contemplam Atenção a Saúde, Tomada de Decisão, Comunicação, Liderança, Administração e Gerenciamento e

Educação Permanente que são comuns para os cursos de Ciências Biológicas, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Educação Física, Terapia Ocupacional e Biomedicina. O segundo bloco seriam as competências específicas.

3.2 COMPETÊNCIA

Há várias definições de competência. Sarreta (2009) apresenta uma definição clássica e direta definindo-a como a “capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”.

Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o conceito de competência é originário de 1960, porém a discussão ganhou ímpeto no início dos anos 80, no ambiente empresarial, sendo conduzido em seguida para o campo educacional levando-se em conta as discussões do próprio sistema educacional diante as exigências do mercado de trabalho. Em ambos contextos, empresarial e educacional, são diversos os conceitos sobre a temática da competência o que faz com que surjam várias visões teóricas frente as diversas raízes epistemológicas (MARQUES; EGRY, 2011).

Para a resolução de problemas são necessários recursos cognitivos variados e de forma coesa, dentre os quais o conhecimento. Assim, a construção das competências requisita do profissional não apenas os conhecimentos técnicos, mas aqueles que são adquiridos a partir de sua prática (TAVARES *et al.*, 2016).

No mesmo sentido, a definição de competência é utilizada nos inúmeros campos do saber. Neste trabalho, usamos a definição de Perrenoud (1999) que define competências como o conhecimento, as habilidades e as atitudes necessárias para planejar ações em circunstâncias específicas das práticas.

Para Cruz; Schultz (2009) a competência não é um conhecimento adquirido. Os autores relatam que deter o conhecimento e habilidades não significa ser competente, pois é possível ter conhecimento sem saber aplicá-lo. Desta forma, competências não são avalizadas por diplomas, não são inatas e, ainda, não são totalmente conquistadas na graduação, uma vez que são

construídas ao longo da vida do profissional, sendo formadas com base em aprendizagem em ambientes formais e informais.

Segundo Barry *et al.* (2009) a importância de utilizar competências para a promoção da saúde é marcada pela relevância de servirem como um ponto de referência para determinar padrões profissionais que permitirão a qualidade do trabalho, bem como a seleção dos trabalhadores, além de identificar a necessidade de treinamento e estruturação dos programas de treinamento e formação acadêmica.

Para Do Nascimento; Oliveira (2010) existem inúmeros desafios na atuação em saúde, assim se faz necessário pensar sobre a formação e o perfil de competências desejado aos profissionais da saúde, com uma ótica não apenas no conhecimento técnico especializado, mas, especialmente, nas habilidades e atitudes a serem desenvolvidas em prol da saúde da população, com a consciência da responsabilidade social envolvida na ação profissional.

Várias são as competências que devem ser desenvolvidas no período da formação profissional em promoção da saúde, mas as principais seriam valores éticos, conhecimentos, favorecimento de mudanças, comunicação, liderança, avaliação ou diagnóstico das necessidades, planejamento, implementação e avaliação de pesquisa (BATTEL-KIRK; BARRY, 2009).

Outra visão a ser abordada é sobre o campo de trabalho dos profissionais da saúde que é extremamente amplo, fazendo assim que muitas competências sejam desenvolvidas para a atuação profissional. As competências abarcam conhecimentos, habilidades e atitudes que são empregadas diariamente no exercício da profissão (DE MATIA, 2015).

Para Egerland (2009) existem também as competências profissionais para os bacharéis em educação física e estas exigem um conjunto de competências para resolver desafios que têm significado múltiplo no processo de treinamento físico, as quais possam atender as demandas físicas, mentais, sociais, emocionais e espirituais dos atletas. O autor afirma ainda, que as competências correspondem aos domínios corporal sinestésico, verbal linguístico, espacial, lógico, interpessoal e intrapessoal.

Para atender as competências elencadas nas DCNs são necessárias mudanças na formação acadêmica. É importante implantar metodologias ativas, alterações nas matrizes curriculares e buscar excelência na formação

voltada para a saúde coletiva. Dentre essas mudanças uma das mais significativas é a transformação não só na organização dos fazeres, mas também dos saberes (RAYMUNDO *et al.*, 2015).

A implementação das metodologias ativas é necessária, mas existem alguns obstáculos para sua efetivação e, um deles, é o próprio corpo docente. Anastasiou (2014) relatou em seu estudo que uma das dificuldades encontradas pelos docentes para implantarem as metodologias ativas é que foram formados por meio de metodologias tradicionais, criando assim uma certa barreira para a migração do método tradicional para o inovador.

As metodologias ativas são pontos de partida para o aprimoramento “dos processos mais avançados de reflexão, de integração cognitiva, de generalização, de reelaboração de novas práticas.” Permite aos discentes aprenderem por meio de práticas, possibilitando assim, cada aluno desenvolver um percurso mais individual e participativo no processo de ensino-aprendizagem (MORÁN, 2015).

A graduação é responsável em moldar as atividades ou tarefas que devem ser aperfeiçoadas pelos profissionais e essas atividades estão diretamente correlacionadas com as competências desenvolvidas na graduação, possibilitando ao discente demonstrar o “saber fazer bem”, preconizado na pirâmide de Muller. Pirâmide essa que sedimenta os métodos de avaliação em função dos desempenhos esperados dos alunos (JONSDOTTIR *et al.*, 2011).

Todos esses processos de mudanças acadêmicas voltados para o desenvolvimento das competências afetaram a estrutura da formação profissional, ocasionando alterações nos currículos e na forma de avaliar das instituições de ensino superior, ocasionando a busca por um currículo baseado em competências e o desenvolvimento de práticas e ações que buscam a integralidade na atenção à saúde (DA SILVA, 2015)(RAYMUNDO *et al.*, 2015).

Para Peixoto (2016) o processo de mudança acadêmica deve ser realizado com cautela, pois os próprios docentes atuam em uma perspectiva tradicional, é interessante e necessária a inserção gradual nas aulas, pelo docente, de práticas pedagógicas inovadoras, entre elas as metodologias ativas, pois pode não ser fecundo para o processo de ensino o rompimento súbito do uso da metodologia tradicional para o uso de uma prática inovadora,

devido ao fato de muitos alunos ainda não se encontrarem preparados para desenvolver a aprendizagem de forma ativa e independente.

Uma reflexão importante nesses processos de mudanças e que afeta diretamente o aluno no início da graduação quando são incorporados métodos inovadores é que o discente no ensino médio foi formado com metodologia tradicional e, sendo assim, a transição do método tradicional para um método baseado em metodologias ativas faz com que o acadêmico apresente muitas dificuldades (BERBEL, 2011).

Nesta perspectiva de olhar o Ensino Médio no processo de transição para a graduação é importante considerar Franco (2008), que relatou dados importantes referentes a seu estudo, onde ficou constatado que egressos do ensino médio apresentam carências de domínios de conteúdos básicos da escola e de competências essenciais para o ingresso no ensino superior, especialmente por apresentarem dificuldade na escrita e produção de texto.

3.2.1. Competências Gerais

As competências gerais podem ser classificadas como “comportamentos próprios de desempenho em diferentes setores ou atividades e usualmente estão relacionadas à interação com saberes/fazeres mais abrangentes” (COUTINHO, 2011).

Para Corominas *et al.* (2006) competências gerais são empregadas e utilizadas no campo do conhecer e saber, são transferíveis no sentido de que elas servem para diferentes áreas profissionais e nos programas de formação acadêmica seu desenvolvimento é inquestionável.

As DCNs definem as competências gerais do profissional da saúde: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente. Os cursos devem trabalhar essas competências em consonância com seus projetos político-pedagógicos para que possam ser desenvolvidas de forma satisfatória (LOURENÇÃO; BENITO, 2009).

Benito *et al.* (2012), descreve que o desenvolvimento das competências gerais em saúde permite ao discente o caminhar dos saberes: saber fazer,

saber ser e um saber conviver, para que possa atuar nas diversas situações do contexto do trabalho em saúde.

Briccia; Maria; Carvalho (2016) discorrem sobre o desenvolvimento das competências específicas para o bom desempenho profissional, porém chamam atenção para as competências gerais, pois sem elas, é impossível um bom desenvolvimento das competências específicas. Deixam claro, ainda, que as competências gerais devem ser trabalhadas por uma equipe pedagógica, para estarem em permanente monitoramento dos conhecimentos das competências gerais.

Os cursos da área da saúde apresentam em comum as competências gerais. Nos 14 cursos da área da saúde as competências gerais ficam bem evidenciadas em suas DCNs, exceto em alguns cursos, sendo o curso de Educação Física Bacharelado um deles (DE MATIA, 2015). Assim, para evidenciar as competências gerais dos bacharéis em Educação Física foi desenvolvido um quadro comparativo das competências gerais de todos os cursos da área da saúde com as competências gerais elencadas nas DCNs do curso de Educação Física Bacharelado.

O quadro 1 apresenta a comparação entre as competências gerais dos cursos da área da saúde com o curso de Educação Física:

Quadro 1 - Comparação das competências gerais

DCNs Educação Física	Competência geral cursos da área da saúde
<p>“Intervir acadêmica e profissionalmente de forma deliberada, adequada e eticamente balizada nos campos da prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, da formação cultural, da educação e reeducação motora, do rendimento físico-esportivo, do lazer, da gestão de empreendimentos relacionados às atividades físicas, recreativas e esportivas, além de outros campos que oportunizem ou venham a oportunizar a prática de atividades físicas, recreativas e esportivas.”</p>	<p>1 - Atenção à Saúde: “Devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo - assegurando que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde – além de realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, considerando a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim com a resolução do problema de saúde, tanto a nível individual como coletivo”.</p>
<p>“Pesquisar, conhecer, compreender, analisar, avaliar a realidade social para nela intervir acadêmica e profissionalmente, por meio das manifestações e expressões do movimento humano, tematizadas, com foco nas diferentes formas e modalidades do exercício físico, da ginástica, do jogo, do</p>	<p>2 - Tomada de Decisões: “[...] trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões que visem o uso apropriado, a eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, equipamentos, procedimentos e de práticas, constituindo</p>

<p>esporte, da luta/arte marcial, da dança, visando a formação, a ampliação e enriquecimento cultural da sociedade para aumentar as possibilidades de adoção de um estilo de vida fisicamente ativo e saudável.”</p>	<p>habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a melhor conduta”[...]</p>
<p>“Utilizar <u>recursos da tecnologia da informação e da comunicação</u> de forma a ampliar e diversificar as formas de interagir com as fontes de produção e de difusão de conhecimentos específicos da Educação Física e de áreas afins, com o propósito de contínua atualização e produção acadêmico-profissional.”</p>	<p>3 - Comunicação: “ [...]os profissionais de saúde devem ser acessíveis e manter a confidencialidade das informações à eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve o diálogo verbal, não verbal e a escrita e leitura; também o domínio de pelo menos uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação”.</p>
<p>“Participar, assessorar, <u>coordenar, liderar e gerenciar equipes multiprofissionais</u> de discussão, de definição e de operacionalização de políticas públicas e institucionais nos campos da saúde, do lazer, do esporte, da educação, da segurança, do urbanismo, do ambiente, da cultura, do trabalho, dentre outros.”</p>	<p>4- Liderança: [...]no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisão, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz [...]</p>
<p>“Conhecer, dominar, produzir, selecionar, e avaliar os efeitos da aplicação de diferentes técnicas, instrumentos, equipamentos, procedimentos e metodologias para a produção e a intervenção acadêmico-profissional em Educação Física nos campos da prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, da formação cultural, da educação e reeducação motora, do rendimento físico-esportivo, do lazer, <u>da gestão de empreendimentos relacionados às atividades físicas</u>, recreativas e esportivas, além de outros campos que oportunizem ou venham a oportunizar a prática de atividades físicas, recreativas e esportivas.”</p>	<p>5 - Administração e Gerenciamento: [...] os profissionais devem estar aptos a fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.</p>
<p>“Acompanhar as transformações acadêmico-científicas da Educação Física e de áreas afins mediante a análise crítica da literatura especializada com o propósito de <u>contínua atualização e produção acadêmico-profissional</u>.”</p>	<p>6 - Educação Permanente: [...]os profissionais devem buscar aprendizado contínuo, tanto em sua formação quanto na sua prática. Desta forma, estes devem buscar o aperfeiçoamento e possuir responsabilidade e compromisso com a educação e treinamento/estágio de futuros profissionais. Ao agirem desta maneira, não transmitirão apenas conhecimentos, mas proporcionarão condições para que haja benefício entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços [...]</p>

Fonte: Brasil (2004) e De Matia (2015).

Conforme as DCNs, o Profissional de Educação Física deve desenvolver as mesmas competências gerais comuns aos cursos da área da saúde:

atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente.

Para Oliveira *et al.* (2011), a educação permanente é uma estratégia primordial para o desenvolvimento da competência geral do profissional de saúde, principalmente para estimular a consciência e a importância de se manter permanentemente capacitado.

Segundo o mesmo autor, é necessário ocorrer transformações na política de formação dos profissionais de saúde para que não fiquem atados apenas na formação técnica e, também, que direcionem a graduação para os princípios dos SUS, para que os profissionais desenvolvam a formação pautada em aspectos de produção subjetiva, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS, fazendo com que a atualização técnico-científica seja apenas um aspecto da transformação das práticas e não o eixo central.

Para Fonseca *et al.* (2011) o conhecimento do SUS possibilita entender o intuito deste que é um dos maiores sistemas de saúde do mundo e, por conseguinte, da potencialidade de empregabilidade e das necessidades do profissional de Educação Física para ajudar na consolidação do sistema.

O bacharel em Educação Física deverá reunir competências e habilidades para bem entender e atender diferentes populações: gestante, criança, adolescente e idoso, bem como aos diversos setores da sociedade: público, privado e terciário e por fim, os vários níveis de intervenção: pessoal, grupos, organizações, comunidades e sociedades (FONSECA *et al.*, 2011).

Na mesma linha de pensamento de Oliveira *et al.* (2011) encontramos Camelo e Angerami (2013) que preconizam que na área da saúde, especialmente na formação profissional, a construção das competências gerais implica articular diferentes saberes para a estruturação de uma prática marcada não somente pela aquisição e incorporação de conhecimentos e habilidades, mas também em atitudes pessoais e relacionais para que ocorra uma transformação da realidade em saúde.

Nesse sentido, devido as constantes transformações no mercado de trabalho em saúde, acredita-se o quanto é importante a construção de um programa de desenvolvimento de competências para o profissional de saúde, por meio de educação em serviço, que outorgue a capacitação e a formação

contínua de competências necessárias para a sua plena atuação profissional (CAMELO; ANGERAMI, 2013).

Finkler (2010) e De Carvalho (2011), discorrem sobre a importância do emprego de metodologias ativas para o desenvolvimento das competências gerais e, em especial, das habilidades relacionadas com a postura ética. Para o autor a problematização é uma excelente ferramenta metodológica para trabalhar a ética, porém realça que a postura ética do docente em atividades práticas, mesmo com a utilização da metodologia tradicional, conduz os discentes a compreender ética.

Batista; Graça; Matos (2008) expõem que nas últimas décadas o Profissional de Educação Física passou a enfrentar novos desafios requerendo profissionais competentes capazes de responder às novas exigências, sendo uma das maiores premissas o pleno domínio da dimensão ética. Não basta ter o conhecimento para ser competente como profissional de educação física, é necessário saber as dimensões da ética para poder atuar nos diversos setores deste profissional.

Dentre as competências gerais do profissional da área de saúde a competência de liderança nos últimos anos está sendo mais exigida, pois é crescente o trabalho em equipe, principalmente com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Assim, o profissional de educação física passou a trabalhar com questões até então não usuais em sua prática diária, tais como trabalho em equipe constituídas por outros profissionais da área da saúde e a realização de ações de promoção da saúde nos âmbitos individual e coletivo (SAPORETI; SÉRGIO; MIRANDA, 2016).

Segundo Saporeti; Sérgio; Miranda (2016), devido ao crescente sedentarismo, foi necessário ao poder público pensar em ações transversais, integradas e intersetoriais. Desta forma, para viabilizar as práticas corporais, houve maior incentivo da gestão do SUS para a prática de atividades físicas. Uma iniciativa foi a “Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS”, implantada em 2006, bem como a criação do NASF, criado em 2008.

Dentro do escopo da liderança, Guerra e Spiri (2013) definem liderança como um fenômeno tipicamente social, que acontece exclusivamente em grupos sociais. Pode-se definir como uma ação interpessoal realizada numa dada ocasião e dirigida por meio do processo de comunicação humana para a

consecução de um ou mais objetivos. Desta forma, é uma habilidade fundamental para os profissionais da área de saúde, sendo necessário que as instituições de ensino se conscientizem da importância de trabalhar com um processo de ensino-aprendizagem no qual possibilite o desenvolvimento da função do líder.

Para Schlickmann; Pizarro (2013) há uma disparidade entre a liderança masculina e feminina. A masculina no passado era mais valorizada pelos traços de personalidade do homem como: a competitividade, agressividade e domínio, porém estudos recentes demonstram que a liderança está apresentando um modelo baseado no conhecimento humano e neste novo contexto vem se evidenciando características como: flexibilidade, intuição, sensibilidade, capacidade de trabalhar em equipe e administrar as diversidades, que são atributos mais direcionados ao sexo feminino.

Liderar é importante para desenvolver uma das competências gerais, administração e gerenciamento, porém Moraes; Ramos (2011), em seu estudo concluíram que o domínio de tecnologias de comunicação é importante para a competência geral comunicação e muito necessário para o desenvolvimento das outras competências gerais uma vez que contribuem sobremaneira para a construção do conhecimento, garantindo especialmente mais independência para o aluno na pesquisa.

Neste mesmo sentido da comunicação, apresenta-se Melo (2006), que em seu estudo relatou que o desenvolvimento da competência base da comunicação, garante o aprimoramento do ouvir, da expressão oral e escrita e das habilidades interpessoais, sendo estas muito úteis para o profissional da área de saúde.

Outro fator importante e que está relacionado diretamente com as competências gerais é a globalização. Esta é um desafio no mundo contemporâneo devido a revogação das fronteiras e circulação de docentes e discentes, permitindo novas abordagens no ensino, na aprendizagem e na avaliação, principalmente pela expansão “do conhecimento e tecnologias, pela nova forma de viver e de atuar dos pacientes, que têm hoje direitos e expectativas diferentes, bem como pelos alunos que chegam hoje à universidade” (PATRÍCIO, 2016 p.22).

3.3 AVALIAÇÃO

A palavra avaliar tem sua origem do latim e deriva da constituição da palavra a-valere, que significa “dar valor a” (LUCKESI, 2000).

Alguns autores, como Libâneo (1994) e Luckesi (2000) definem, respectivamente, a avaliação como:

"(...) um componente do processo de ensino que visa, através da verificação e qualificação dos resultados obtidos, determinar a correspondência destes com os objetivos propostos e, daí, orientar a tomada de decisões em relação às atividades didáticas seguintes".

"(...) um juízo de qualidade sobre dados relevantes, tendo em vista uma tomada de decisão".

A avaliação deve apresentar como objetivo de análise a expressão global do aluno uma vez que mensura a forma oral, escrita, corporal ou gestual, tanto na área cognitiva, afetiva e psicomotora (FRIAS; TAKAHASHI, 2002).

Neste sentido, Akerman *et al.* (2004), discorre que há uma discussão de como fazer para que a avaliação seja melhor, e as respostas mais consolidadas relatam que é muito importante a definição clara e precisa dos objetivos de uma avaliação e da explicitação dos princípios do processo avaliativo.

Para Cotta *et al.* (2012), assim como os instrumentos de aprendizagem estão exigindo mudanças, como por exemplo, o uso de metodologias ativas, a avaliação, também, deve sofrer alterações e evoluções. Atualmente, a avaliação deve ser capaz “de desencadear uma visão do todo e ainda incentivar a construção de redes de mudanças sociais que possibilitem a expansão da consciência individual e coletiva”.

Ao que tange o desenvolvimento das competências político-sociais, ético-morais, técnico-profissionais e científicas, as DCNs determinam que os cursos de graduação de Educação Física devam avaliar baseados no domínio dos conteúdos e das experiências, com o objetivo de garantir a qualidade da formação acadêmico-profissional (BRASIL, 2004).

Mendes *et al.* (2006), realçam a importância da avaliação nos cursos da área da saúde e frisa que a educação física apresenta dificuldade no processo avaliativo uma vez que o docente denota um revés para a avaliação de conteúdos práticos, fazendo com que muitas vezes a avaliação seja muito superficial e não exerça sua função dentro do escopo do ensino aprendizagem.

A avaliação é necessária para sabermos se uma determinada competência foi adquirida. Nesse sentido, a função do professor é primordial, pois cabe a ele verificar se os objetivos de ensino e a progressão destes estão proporcionando a aprendizagem do discente (PERRENOUD; GENTILE; BENCINI, 2000). Essa progressão pode ser conduzida por meio da avaliação (ZEFERINO; PASSERI, 2007).

Atualmente, a avaliação não é mais entendida como a ação ou o ato de mensurar o desempenho do aluno. A avaliação é um instrumento de aprendizagem, uma vez que exerce um efeito marcante sobre ela. Na verdade a avaliação é parte que integra o processo de aprendizagem (ZEFERINO; PASSERI, 2007).

Quando elencamos o ensino por competências não cabe mais dizer em aprendizagem como sendo uma transferência de conhecimento, e sim a partir do estudo de uma situação para derivar conhecimentos, incluindo entre outras características, “conhecimento, capacidade de execução, raciocínio, pensamento crítico, postura profissional e ética, valores, mudança de atitude e até certa independência para a produção do saber” (BORDENAVE; PEREIRA, 1991).

Avaliar a aprendizagem significa propor quais as competências adquiridas por meio das questões quantitativas e qualitativas, analisando as áreas cognitivas, motora e afetiva. A cognitiva aborda comportamentos de caráter intelectual, a motora relaciona-se com aspectos práticos e a afetiva enfatiza as atitudes, ideias, valores e interesses (BLOOM apud ZEFERINO, 2007).

Para o desenvolvimento da aprendizagem é necessário utilizar como um dos métodos a avaliação. Essa vai elucidar as metas, tomadas de decisão e as possíveis mudanças curriculares determinantes para a progressão do ensino-aprendizado (HAYDT, 2002).

O docente, ao trabalhar com a avaliação da aprendizagem, deve sempre refletir a importância de colocar em prática diária novas propostas que objetivem a uma melhoria do ensino, uma vez que a avaliação é parte de um processo e não um fim em si e deve ser empregada como um instrumento, também, para o desenvolvimento da aprendizagem dos discentes (DATRINO; DATRINO; MEIRELES, 2010).

Na última década, percebemos, em muitos pesquisadores que estudam a avaliação, que a mesma deverá ser contínua, formativa e personalizada, percebendo-a como um elemento do processo de ensino-aprendizagem, o qual proporciona aos docentes conhecer o resultado das ações didáticas e, por conseguinte, melhorar o processo de ensino, atingindo assim as habilidades e competências dos discentes (DATRINO; DATRINO; MEIRELES, 2010).

Um processo avaliativo deve ser composto por três formas básicas de avaliação: diagnóstica, formativa e somativa. A primeira, é importante para o docente verificar se os discentes possuem os conhecimentos básicos e imprescindíveis para às novas aprendizagens ou qual é o conhecimento prévio do aluno. A formativa, é uma excelente ferramenta de acompanhamento do curso com o propósito de verificar se os alunos estão progredindo gradativamente nas etapas proposta às novas aprendizagem. Por último, a somativa, geralmente realizada no final do curso e com o objetivo de identificar se o estudante adquiriu as competências necessárias para o desenvolvimento da aprendizagem (ZEFERINO; PASSERI, 2007).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Estudo do tipo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa por meio do método transversal.

A pesquisa descritiva visa descrever todas as características da amostra, onde os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados. Abrange o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados por meio de questionários e/ou observação sistemática (NEVES; DOMINGUES, 2007)(THOMAS; NELSON, 2002).

A abordagem quantitativa trabalha com fatos. Apresenta suas raízes no pensamento lógico, considera o que pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações o que tende a enfatizar o raciocínio dedutivo e os atributos mensuráveis da experiência humana. Estudo transversal ou de corte transversal possibilita ter uma melhor perspectiva da situação de uma amostra ou população em um período instantâneo momentâneo (THOMAS; NELSON, 2002).

4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população do estudo foi formada por alunos de graduação e professores, vinculados a dois Cursos de Educação Física Bacharelado das IES, pública e privada.

Foram convidados 15 alunos de cada período, isto é, do primeiro ao último semestre, devidamente matriculado e 12 professores que responderam as avaliações para cada aluno respondente, sendo um professor para cada período pesquisado. Dos professores respondentes, um atua nas duas IES.

4.2.1. Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na pesquisa alunos, maiores de 18 anos, devidamente matriculados e que aceitaram responder a pesquisa assinando o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram incluídos na pesquisa professores que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e que estavam vinculados ao curso de Educação Física das IES pesquisadas.

Foram excluídos desta pesquisa professores e alunos que não completaram o preenchimento do instrumento ou não responderam dentro do prazo determinado pelo pesquisador.

4.3 CENÁRIO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Duas Instituições de ensino superior pública e privada do interior do Paraná, que apresentavam o curso de Educação Física Bacharelado reconhecido pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC).

A instituição pública conta com 10 cursos da área da saúde: enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social, medicina veterinária, ciências biológicas e educação física.

A instituição privada é composta por 9 cursos da área da saúde: ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

As instituições foram inicialmente contatadas, pessoalmente, para explicação do objetivo e metodologia aplicada no estudo. As instituições existentes na cidade concordaram participar e expressaram esta concordância por meio de carta de autorização disponibilizada pelo corpo diretivo.

4.4 COLETA DOS DADOS

Para coleta de dados foi utilizado um instrumento para avaliação de Competências Gerais para os cursos da área da saúde, desenvolvido e validado por De Matia (2015). Foram construídas diferentes versões do instrumento, porém optou-se pelo uso das Versões 5 A (ANEXO A) e 5 B (ANEXO B) as quais foram indicadas pelo próprio autor como adequadas para a aplicação em estudantes, professores e professores e estudantes em conjunto. O referido instrumento é dividido em três dimensões: Atenção à

Saúde, Gestão em saúde e Educação em saúde, estas baseadas nas Competências Gerais propostas para os 14 cursos da saúde.

O instrumento de coleta de dados indicado ao estudante Versão 5 A é autoaplicável e composto por 44 questões distribuídas nas três dimensões citadas e uma escala de medida tipo *Likert*. Ao professor foi aplicado um questionário semelhante Versão 5 B onde para cada aluno respondente ocorreu um questionário preenchido pelo professor por meio do qual se procedeu a avaliação do aluno. Desta forma foi possível avaliar a percepção do aluno sobre o desenvolvimento de suas competências gerais, analisar a percepção do professor sobre o desenvolvimento das competências do aluno e foi possível comparar as avaliações realizadas.

Após a aplicação do questionário desenvolvido e validado com base nas Diretrizes Curriculares dos Cursos da Área da Saúde e atualizado para o curso de medicina, tem-se a garantia que todas as competências gerais estão sendo atendidas, isto é, todas as seis competências gerais que são propostas para os 14 cursos da área da saúde, estão sendo avaliadas. A seguir, no quadro 2 pode-se observar as dimensões e códigos atribuídos no instrumento.

Quadro 2 - Identificação das dimensões e códigos atribuídos no instrumento utilizado para coleta de dados (5A e 5B).

Nome da dimensão	Código da Dimensão
Atenção à saúde	D1
Gestão em saúde	D2
Educação em saúde	D3

Fonte: Adaptado de Matia e Coelho (2015).

Para análise descritiva, das respostas dos alunos e professores, optou-se por apresentar, os resultados, com a escala *Likert* em forma numérica de 1 a 5, onde 1 representa o “discordo totalmente” e 5 corresponde ao “concordo totalmente”, assim sendo, da menor a maior atribuição dada à cada questão.

Ao docente foi encaminhado um questionário semelhante ao discente, Versão 5B (Anexo B), onde para cada aluno respondente houve um questionário preenchido pelo professor por meio do qual este procedia a avaliação do aluno.

Assim, foi possível avaliar a percepção do discente sobre o desenvolvimento de suas competências gerais e analisar a percepção do docente sobre o desenvolvimento das competências do aluno sendo possível comparar as avaliações realizadas.

A aplicação dos instrumentos foi realizada *in loco* pelo pesquisador, fato que facilitou a coleta dos dados. Após a autorização pelo comitê de ética e da autora do instrumento de pesquisa iniciaram as investigações com os discentes e docentes. Primeiramente foi realizada a pesquisa na instituição pública e, em seguida, na privada.

Os questionários dos professores foram entregues para o coordenador da instituição pública distribuir para os professores correspondentes de cada ano e os questionários dos professores da instituição privada foram entregues pelo próprio pesquisador a cada professor correspondente a cada período. Cabe salientar, que, antes do preenchimento, o pesquisador explicou detalhadamente o funcionamento da referida ferramenta tanto para o coordenador da instituição pública como para os professores da instituição privada.

Os questionários dos professores foram entregues somente após o retorno dos questionários dos alunos. No momento da entrega do questionário ao professor foi encaminhado além do modelo pertinente, o nome do aluno e período/ano atual, para que este pudesse identificar o estudante para assim proceder a resposta do questionário.

Após os discentes e docentes terem respondidos e entregue os questionários, as respostas foram tabuladas, codificadas e analisadas estatisticamente.

4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Utilizou-se para análise descritiva dos dados, medidas de tendência central e medidas de variabilidade, para validação do questionário foi utilizada a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) a qual possui um conjunto de ferramentas para validar estruturalmente um questionário onde cada dimensão compõe uma equação e desta forma se obtém um modelo de equações estruturais. Cada questão possui sua contribuição para a dimensão e também

apresenta uma contribuição global. A estimativa padronizada representa a contribuição de cada questão de uma forma global. O questionário foi validado por meio dos indicadores de qualidade do modelo de equações estruturais.

A AFC é uma análise estatística que possui um conjunto de ferramentas para validar estruturalmente um questionário, sendo que cada dimensão compõe uma equação e com isso temos um modelo de equações estruturais. Busca-se a validação do questionário e verificar os indicadores de qualidade deste modelo estatístico.

A AFC consiste em uma análise multivariada de dados, e tem como princípio a confirmação da estrutura fatorial proposta teoricamente (CASTRO; HÖKERBERG; PASSOS, 2013). Esta análise possibilita testar em que medida cada modelo assumido melhor se ajusta aos dados atuais (população do estudo, variáveis relacionadas), usando índices de ajustamento múltiplos (APÓSTOLO; TANNER; ARFKEN, 2012).

A análise fatorial confirmatória possui um conjunto de ferramentas para validar estruturalmente um questionário. Cada dimensão compõe uma equação e com isso temos um modelo de equações estruturais. O que se deseja então para validar o questionário é verificar os indicadores de qualidade deste modelo estatístico.

Quando se constrói um questionário é comum utilizar a análise fatorial exploratória seguida da confirmatória. Nos casos em que se faz uma tradução os constructos já estão desenvolvidos e é comum utilizar apenas a análise fatorial confirmatória, pois a estrutura já está determinada, bem como ao validar um questionário já desenvolvido (BRYANT *et al.*, 1995).

A partir da determinação da AFC, muitas estatísticas de ajustes diferentes podem ser usadas para ajudar a determinar se o modelo proposto proporciona ajuste adequado dos dados. Optou-se pela aplicação da medida de qualidade *Alpha* de *Cronbach* aplicada a cada dimensão de todos os modelos apresentados, determinando assim a coerência do questionário para cada dimensão apresentada. O *Alpha* de *Cronbach* indica que quanto menor for a variação produzida nas mensurações repetidas pelo atributo, maior sua confiabilidade.

Desta forma, os índices de consistência interna variam entre 0,00 e 1,00 sendo que quanto mais alto o coeficiente encontrado, mais exata é a medida,

sendo os valores de 0,60 a 0,70 considerados o limite inferior de aceitabilidade (HAIR, J. F., BLACK, W. C., BABIN, 2010). Assim, foram considerados adequados valores encontrados acima de 0,7 para validação do questionário empregado.

Ao executar a AFC, muitas estatísticas de ajuste diferentes são usadas para ajudar a determinar se o modelo proporciona ajuste adequado para os dados. O teste do qui-quadrado indica a quantidade de diferença entre as matrizes de covariância observadas e esperadas. Um valor do qui-quadrado perto de zero e um p-valor do qui-quadrado maior que 0,05 indicam que há pouca diferença entre as matrizes de covariância observadas e esperadas, o que é um indicador do bom ajuste. No entanto, o teste do qui-quadrado é amplamente reconhecido como problemático, pois é muito sensível ao tamanho da amostra (JÖRESKOG, 1969). Por conseguinte, é muitas vezes preferido para avaliar a adequação do modelo com base em outras estatísticas de ajuste.

A raiz quadrada média do erro de aproximação (RMSEA) está relacionada com os resíduos do modelo. Valores RMSEA variam de zero a um, com um valor menor RMSEA indicando melhor ajuste do modelo. Um modelo de bom ajuste é normalmente indicado por um valor RMSEA de 0,06 ou menos (SOUZA; FERNANDES, 2006)(HU; BENTLER, 1999), mas um valor de 0,08 ou menos é geralmente considerada aceitável (BROWNE; CUDECK, 1993), algumas outras referências ainda falam em outros valores adequados de RMSEA, como Hair *et al.* 2010 que na página 654 aceita RMSEA moderado como sendo entre 0,05 e 0,15, consideramos $RMSEA < 0,15$ como aceitável. O índice de ajuste comparativo (CFI) é um índice de ajuste incremental, que avalia a melhoria global de um modelo proposto para mais de um modelo de independência, onde as variáveis observadas não estão correlacionadas (BYRNE, 2006). Os valores de CFI variam de zero a um, com um valor maior indicando melhor ajuste do modelo. Um modelo aceitável é indicado por um valor CFI de 0,90 ou mais (HU; BENTLER, 1999). O índice de ajuste normalizado (NFI) e índice não de ajuste não normalizado (NNFI) são dois outros indicadores que são comumente usados para medir a adequação do modelo (BENTLER; BONETT, 1980).

Para cada um destes indicadores, um valor maior especifica melhor modelo de ajuste e valores acima de 0,90 são considerados aceitáveis. O RMSEA, CFI, NFI e NNFI são quatro bons índices para verificar se um modelo é adequado. Se as estatísticas de ajuste são aceitáveis, as estimativas dos parâmetros podem então ser analisadas. A estatística (GFI) *Goodness-of-Fit* foi criada por Jöreskog e Sörbom como uma alternativa para o teste do qui-quadrado, relacionado a este está o AGFI que ajusta a GFI baseada em graus de liberdade. Estas estatísticas variam de 0 a 1, e quanto maior o valor mais adequado se considera o ajuste, o ponto de corte é estabelecido em 0.9 (TABACHNICK; FIDELL, 2007).

A proporção de cada estimativa do parâmetro para o seu erro padrão é distribuído como uma estatística t e é significativo ao nível de 0,05, se o valor for superior a 1,96 e, ao nível de 0,01, se o valor for superior a 2,56 (HOYLE, 1995). Uma vez que os conjuntos de dados utilizados para AFC são tipicamente grandes e a distribuição t pela distribuição z para amostras grandes, os valores críticos da distribuição z (1,96 e 2,56) pode ser usado.

Para um modelo de bom ajuste, a maioria ou todas as estimativas dos parâmetros deve ser significativo. Se um parâmetro estimado não for significativo, deve-se considerar eliminar o item do modelo. Além disso, as correlações entre os fatores devem ser verificadas para ver como os fatores se relacionam entre si. Se as correlações são suficientemente altas, a consolidação dos fatores correspondentes para um único fator deve ser considerada.

Para a análise comparativa foi utilizado o teste t ou teste de wilcoxon conforme os pressupostos estatísticos.

O programa estatístico R foi utilizado em todas as análises, ele é um software livre e de código aberto (R Core Team 2016).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Devido ao fato da pesquisa tratar com seres humanos foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Pequeno Príncipe (FPP) e foi aprovada sob número 63595416.1.0000.5580 em 13.02.2017. A pesquisa teve como princípio a Resolução CNS 466/12, a coleta de dados foi posterior a

aprovação pelo CEP e o instrumento de coleta de dados foi aplicado após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo participante, garantindo assim sua autonomia. Foi preservada a identificação dos sujeitos de pesquisa, por meio da codificação dos dados que foram obtidos, garantindo assim a não identificação das instituições e seus participantes.

Aos participantes foi garantido que a qualquer momento pudessem retirar sua participação sem prejuízo próprio ou de terceiros e que estariam isentos de recebimentos ou custos pela participação. A pesquisa apresentou riscos mínimos, considerando que aos sujeitos da pesquisa foi aplicado um questionário validado de caráter não invasivo e como benefício foi possível a proposição de ações aos formadores para sanear problemas que foram identificados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os questionários foram respondidos por estudantes e professores de duas instituições de ensino superior do interior do Paraná, que serão a partir de agora nominadas pelas duas letras iniciais do alfabeto, na intenção de preservar sua identificação sendo, portanto, nominadas por “Instituição A” e “Instituição B”.

A coleta dos dados foi realizada *in loco* nas duas IES de maneira que os pesquisados estudantes respondessem no momento da intervenção do pesquisador durante as aulas das referidas instituições.

Após finalização da etapa de coleta de dados foram desconsideradas 8 respostas de alunos, 6 (seis) por não preencherem todo o questionário, 1 (um) por estar sem nome e 1 (um) por ter deixado uma resposta em branco. Foram consideradas válidas as respostas de 132 estudantes, e de professores foram obtidos um total de 131 questionários totalizando assim 263 questionários respondidos. Difere em 1 (um) questionário entre discentes e docentes porque um estudante da Instituição B desistiu do curso antes do docente correspondente responder o questionário. Considerando como um todo as instituições e suas realidades no momento da pesquisa, a amostra pôde ser considerada adequada.

Das duas instituições participantes, uma era privada, com 279 alunos matriculados e uma pública, com 133 alunos matriculados, somando um total de 412 acadêmicos de Educação Física Bacharelado. Todas apresentavam o curso de Educação Física em funcionamento há mais de 10 anos. As instituições utilizavam currículo tradicional, sendo a privada em 8 semestres e a pública em regime anual, ambas totalizando 4 anos de formação.

Relativo aos estudantes obteve-se uma idade média de 21.82 ± 5.01 anos, sendo a idade mínima de 18 anos e a máxima de 61 anos, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Idade média, mediana, mínima, máxima e desvio- padrão, de estudantes dos cursos de Educação Física de uma cidade do interior do Paraná

	N	Min	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Max	Média	DP
Idade	132	18	19	21	23	61	21.82	±5.01

Fonte: Dados do estudo.

Ao se observar os resultados apresentados, pode-se inferir que 50% dos alunos que participaram da pesquisa têm entre 19 e 21 anos de idade e que 75% tem até 23 anos. A Tabela 2 apresenta dados descritivos das principais características do estudo, expressa em quantidades e percentuais de respondentes em cada categoria das variáveis utilizadas.

Tabela 2 - Variáveis descritivas de estudantes dos Cursos de Educação Física.

Variáveis	Quantidade	Percentual
Sexo		
Masculino	81	61.4
Feminino	51	38.6
Instituição de ensino		
A	84	63.6
B	48	36.4
Período atual		
Primeiro	14	10.6
Segundo	10	7.6
Terceiro	11	8.3
Quarto	6	4.5
Quinto	13	9.8
Sexto	9	6.8
Sétimo	14	10.6
Oitavo	7	5.3
1º Ano	14	10.6
2º Ano	14	10.6
3º Ano	10	7.6
4º Ano	10	7.6
Soma das duas IES		
1º e 2º Anos	69	52.3
3º e 4º Anos	63	47.7

Fonte: Dados do estudo.

Dentre às características das variáveis descritivas coletadas dos estudantes participantes do estudo, pode-se considerar uma amostra jovem e com predominância de participantes do gênero masculino (61.4%). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2014, realizou uma pesquisa acerca dos jovens que frequentavam a faculdade, chegou ao percentil de

58.5% de estudantes entre 18 e 24 anos, confirmando o encontrado no presente estudo (BRASIL, 2014).

A média da faixa etária dos estudantes do presente estudo revela que a maioria acabou de sair do ensino médio, demonstrando a intenção da continuidade dos estudos após a conclusão do ensino médio. Tal fato foi ratificado no estudo de Bergamo *et al.* (2010), que avaliou alunos cursando a última série do ensino médio em escolas públicas e privadas do município de Piracicaba/SP e constatou que aproximadamente 76% dos estudantes pretendiam fazer a faculdade logo após a conclusão do ensino médio.

Uma pesquisa sobre o perfil profissional realizada em Minas Gerais, em 2010, encontrou uma predominância de profissionais entre 28 e 37 anos, sendo que destes 63% eram do gênero masculino (ZICA; COUTO, 2010). Esses dados corroboram a pesquisa que apresentou uma predominância do gênero masculino.

Ao observar a participação das IES verifica-se uma participação mais efetiva da instituição pública uma vez que cerca de 36,1% dos alunos responderam o questionário enquanto na privada aproximadamente 30,1% responderam, considerando o total matriculado.

Na Tabela 3 e 4, apresenta-se o descritivo de cada questão respondida nas três dimensões avaliadas, de estudantes e professores, respectivamente.

Tabela 3 - Média, mediana, mínimo, máximo e desvio-padrão, para as três dimensões, do questionário aplicado aos estudantes dos Cursos de Educação Física.

Dimensão	N	Min	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Max	Média	DP
Atenção à saúde								
Q1.1	132	1	2	4	4	5	3.14	1.26
Q1.2	132	1	2	3	4	5	2.84	1.23
Q1.3	132	1	2	3	4	5	2.46	1.23
Q1.4	132	1	1	3	4	5	2.61	1.27
Q1.5	132	1	1	3	4	5	2.87	1.56
Q1.6	132	1	1	2.5	4	5	2.54	1.36
Q1.7	132	1	2	3	4	5	3.17	1.35
Q1.8	132	1	2	3.5	4	5	3.17	1.22
Q1.9	132	1	2	4	4	5	3.33	1.22
Gestão em saúde								
Q2.1	132	1	2	3	4	5	3.16	1.22
Q2.2	132	1	2	3	4	5	2.73	1.2
Q2.3	132	1	1	3	3.25	5	2.52	1.23
Q2.4	132	1	2	3	4	5	2.68	1.25
Q2.5	132	1	1	3	4	5	2.65	1.31
Q2.6	132	1	1	3	4	5	2.7	1.32
Q2.7	132	1	1	3	4	5	2.98	1.5
Q2.8	132	1	1	3	4	5	2.65	1.36
Q2.9	132	1	2	3	4	5	3.09	1.33
Q2.10	132	1	1	3	4	5	2.74	1.37
Q2.11	132	1	1	3	4	5	2.64	1.33
Q2.12	132	1	2	4	4	5	3.39	1.36
Q2.13	132	1	2	3	4	5	2.86	1.33
Q2.14	132	1	1	3	4	5	2.52	1.29
Q2.15	132	1	1	2	3	5	2.14	1.23
Q2.16	132	1	1	2	3	5	2.33	1.28
Q2.17	132	1	1	2	3	5	2.25	1.23
Q2.18	132	1	1	2	3	4	2.25	1.16
Q2.19	132	1	1	2	3	4	2.13	1.14
Q2.20	132	1	1	2.5	3	5	2.33	1.23
Q2.21	132	1	1	2	3	5	2.37	1.22
Q2.22	132	1	1.75	3	4	5	2.73	1.27
Q2.23	132	1	2	3	4	5	2.76	1.22
Q2.24	132	1	1	1	1	3	1.15	0.4
Educação em saúde								
Q3.1	132	1	1	3	4	5	2.83	1.45
Q3.2	132	1	2	3	4	5	3.01	1.32
Q3.3	132	1	2	3	4	5	2.82	1.28
Q3.4	132	1	2	3.5	4	5	3.2	1.27
Q3.5	132	1	2	4	4	5	3.28	1.33
Q3.6	132	1	2	3.5	4	5	3.07	1.4
Q3.7	132	1	2	3	4	5	3.1	1.38
Q3.8	132	1	2	3	4	5	2.98	1.36
Q3.9	132	1	2	3	4	5	3.1	1.35
Q3.10	132	1	3	4	5	5	3.91	1.33
Q3.11	132	1	4	5	5	5	4.27	0.93

Fonte: Dados do estudo.

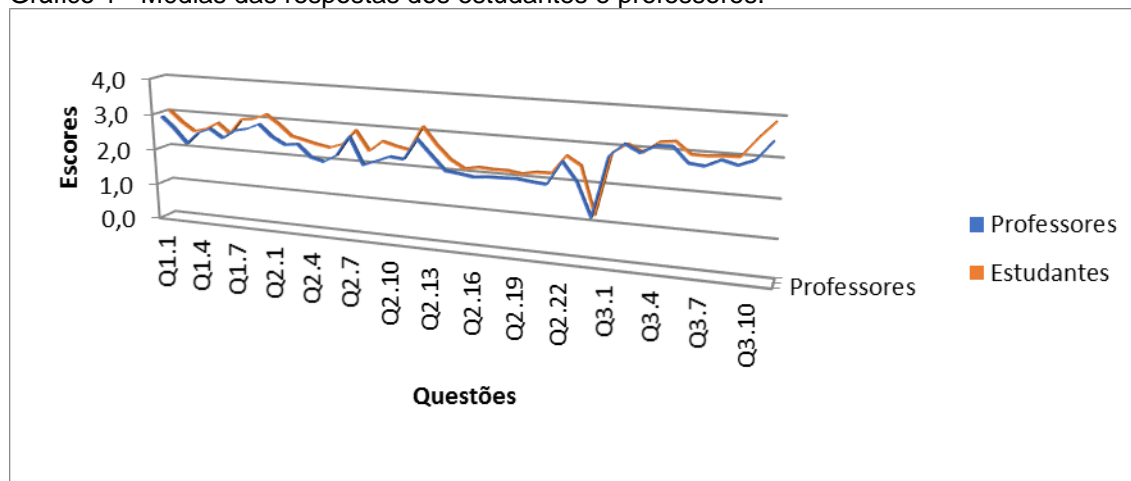
Tabela 4 - Média, mediana, mínimo, máximo e desvio-padrão, para as três dimensões, do questionário aplicado aos professores dos Cursos de Educação Física.

Dimensão	N	Min	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Max	Média	DP
Atenção à saúde								
Q1.1	131	1	2	3	4	5	2,93	1,22
Q1.2	131	1	2	2	4	5	2,61	1,18
Q1.3	131	1	1	2	3	5	2,21	0,99
Q1.4	131	1	2	3	3	5	2,55	1,14
Q1.5	131	1	2	3	4	5	2,69	1,22
Q1.6	131	1	2	3	3	5	2,46	1,10
Q1.7	131	1	2	3	4	5	2,69	1,09
Q1.8	131	1	2	3	4	5	2,77	1,18
Q1.9	131	1	2	3	4	5	2,93	1,24
Gestão em saúde								
Q2.1	131	1	2	3	3	5	2.61	1.06
Q2.2	131	1	2	3	3	5	2.42	1.04
Q2.3	131	1	2	2	3	5	2.47	1.09
Q2.4	131	1	1	2	3	5	2.14	0.98
Q2.5	131	1	1	2	3	5	2.05	0.9
Q2.6	131	1	1	2	3	5	2.26	1.03
Q2.7	131	1	2	3	3	5	2.79	1.01
Q2.8	131	1	1	2	3	5	2.05	0.96
Q2.9	131	1	1	2	3	5	2.2	0.96
Q2.10	131	1	2	2	3	5	2.34	0.96
Q2.11	131	1	2	2	3	5	2.31	1.01
Q2.12	131	1	2	3	3	5	2.87	0.97
Q2.13	131	1	2	2	3	5	2.48	1.13
Q2.14	131	1	1	2	3	5	2.1	1.02
Q2.15	131	1	1	2	3	5	2.05	0.96
Q2.16	131	1	1	2	3	5	2	0.94
Q2.17	131	1	1	2	2	5	2.04	0.91
Q2.18	131	1	1	2	3	5	2.05	1.01
Q2.19	131	1	1	2	3	5	2.06	1.1
Q2.20	131	1	1	2	3	5	2.02	0.92
Q2.21	131	1	1	2	3	5	1.98	0.92
Q2.22	131	1	2	3	3	5	2.61	1.1
Q2.23	131	1	1	2	3	5	2.12	0.97
Q2.24	131	1	1	1	1	3	1.24	0.54
Educação em saúde								
Q3.1	131	1	2	3	4	5	2.83	1.18
Q3.2	131	1	2	4	4	5	3.17	1.24
Q3.3	131	1	2	3	4	5	2.98	1.21
Q3.4	131	1	2.5	3	4	5	3.18	1.08
Q3.5	131	1	2	3	4	5	3.2	1.17
Q3.6	131	1	2	3	4	5	2.82	1.07
Q3.7	131	1	2	3	4	5	2.78	1.19
Q3.8	131	1	2	3	4	5	2.96	1.15
Q3.9	131	1	2	3	4	5	2.86	1.18
Q3.10	131	1	2	3	4	5	3.02	1.13
Q3.11	131	1	3	4	4	5	3.5	1.13

Fonte: Dados do estudo.

Para melhor visualizar a dispersão das médias das respostas o gráfico 1 apresenta a linha das médias das respostas dos professores e estudantes.

Gráfico 1 - Médias das respostas dos estudantes e professores.



Fonte: Dados do estudo.

Pode-se observar, nas tabelas 3 e 4 e no gráfico 1, segundo as respostas apresentadas, que estudantes se avaliam melhor considerando a avaliação realizada pelos professores em espelho, analisando o desenvolvimento das competências gerais.

De acordo com as dimensões avaliadas, a Gestão em saúde (D2) foi a dimensão onde os estudantes se percebem com menor desenvolvimento das competências, principalmente nas questões referentes a demonstrar iniciativa perante a equipe de saúde, à gerencia da força de trabalho, à gerencia de recursos materiais, físicos e de informação, à capacidade de buscar uma estratégia satisfatória de negociação com a equipe de saúde, à resolução de problemas, à capacidade de empreendedorismo perante a equipe de saúde e cooperação em redes nacionais e internacionais.

As respostas dos professores para a mesma dimensão resultam em uma resposta inferior para basicamente toda a dimensão uma vez que foram percebidas pelos professores (95.8%) como ainda não totalmente desenvolvidas. Cabe ressaltar que nas questões referentes ao gerenciamento de recursos físicos e materiais (Q2.16; Q2.17) os professores referiram discordar parcialmente da capacidade do aluno, e referente a questão que avalia a cooperação do aluno na formação por meio de

redes nacionais e internacionais basicamente 100% dos professores avaliaram como “discordo totalmente”.

A Educação permanente, no sistema de ensino contemporâneo, é considerada como um processo dinâmico de ensino-aprendizagem, sendo considerado necessário e destinado a atualizar e melhorar a capacidade dos estudantes considerando a evolução científico-tecnológica e as necessidades sociais e institucionais (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Na dimensão Educação em saúde, as respostas dos estudantes variam de “discordo totalmente” a “concordo totalmente” o que foi equivalente a avaliação feita pelos professores. É importante salientar que das três dimensões a D3 foi a que obteve os melhores resultados tanto para professores como para estudantes.

Ao se observar as Tabelas 5 e 6, onde são apresentadas as respostas gerais, segundo dimensões, de estudantes e professores, destaque-se que a média das respostas resultantes da dimensão Gestão em saúde (D2), foi a menor atribuída por ambos, com média de 2.57 ± 1.01 e média 2.22 ± 0.74 respectivamente, comparada as dimensões Atenção em saúde (D1) e Educação em Saúde (D3), entretanto a avaliação dos professores em todas as dimensões foi menor do que as avaliações realizadas pelos estudantes.

Tabela 5 - Média, mediana, mínimo, máximo e desvio-padrão para as três dimensões do questionário aplicado aos estudantes.

	N	Min	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Max	Média	DP
D1	132	1	2.194	3.111	3.667	4.778	2.94	1
D2	132	1	1.604	2.667	3.417	4.375	2.57	1.01
D3	132	1	2.364	3.545	4.091	5	3.23	1.1
Geral	132	1.114	1.835	3	3.665	4.523	2.81	1

Fonte: Dados do estudo.

Tabela 6 - Média, mediana, mínimo, máximo e desvio-padrão para as três dimensões do questionário aplicado aos professores.

	N	Min	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Max	Média	DP
D1	131	1	2	2.667	3.333	5	2.65	0.94
D2	131	1	1.708	2.25	2.708	3.875	2.22	0.74
D3	131	1	2.364	3.182	3.727	5	3.03	0.97
Geral	131	1.023	2.091	2.659	2.977	4.159	2.51	0.78

Fonte: Dados do estudo.

A dimensão Gestão em saúde (D2), refere-se às ações de gerenciamento (equipe, recursos físicos, materiais e de informação), trabalho em equipe, resolução de problemas (resolutividade em situações conflituosas, negociação com a equipe de saúde), tomada de decisão e liderança. Este resultado pode indicar que os cursos avaliados estão mais pautados em uma formação técnica em detrimento do conhecimento relacionado à gestão e do desenvolvimento de algumas habilidades necessárias à formação competente e integral do profissional de educação física, conforme preconizado pelas Diretrizes Curriculares.

Oliveira *et al.* (2011) corrobora os resultados apresentados uma vez que em sua pesquisa discutiu que a formação dos cursos da área de saúde tem se apresentado alheia a organização da gestão e ao debate crítico sobre os sistemas que estruturam o cuidado em saúde. Destaca, também, que as instituições formadoras mantem um ensino dominado por modelos tradicionais, voltados e focados no domínio técnico-científico da profissão.

Na área da saúde, o desenvolvimento das competências acarreta na articulação dos diferentes saberes para que se possa assegurar uma prática que esteja pautada não apenas na aquisição de conhecimentos e técnicas, mas na incorporação de habilidades e atitudes pessoais que no ambiente da prática possam transformar a realidade da saúde, principalmente no escopo do Sistema Único de Saúde (SUS) e contribuir para o aprimoramento da qualidade em saúde da população, nesta ótica a gestão na saúde passa a ter importância equivalente à formação técnica científica (CAMELO; ANGERAMI, 2013).

O estudo apresentou um resultado inferior (média 2.21 professores e média 2.46 estudantes) para a questão Q1.3 (“Compreendo o funcionamento do Sistema de Saúde”) que se refere ao funcionamento do SUS. Da dimensão atenção à saúde foi a média mais baixa tanto para estudantes como para professores. Fato este preocupante, pois veio ao encontro do discurso de Oliveira *et al.* (2011) e das DCNs que preconizam o discente ter pleno conhecimento do funcionamento do referido sistema para atuar na promoção da saúde e na qualidade de vida da população.

As análises estatísticas aplicadas pela AFC estão apresentadas nas Tabelas 7 (alunos) e 8 (professores), a quais trazem os resultados dos modelos

aplicados a alunos e professores. A estimativa padronizada representa a contribuição de cada questão de uma forma global. O p valor de cada questão verifica se a estimativa pode ser considerada igual à zero, valor $p < 0,05$ indica que esta hipótese deve ser rejeitada, ou seja, que a estimativa não pode ser considerada igual à zero.

Tabela 7 - Resultados da avaliação do modelo - Questionário aplicado aos estudantes.

	Estimativa Padronizada	Erro padrão	z	p-value
Q1.1	0.8269	0.02963	27.91	<0.001
Q1.2	0.8714	0.02322	37.52	<0.001
Q1.3	0.5681	0.06082	9.342	<0.001
Q1.4	0.8028	0.033	24.33	<0.001
Q1.5	0.7978	0.03368	23.69	<0.001
Q1.6	0.8376	0.02811	29.8	<0.001
Q1.7	0.7016	0.04613	15.21	<0.001
Q1.8	0.5369	0.06381	8.414	<0.001
Q1.9	0.6116	0.05637	10.85	<0.001
Q2.1	0.7226	0.04236	17.06	<0.001
Q2.2	0.7422	0.03987	18.62	<0.001
Q2.3	0.733	0.04105	17.86	<0.001
Q2.4	0.7362	0.04064	18.12	<0.001
Q2.5	0.8012	0.03195	25.07	<0.001
Q2.6	0.8342	0.02725	30.61	<0.001
Q2.7	0.8434	0.02592	32.55	<0.001
Q2.8	0.8043	0.03152	25.51	<0.001
Q2.9	0.7416	0.03994	18.57	<0.001
Q2.10	0.8097	0.03075	26.33	<0.001
Q2.11	0.8843	0.0198	44.66	<0.001
Q2.12	0.8649	0.02273	38.06	<0.001
Q2.13	0.8419	0.02614	32.21	<0.001
Q2.14	0.8915	0.01869	47.7	<0.001
Q2.15	0.8485	0.02517	33.72	<0.001
Q2.16	0.8393	0.02652	31.65	<0.001
Q2.17	0.8189	0.02946	27.79	<0.001
Q2.18	0.8696	0.02203	39.48	<0.001
Q2.19	0.7581	0.03779	20.06	<0.001
Q2.20	0.8564	0.024	35.68	<0.001
Q2.21	0.8848	0.01972	44.88	<0.001
Q2.22	0.8412	0.02624	32.06	<0.001
Q2.23	0.656	0.05035	13.03	<0.001
Q2.24	0.2011	0.08427	2.387	0.017
Q3.1	0.8869	0.02003	44.28	<0.001
Q3.2	0.7614	0.03791	20.09	<0.001
Q3.3	0.8872	0.01998	44.39	<0.001
Q3.4	0.7846	0.03479	22.55	<0.001
Q3.5	0.8532	0.02508	34.02	<0.001
Q3.6	0.8079	0.03158	25.58	<0.001
Q3.7	0.8696	0.02263	38.42	<0.001
Q3.8	0.8677	0.02292	37.85	<0.001
Q3.9	0.8668	0.02306	37.6	<0.001
Q3.10	0.8102	0.03125	25.93	<0.001
Q3.11	0.5777	0.05927	9.747	<0.001

Fonte: Dados do estudo.

Tabela 8 - Resultados da avaliação do modelo - Questionário aplicado aos professores.

	Estimativa Padronizada	Erro padrão	z	p-value
Q1.1	0.8185	0.03095	26.45	<0.001
Q1.2	0.7717	0.03738	20.65	<0.001
Q1.3	0.5354	0.06424	8.335	<0.001
Q1.4	0.897	0.0195	45.99	<0.001
Q1.5	0.8856	0.02119	41.79	<0.001
Q1.6	0.8715	0.02328	37.44	<0.001
Q1.7	0.7283	0.04303	16.92	<0.001
Q1.8	0.7481	0.04048	18.48	<0.001
Q1.9	0.8049	0.03286	24.5	<0.001
Q2.1	0.786	0.03475	22.62	<0.001
Q2.2	0.7082	0.04487	15.78	<0.001
Q2.3	0.7733	0.03647	21.2	<0.001
Q2.4	0.7693	0.03701	20.79	<0.001
Q2.5	0.6995	0.04594	15.23	<0.001
Q2.6	0.7128	0.0443	16.09	<0.001
Q2.7	0.7291	0.04226	17.25	<0.001
Q2.8	0.6897	0.04713	14.63	<0.001
Q2.9	0.7287	0.04231	17.22	<0.001
Q2.10	0.7465	0.04002	18.66	<0.001
Q2.11	0.754	0.03904	19.31	<0.001
Q2.12	0.6828	0.04796	14.24	<0.001
Q2.13	0.7621	0.03797	20.07	<0.001
Q2.14	0.771	0.03679	20.96	<0.001
Q2.15	0.7968	0.03327	23.95	<0.001
Q2.16	0.7488	0.03972	18.85	<0.001
Q2.17	0.7439	0.04035	18.44	<0.001
Q2.18	0.8279	0.02887	28.68	<0.001
Q2.19	0.8135	0.03093	26.3	<0.001
Q2.20	0.7704	0.03686	20.9	<0.001
Q2.21	0.8168	0.03046	26.82	<0.001
Q2.22	0.8045	0.03218	25	<0.001
Q2.23	0.6843	0.04777	14.33	<0.001
Q2.24	0.3572	0.0775	4.609	<0.001
Q3.1	0.7811	0.03575	21.85	<0.001
Q3.2	0.9039	0.01793	50.42	<0.001
Q3.3	0.8681	0.02333	37.21	<0.001
Q3.4	0.7892	0.03463	22.79	<0.001
Q3.5	0.6985	0.04637	15.06	<0.001
Q3.6	0.7983	0.03339	23.91	<0.001
Q3.7	0.8079	0.03205	25.21	<0.001
Q3.8	0.8746	0.02236	39.11	<0.001
Q3.9	0.8371	0.02789	30.01	<0.001
Q3.10	0.8487	0.02621	32.38	<0.001
Q3.11	0.7859	0.03509	22.4	<0.001

Fonte: Dados do estudo.

A tabela a seguir (tabela 9) apresenta as medidas de qualidade do ajuste nos modelos. Existe uma infinidade de medidas, a principal medida é a *The*

Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), que quanto menor melhor. Alguns autores indicam o ponto de corte em 0,15, outros em 0,5. Os valores de RMSEA estão na margem do adequado.

Tabela 9 - Medidas de Qualidade de Ajuste dos modelos.

	RMSEA	CFI	TLI	GFI	RMR	SRMR
Alunos	0.08	0.872	0.866	0.641	0.073	0.045
Professores	0.139	0.662	0.644	0.47	0.091	0.082

Fonte: Dados do estudo.

Desta forma, após aplicação da análise dos resultados da AFC, como medida de qualidade do ajuste, bem como das medidas de qualidade de ajuste dos modelos aplicou-se a análise pelo cálculo estatístico do *Alpha de Cronbach*, a Tabela 10, apresenta os valores obtidos após aplicação da medida, onde se considerou valores adequados aqueles acima de 0.7, desta forma o questionário foi validado para o grupo considerando que os valores de *Alpha* estão todos adequados.

Tabela 10 - Valores de *Alpha de Cronbach* para as dimensões de cada um dos modelos apresentados nos questionários aplicados aos estudantes e professores.

	D1	D2	D3
Alunos	0.911	0.974	0.956
Professores	0.936	0.966	0.957

Fonte: Dados do estudo.

A seguir estão apresentadas, as análises comparativas em relação a variável sexo, instituição e ao período/ano, tanto para o questionário dos estudantes quanto dos professores, considerando cada questão, dimensão e as respostas na forma global.

Na Tabela 11 e no gráfico 2, pode-se observar a comparação entre as competências e o sexo, do questionário aplicado aos estudantes. Percebe-se que existe diferença significativa na média de uma questão entre os sexos, mas não existe para nenhuma das três dimensões, nem na forma geral para o questionário respondido pelos alunos.

Com relação à questão Q1.7 (“Interajo com meus pares e sociedade, em busca da melhor decisão a ser tomada, abordando riscos e falhas no processo”) da dimensão Atenção à saúde (D1), que se refere a interação entre os pares (estudantes) e sociedade, em busca da melhor decisão a ser tomada, abordando riscos e falhas no processo, houve uma avaliação melhor, com diferença significativa, do sexo feminino em relação ao masculino.

Tabela 11 - Média, desvio padrão e valor de p, das dimensões e questões por sexo, dos questionários aplicados aos estudantes.

Dimensão	Média (DP) - FEMININO	Média (DP) – MASCULINO	p.value	teste
D1	3.07 (1.07)	2.85 (0.94)	0.173	Wilcoxon
Q1.1	3.31 (1.32)	3.02 (1.21)	0.138	Wilcoxon
Q1.2	2.9 (1.37)	2.8 (1.14)	0.642	Wilcoxon
Q1.3	2.78 (1.3)	2.74 (1.19)	0.857	Wilcoxon
Q1.4	2.65 (1.29)	2.59 (1.26)	0.756	Wilcoxon
Q1.5	3.08 (1.66)	2.74 (1.49)	0.207	Wilcoxon
Q1.6	2.67 (1.38)	2.46 (1.34)	0.441	Wilcoxon
Q1.7	3.51 (1.38)	2.95 (1.29)	0.014	Wilcoxon
Q1.8	3.27 (1.02)	3.1 (1.34)	0.604	Wilcoxon
Q1.9	3.47 (1.24)	3.23 (1.21)	0.217	Wilcoxon
D2	2.66 (1.13)	2.52 (0.92)	0.295	Wilcoxon
Q2.1	3.16 (1.29)	3.16 (1.19)	0.882	Wilcoxon
Q2.2	2.69 (1.16)	2.77 (1.23)	0.685	Wilcoxon
Q2.3	2.71 (1.24)	2.41 (1.21)	0.175	Wilcoxon
Q2.4	2.71 (1.25)	2.67 (1.25)	0.793	Wilcoxon
Q2.5	2.71 (1.4)	2.62 (1.26)	0.71	Wilcoxon
Q2.6	2.69 (1.42)	2.7 (1.26)	0.987	Wilcoxon
Q2.7	2.96 (1.57)	2.99 (1.45)	0.979	Wilcoxon
Q2.8	2.78 (1.53)	2.57 (1.24)	0.41	Wilcoxon
Q2.9	3.27 (1.46)	2.98 (1.24)	0.135	Wilcoxon
Q2.10	2.94 (1.43)	2.62 (1.33)	0.194	Wilcoxon
Q2.11	2.69 (1.45)	2.6 (1.26)	0.773	Wilcoxon
Q2.12	3.31 (1.49)	3.43 (1.28)	0.85	Wilcoxon
Q2.13	3.06 (1.43)	2.74 (1.25)	0.184	Wilcoxon
Q2.14	2.71 (1.43)	2.4 (1.18)	0.172	Wilcoxon
Q2.15	2.29 (1.36)	2.04 (1.13)	0.383	Wilcoxon
Q2.16	2.41 (1.34)	2.28 (1.24)	0.605	Wilcoxon
Q2.17	2.37 (1.33)	2.17 (1.16)	0.427	Wilcoxon
Q2.18	2.39 (1.27)	2.16 (1.09)	0.31	Wilcoxon
Q2.19	2.27 (1.25)	2.04 (1.07)	0.32	Wilcoxon
Q2.20	2.31 (1.36)	2.33 (1.14)	0.978	Wilcoxon
Q2.21	2.51 (1.35)	2.28 (1.13)	0.353	Wilcoxon
Q2.22	2.82 (1.38)	2.67 (1.2)	0.493	Wilcoxon
Q2.23	2.92 (1.29)	2.65 (1.16)	0.216	Wilcoxon
Q2.24	1.16 (0.46)	1.15 (0.36)	0.692	Wilcoxon
D3	3.34 (1.19)	3.17 (1.04)	0.196	Wilcoxon
Q3.1	2.92 (1.55)	2.78 (1.39)	0.568	Wilcoxon
Q3.2	3.16 (1.41)	2.91 (1.26)	0.275	Wilcoxon
Q3.3	2.98 (1.38)	2.72 (1.21)	0.294	Wilcoxon
Q3.4	3.33 (1.24)	3.11 (1.28)	0.362	Wilcoxon
Q3.5	3.35 (1.4)	3.23 (1.29)	0.508	Wilcoxon
Q3.6	3.06 (1.43)	3.07 (1.39)	0.987	Wilcoxon
Q3.7	3.16 (1.45)	3.06 (1.34)	0.636	Wilcoxon
Q3.8	3.2 (1.41)	2.84 (1.31)	0.108	Wilcoxon
Q3.9	3.25 (1.4)	3 (1.31)	0.231	Wilcoxon
Q3.10	3.9 (1.4)	3.91 (1.3)	0.8	Wilcoxon
Q3.11	4.39 (0.9)	4.19 (0.95)	0.166	Wilcoxon
Geral	3.02 (1.1)	2.84 (0.93)	0.193	Wilcoxon

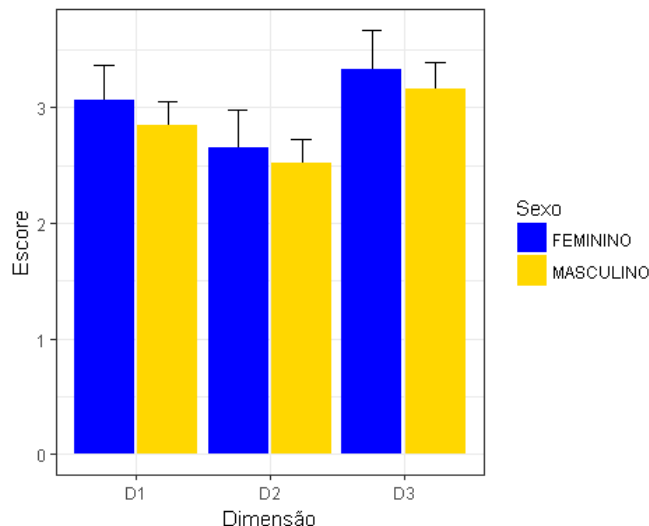
Fonte: Dados do estudo.

Valor p correspondente ao resultado do teste t ou de wilcoxon conforme o mais adequado.

Valor $p < 0,05$ indica diferença significativa

O gráfico 2 representa a média das três dimensões estudadas entre os gêneros na avaliação dos estudantes.

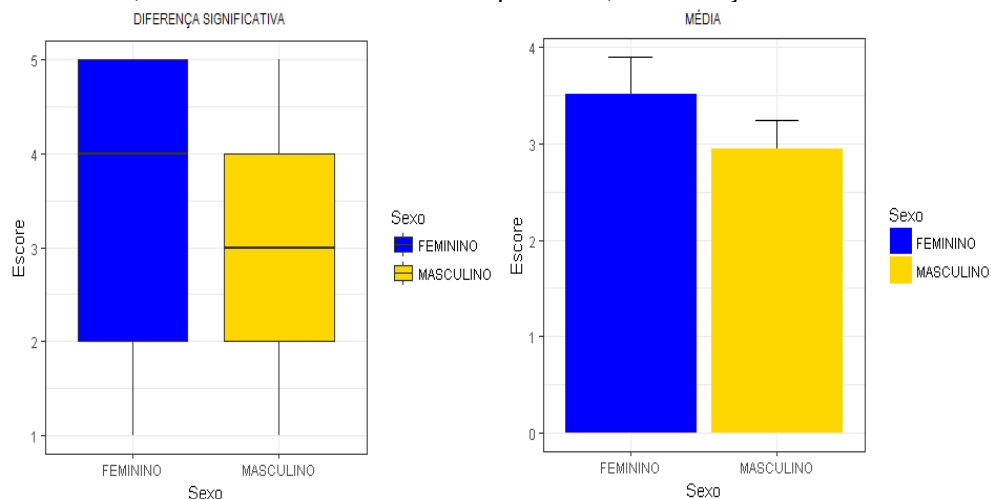
Gráfico 2 - Média das três dimensões estudadas entre os gêneros, na avaliação dos estudantes.



Fonte: Dados do estudo.

A Figura 1 representa a diferença significativa ($p=0.014$) e a média (3.51 feminino e 2.95 masculino) da questão Q1.7 (“Interajo com meus pares e sociedade, em busca da melhor decisão a ser tomada, abordando riscos e falhas no processo”), na avaliação dos estudantes.

Figura 1 - Questão 1.7 interajo com meus pares e sociedade, em busca da melhor decisão a ser tomada, abordando riscos e falhas no processo, na avaliação dos estudantes.



Fonte: Dados do estudo.

Ravazzani (2017), realizou um estudo com a mesma ferramenta utilizada nesta pesquisa e para a dimensão atenção à saúde na questão Q1.5 (“Realizo

atividades no cenário de prática, considerando os princípios da ética/bioética”) as mulheres se avaliaram de forma superior aos homens apresentando uma diferença significativa ($p < 0,001$) com uma média de 4.55 ± 0.68 contra 3.5 ± 0.94 do gênero masculino.

Na mesma linha de resultados apresentou-se a pesquisa de Corominas *et al.* (2006), em seu estudo avaliou 277 sujeitos sendo 147 homens e 130 mulheres com o objetivo de avaliar a percepção de professores sobre a implantação das competências gerais na formação acadêmica. O pesquisador concluiu que as mulheres se avaliaram de forma superior aos homens devido ao fato de serem mais sensíveis à temática e tenderem a se valorizar mais dos que os homens.

Diferindo da amostra estudada, do achado por Corominas *et al.* (2006) e Ravazzani, (2017), o estudo de Moraes e Ramos (2011) realizado em Portugal, com o objetivo de contribuir para a maior compreensão por parte dos acadêmicos sobre o uso das tecnologias da comunicação como suporte da aprendizagem, buscou estudar a influência do gênero neste estudo e indicou que a maioria dos estudantes classificaram suas competências como sendo boas ou muito boas, sendo uma predominância de respostas superiores para o segmento masculino. A pesquisa revelou que na população estudada os homens se apresentaram mais confiantes do que as garotas no uso do computador para a realização de tarefas de rotina, acesso à Internet, assim como em tarefas mais exigentes, como a construção de páginas *Web* e o desenvolvimento de programas de computador.

Segundo Moraes e Ramos (2011), os resultados evidenciaram que as diferenças entre gênero representavam, sobretudo, o excesso de confiança dos homens e a falta de confiança das mulheres, e não tanto uma diferença real nas suas aptidões para o uso dessas tecnologias.

No mundo contemporâneo presenciamos transformações aceleradas em todos os campos da sociedade, sendo necessário o ser humano estar em constante busca por adaptações, transformações, conhecimentos e por fim em uma busca do saber e aprender (RAVAZZANI, 2017).

Relativo à interação entre os pares (estudantes) e sociedade, em busca da melhor decisão a ser tomada, abordando riscos e falhas no processo, conforme resultado obtido (Tabela 11), as alunas referiram apresentar maior

competência para tal ação com resultado estatisticamente significativo ($p < 0,05$). Tal fato pode ser explicado devido as acadêmicas melhor se relacionarem entre si, fazendo com que a interação entre os pares seja significativa e contribua para a busca da melhor solução.

A questão Q1.5 (“Realizo atividades no cenário de prática, considerando os princípios da ética/bioética”) não apresentou diferença significativa entre os gêneros, porém apresentou uma média baixa para as mulheres (3.08) e homens (2.74), tal fato é preocupante uma vez que a questão se refere as ações éticas no cenário de prática, onde é importante que o profissional atue sempre com ética e bioética. No estudo de Ravazzani (2017), esta questão obteve média de 4.55 para as mulheres e 3.5 para os homens, em que pese a diferença significativa ($p < 0.001$) entre os gêneros não foi uma média baixa.

Segundo Finkler (2010) e De Carvalho (2011) é de suma importância que o profissional da área da saúde esteja apto para resolver os diversos problemas que se apresentam na atenção à saúde da população de forma ética, independente de seu gênero, pois assim, atuará de forma respeitosa, íntegra e honesta.

Segundo Finkler (2010), o desenvolvimento das habilidades relacionadas com a postura ética estão ligadas com a reflexão ética sobre as situações do cotidiano por meio do emprego das metodologias ativas de problematização e não pelo método tradicional, porém destaca que a postura ética do docente em atividades práticas conduz os discentes a compreender esta conduta e ponderar sobre a melhor forma de agir dentro da consciência ética.

As Diretrizes Curriculares para o Curso de Educação Física no Art. 4 ressaltam que a “graduação em Educação Física deverá assegurar uma formação generalista, humanista e crítica, qualificadora da intervenção acadêmico-profissional, fundamentada no rigor científico, na reflexão filosófica e na conduta ética” (BRASIL, 2004). Assim, é importante que os graduandos desenvolvam a conduta ética.

É importante salientar que o profissional de educação física está inserido nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo uma das principais atividades desse profissional buscar instituir a plena integralidade do cuidado

físico e mental aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (SAPORETTI; SÉRGIO; MIRANDA, 2016)

Neste contexto, o profissional de educação física adquiriu uma série de desafios, dentre eles trabalhar com questões até então não usuais em sua prática cotidiana, como por exemplo, o trabalho em equipe formada por outros profissionais da área da saúde e a realização de ações de promoção da saúde nos âmbitos individual e coletivo (SAPORETTI; SÉRGIO; MIRANDA, 2016).

As políticas de promoção à saúde têm acompanhado as transformações sociais, econômicas, culturais e políticas que estão ocorrendo no cenário mundial e objetivam propiciar alterações positivas na sociedade, conseqüentemente na vida dos indivíduos (BRASIL, 2007). Nesse sentido, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) apresenta como objetivo geral “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2006, p. 17). Conjecturas que, mesmo de forma não exclusiva, são incorporados pelo profissional de educação física no desenvolvimento de seu trabalho. Akerman *et al.* (2004) prescrevem que promover saúde significa potencializar recursos para uma vida plena dos cidadãos, pelo exercício de práticas sociais estruturadas na cooperação, solidariedade e transparência entre os sujeitos, questões essas também afetas ao profissional de educação física.

Um estudo realizado por Saporetti; Sérgio e Miranda (2016), com o objetivo de analisar as ações de promoção da saúde realizadas pelos profissionais de educação física nos NASFs em Minas Gerais, destacou que as ações de promoção da saúde realizadas pelos profissionais de educação física no NASF eram bastante holísticas, diversificadas e desenvolvidas em conjunto com a equipe e a comunidade. Atendiam diversas faixas etárias, grupos específicos e vulneráveis e para tal utilizavam-se de inúmeras abordagens, tais como trabalho com grupos, orientação aos usuários, realização de avaliação física individual, atendimentos individuais, diferentes tipos de exercícios e atividades físicas, palestras, intervenções em escolas, formação de parcerias institucionais, realização de eventos e participação em diferentes iniciativas institucionais.

Atualmente o escopo da atenção das ações está a saúde, com o cerne na promoção da qualidade de vida e na intervenção dos fatores que levam ao desenvolvimento das doenças. Neste contexto, o mercado de trabalho em saúde vem se modificando e busca uma formação integral para cada profissão na área da saúde. Assim, o profissional de educação física passou a labutar com questões até então não usuais em sua prática cotidiana, tais como o trabalho em equipe constituída por outros profissionais da área da saúde e a realização de ações de promoção da saúde nos âmbitos individual e coletivo (SAPORETTI; SÉRGIO; MIRANDA, 2016).

Assim, pode-se destacar a relevância do desenvolvimento destas competências durante a formação dos profissionais de educação física, sendo necessário o processo de ensino-aprendizagem formar estes profissionais conforme o perfil atual do mercado de trabalho, isto é, preparar profissionais que além da competência técnica, possam estar aptos a compreender, analisar e intervir nos problemas locais e nos cenários em que atuarem, tornando-o capacitado a desenvolver ações de promoção, prevenção, gerenciamento, resolução de problemas no contexto individual e coletivo (COTTA *et al.*, 2012), (MALTA *et al.*, 2009).

Na avaliação dos professores (Tabela 12), observa-se diferença significativa apenas na dimensão Atenção à saúde, na questão referente a postura inovadora e criativa (Q1.2 – “O estudante tem postura inovadora e criativa”) e uma diferença basicamente significativa na dimensão Gestão em saúde na questão referente a estar apto a realizar o gerenciamento da força de trabalho, na equipe de saúde (Q2.15 – “O estudante está apto a realizar o gerenciamento da força de trabalho, na equipe de saúde”).

Em ambas, a análise estatística aplicada aponta um escore superior para o sexo feminino. O resultado encontrado na amostra avaliada, referente à questão Q1.2, demonstra que na visão dos professores, o sexo feminino apresenta uma postura mais inovadora e criativa, tal fato é confirmada na avaliação dos alunos em que pese quase um empate da questão 1.2 dos estudantes (2.9 segmento feminino e 2.8 segmento masculino). Os docentes também avaliaram melhor a competência dos alunos do sexo feminino relativo ao gerenciamento da força de trabalho, na equipe de saúde (Q2.15).

Para Guerra e Spiri (2013) é necessário que as instituições de ensino se sensibilizem e efetivem um processo ensino-aprendizagem no qual possibilitem o desenvolvimento de habilidades próprias da função de líder, facultando oportunidades de vivenciar situações práticas de exercício de liderança. Segundo o mesmo autor liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma eficaz.

A gestão empresarial considera a liderança como a arte de fazer extrair dos indivíduos o seu maior potencial, dentro dela destaca-se a comunicação como sendo elemento-chave para o bom desenvolvimento e maior qualidade oferecida pela empresa. Apenas com uma comunicação interna eficaz é possível suceder a troca de informações (MELO, 2006). Corroborando o resultado encontrado, um estudo realizado sobre a evolução da mulher no trabalho, constatou um número crescente de mulheres em cargos de liderança, sendo destaque para o gênero feminino a flexibilidade, intuição, sensibilidade e capacidade de trabalhar em equipe e administrar adversidades das mulheres, e reconhece suas capacidades técnicas e gerenciais (SCHLICKMANN; PIZARRO, 2013).

A Tabela 12 apresenta média e desvio padrão, das dimensões e questões por sexo, dos questionários aplicados aos professores.

Tabela 12 - Média, desvio padrão e valor de p, das dimensões e questões por sexo, dos questionários aplicados aos professores.

Dimensão	Média (DP) - FEMININO	Média (DP) - MASCULINO	p.value	teste
D1	2.72 (1.04)	2.6 (0.87)	0.516	Wilcoxon
Q1.1	3.12 (1.23)	2.81 (1.2)	0.165	Wilcoxon
Q1.2	2.9 (1.25)	2.42 (1.1)	0.026	Wilcoxon
Q1.3	2.31 (1.12)	2.15 (0.9)	0.549	Wilcoxon
Q1.4	2.65 (1.25)	2.49 (1.08)	0.487	Wilcoxon
Q1.5	2.71 (1.29)	2.67 (1.19)	0.905	Wilcoxon
Q1.6	2.59 (1.22)	2.38 (1.01)	0.283	Wilcoxon
Q1.7	2.75 (1.2)	2.66 (1.03)	0.668	Wilcoxon
Q1.8	2.67 (1.23)	2.84 (1.15)	0.421	Wilcoxon
Q1.9	2.8 (1.28)	3.01 (1.22)	0.304	Wilcoxon
D2	2.31 (0.77)	2.16 (0.72)	0.289	t test
Q2.1	2.71 (1.15)	2.55 (1.01)	0.4	Wilcoxon
Q2.2	2.51 (1.03)	2.36 (1.05)	0.307	Wilcoxon
Q2.3	2.49 (1.08)	2.45 (1.1)	0.61	Wilcoxon
Q2.4	2.24 (1.05)	2.08 (0.94)	0.451	Wilcoxon
Q2.5	2.18 (0.93)	1.96 (0.88)	0.207	Wilcoxon
Q2.6	2.41 (1.13)	2.16 (0.96)	0.26	Wilcoxon
Q2.7	2.78 (0.97)	2.8 (1.04)	0.887	Wilcoxon
Q2.8	2.12 (0.97)	2.01 (0.96)	0.516	Wilcoxon
Q2.9	2.2 (1)	2.2 (0.95)	0.947	Wilcoxon
Q2.10	2.27 (0.92)	2.39 (0.99)	0.611	Wilcoxon
Q2.11	2.33 (0.97)	2.29 (1.03)	0.7	Wilcoxon
Q2.12	2.92 (1)	2.84 (0.96)	0.726	Wilcoxon
Q2.13	2.57 (1.19)	2.42 (1.09)	0.496	Wilcoxon
Q2.14	2.29 (1.14)	1.98 (0.93)	0.149	Wilcoxon
Q2.15	2.24 (0.95)	1.94 (0.95)	0.055	Wilcoxon
Q2.16	2.14 (0.92)	1.91 (0.94)	0.117	Wilcoxon
Q2.17	2.14 (0.83)	1.98 (0.97)	0.146	Wilcoxon
Q2.18	2.24 (1.03)	1.92 (0.99)	0.06	Wilcoxon
Q2.19	2.22 (1.14)	1.96 (1.07)	0.184	Wilcoxon
Q2.20	2.08 (0.91)	1.98 (0.93)	0.462	Wilcoxon
Q2.21	2.04 (0.98)	1.95 (0.88)	0.695	Wilcoxon
Q2.22	2.73 (1.18)	2.54 (1.04)	0.288	Wilcoxon
Q2.23	2.2 (1.08)	2.08 (0.9)	0.681	Wilcoxon
Q2.24	1.33 (0.62)	1.18 (0.47)	0.09	Wilcoxon
D3	3.05 (0.99)	3.01 (0.96)	0.945	Wilcoxon
Q3.1	2.86 (1.2)	2.81 (1.17)	0.851	Wilcoxon
Q3.2	3.22 (1.27)	3.14 (1.22)	0.737	Wilcoxon
Q3.3	3 (1.17)	2.96 (1.25)	0.907	Wilcoxon
Q3.4	3.27 (1.1)	3.12 (1.07)	0.48	Wilcoxon
Q3.5	3.27 (1.18)	3.15 (1.17)	0.58	Wilcoxon
Q3.6	2.92 (1.11)	2.75 (1.04)	0.464	Wilcoxon
Q3.7	2.84 (1.17)	2.74 (1.2)	0.658	Wilcoxon
Q3.8	3.02 (1.1)	2.92 (1.18)	0.709	Wilcoxon
Q3.9	2.78 (1.24)	2.91 (1.15)	0.567	Wilcoxon
Q3.10	2.92 (1.13)	3.09 (1.14)	0.393	Wilcoxon
Q3.11	3.43 (1.24)	3.55 (1.05)	0.689	Wilcoxon
Geral	2.69 (0.87)	2.59 (0.79)	0.61	Wilcoxon

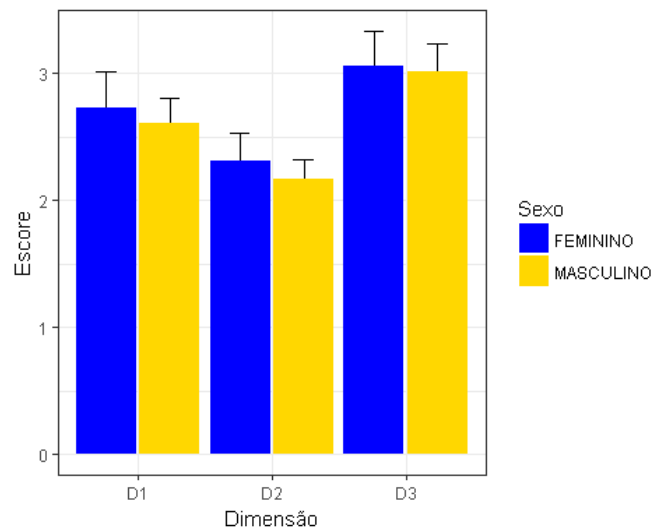
Fonte: Dados do estudo.

Valor p correspondente ao resultado do teste t ou de wilcoxon conforme o mais adequado.

Valor p < 0,05 indica diferença significativa

O gráfico 3 representa a média das três dimensões estudadas entre os gêneros na avaliação dos professores.

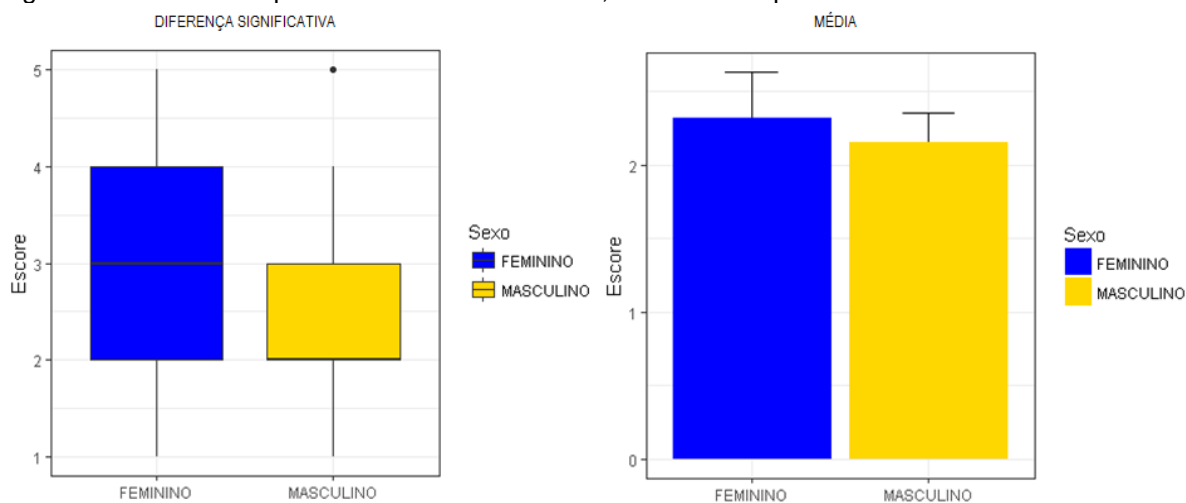
Gráfico 3 - Média das três dimensões estudadas entre os gêneros, na avaliação dos professores.



Fonte: Dados do estudo.

A figura 2 representa a diferença significativa ($p=0.026$) e média (2.9 feminino e 2.42 masculino) da questão Q1.2 (“O estudante tem postura inovadora e criativa”), na avaliação dos professores.

Figura 2 - Questão 1.2 postura inovadora e criativa, na visão dos professores.



Fonte: Dados do estudo.

A seguir apresentam-se os resultados das comparações obtidos entre as instituições. Na Tabela 13 estão demonstrados os resultados das respostas obtidas dos estudantes. Pode-se observar que existe diferença significativa entre as questões da dimensão Atenção à saúde referente ao domínio de tecnologias de comunicação Q1.8 (“Possuo domínio de tecnologias de comunicação e informação”) e sobre considerar aspectos culturais na comunicação Q1.9 (“Considero aspectos culturais em minha comunicação”).

A instituição que apresenta melhor compreensão do SUS, foi a “instituição A”, e nas questões que resultaram diferença significativa na dimensão atenção à saúde Q1.8 e Q1.9 a “instituição A” apresentou a melhor avaliação.

Na dimensão Gestão em saúde houve diferença significativa nas questões Q2.1 (“Tenho facilidade para identificar situações-problema”), Q2.5 (“Utilizo do fundamento de tomada de decisão visando o uso apropriado, eficácia, custo e efetividade de medicamentos e equipamentos”) e Q2.24 (“Participo em cooperações na formação, através de redes nacionais e internacionais”).

Nestas questões a “instituição A” apresentou um maior escore para a dimensão D1, e da dimensão D2 a “instituição B” teve maiores escores na questão Q 2.5 e Q2.24, já na questão Q2.1 a “instituição A” obteve maior escore, tudo referente a avaliação dos estudantes. Cabe salientar, que a questão Q2.24 foi a de menor escore de todas as questões pesquisadas e tanto a “instituição A como a B” apresentam escores muito baixos.

Por ter sido encontrado resultados significativos apenas nas questões individuais e não nas dimensões avaliadas, não foi aplicado o teste estatístico post-hot.

Avaliando os achados, pode-se inferir que os resultados obtidos demonstram que existem poucas diferenças entre a estrutura da matriz curricular aplicada por cada instituição. Na década de 1980, o currículo mínimo praticado nos cursos de educação física foi alvo de críticas pelo fato de não levar em consideração as diferenças regionais de onde os cursos estavam inseridos, além de algumas instituições não adicionarem em seus currículos nenhuma disciplina complementar, fazendo com que o currículo mínimo ficasse sendo o currículo pleno. Assim, uma nova proposta foi aprovada em 1987

ocasionando mudanças no mínimo de conteúdo e de duração da graduação em educação física (DA SILVA, 2015).

As discussões, relativas à qualidade na formação acadêmica também foram discutidas na mesma época por outros cursos da área da saúde principalmente na medicina e enfermagem. A crítica era forte principalmente devido a excessiva teorização e inflexibilidade dos currículos mínimos aplicados na época, destacavam que eles não atendiam as demandas de cada região do país e desconsideravam totalmente o uso de metodologias ativas, fazendo o discente sempre muito passivo no processo de ensino aprendizagem (DA SILVA, 2015).

A Tabela 13 apresenta média e desvio padrão, das dimensões e questões por Instituição, dos questionários aplicados aos estudantes.

Tabela 13 - Média e desvio padrão, das dimensões e questões por Instituição, dos questionários aplicados aos estudantes.

	A	B	Valor p
D1	3.02 (0.91)	2.79 (1.13)	0.22
Q1.1	3.12 (1.23)	3.17 (1.33)	0.835
Q1.2	2.85 (1.19)	2.83 (1.33)	0.958
Q1.3	2.8 (1.22)	2.69 (1.26)	0.623
Q1.4	2.61 (1.29)	2.62 (1.25)	0.938
Q1.5	2.94 (1.56)	2.75 (1.56)	0.502
Q1.6	2.58 (1.36)	2.46 (1.35)	0.612
Q1.7	3.26 (1.19)	3 (1.58)	0.285
Q1.8	3.45 (1.07)	2.67 (1.33)	<0.001
Q1.9	3.54 (1.17)	2.96 (1.24)	0.008
D2	2.58 (1.01)	2.56 (1.01)	0.907
Q2.1	3.36 (1.17)	2.81 (1.25)	0.013
Q2.2	2.8 (1.19)	2.62 (1.21)	0.428
Q2.3	2.48 (1.24)	2.6 (1.22)	0.566
Q2.4	2.55 (1.16)	2.92 (1.38)	0.103
Q2.5	2.48 (1.23)	2.96 (1.41)	0.042
Q2.6	2.68 (1.26)	2.73 (1.43)	0.833
Q2.7	2.99 (1.48)	2.96 (1.54)	0.913
Q2.8	2.75 (1.34)	2.48 (1.38)	0.272
Q2.9	3.18 (1.32)	2.94 (1.36)	0.32
Q2.10	2.75 (1.39)	2.73 (1.36)	0.934
Q2.11	2.7 (1.4)	2.52 (1.22)	0.454
Q2.12	3.49 (1.3)	3.21 (1.46)	0.258
Q2.13	2.92 (1.38)	2.77 (1.24)	0.546
Q2.14	2.46 (1.32)	2.6 (1.23)	0.55
Q2.15	2.11 (1.27)	2.19 (1.16)	0.719
Q2.16	2.3 (1.35)	2.4 (1.14)	0.672
Q2.17	2.15 (1.22)	2.42 (1.23)	0.239
Q2.18	2.25 (1.2)	2.25 (1.1)	1
Q2.19	2.23 (1.19)	1.96 (1.05)	0.196
Q2.20	2.33 (1.3)	2.31 (1.09)	0.926
Q2.21	2.32 (1.29)	2.46 (1.09)	0.537
Q2.22	2.75 (1.29)	2.69 (1.26)	0.787
Q2.23	2.82 (1.2)	2.65 (1.25)	0.428
Q2.24	1.1 (0.3)	1.25 (0.53)	0.032
D3	3.24 (1.09)	3.23 (1.13)	0.958
Q3.1	2.76 (1.47)	2.96 (1.41)	0.455
Q3.2	3.05 (1.34)	2.94 (1.28)	0.646
Q3.3	2.88 (1.25)	2.71 (1.34)	0.457
Q3.4	3.19 (1.27)	3.21 (1.29)	0.938
Q3.5	3.26 (1.35)	3.31 (1.29)	0.834
Q3.6	3.11 (1.37)	3 (1.47)	0.675
Q3.7	3.19 (1.37)	2.94 (1.39)	0.311
Q3.8	3.01 (1.37)	2.92 (1.35)	0.699
Q3.9	3.04 (1.37)	3.21 (1.32)	0.481
Q3.10	3.94 (1.24)	3.85 (1.5)	0.722
Q3.11	4.17 (0.85)	4.44 (1.05)	0.108
Geral	2.94 (0.96)	2.86 (1.07)	0.641

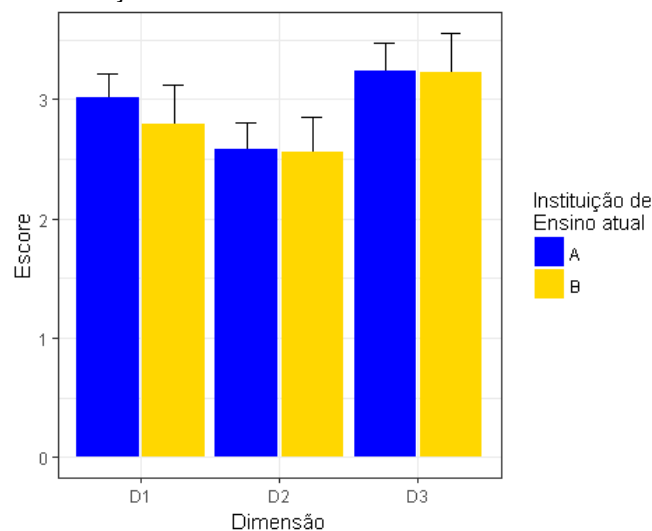
Fonte: Dados do estudo.

Valor p correspondente ao resultado do teste t ou de wilcoxon conforme o mais adequado.

Valor p < 0,05 indica diferença significativa

O gráfico 4 representa a média das três dimensões estudadas entre as instituições na avaliação dos estudantes.

Gráfico 4 - Média das três dimensões estudadas entre as instituições, na avaliação dos estudantes.



Fonte: Dados do estudo.

Na Tabela 14 a seguir apresenta-se, para melhor compreensão, as questões por dimensão avaliada, nas quais foram encontradas diferenças significativas na avaliação dos questionários aplicados aos estudantes.

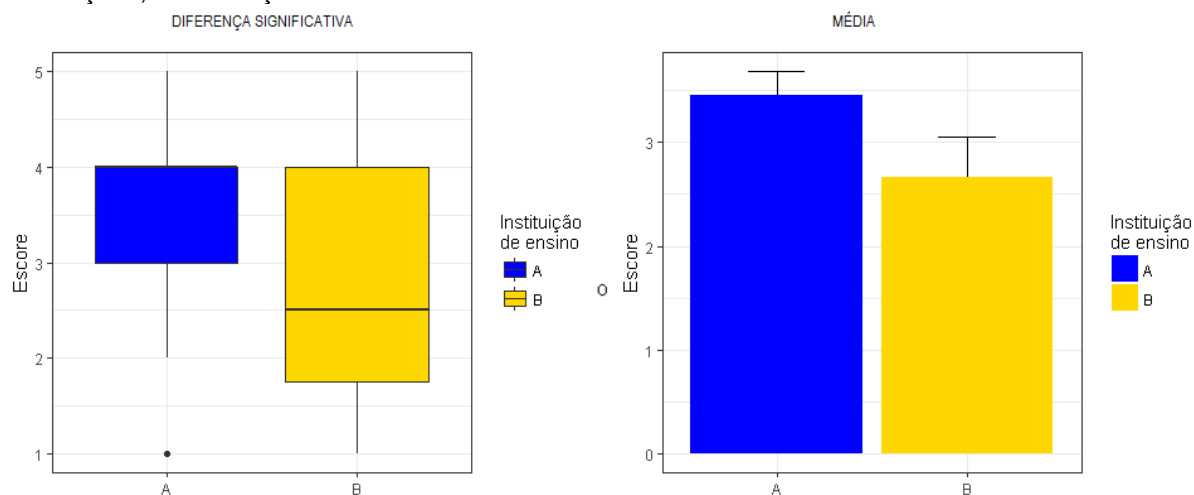
Tabela 14 - Instituição e questões, segundo dimensão, com maior escore, dos questionários aplicados aos estudantes, que apresentaram diferenças significativas.

Dimensão	Questão	Escore mais alto
Atenção à saúde	-Possuo domínio de tecnologias de comunicação e informação (Q1.8).	“instituição A”
	-Considero aspectos culturais na comunicação (Q1.9).	“instituição A”
Gestão em saúde	-Tenho facilidade para identificar situações-problema (Q2.1).	“instituição A”
	-Utilizo o fundamento de tomada de decisão visando o uso apropriado, eficácia, custo e efetividade de medicamentos e equipamentos (Q2.5).	“instituição B”
	-Participo em cooperações na formação, através de redes nacionais e internacionais (Q.2.24).	“instituição B”

Fonte: Dados do estudo.

A figura 3 representa a diferença significativa ($p < 0.001$) e média (3.45 instituição A e 2.67 instituição B) da questão Q1.8 (“Possuo domínio de tecnologias de comunicação e informação”), na avaliação dos estudantes.

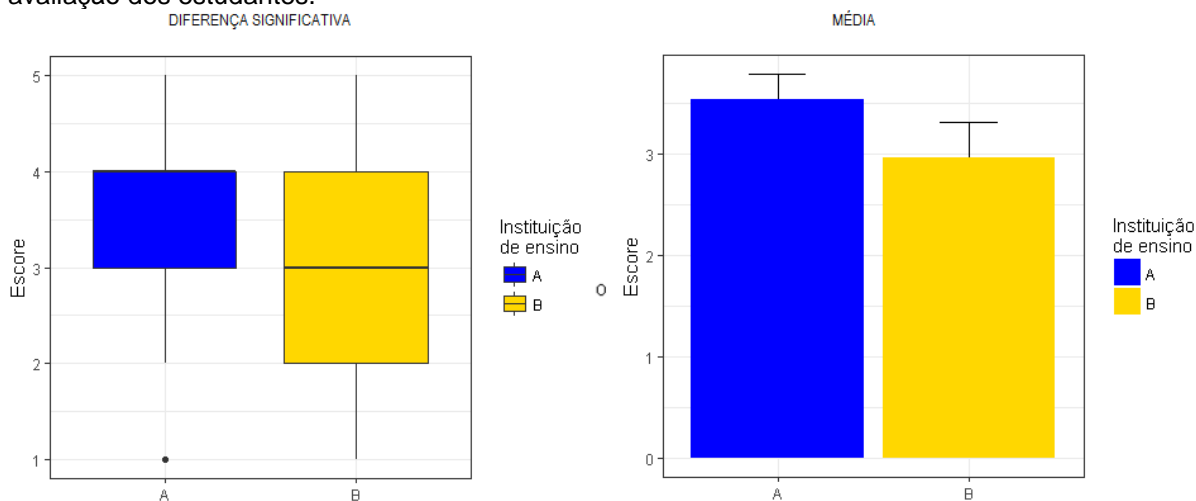
Figura 3 - Questão 1.8 domínio de tecnologias de comunicação e informação entre as instituições, na avaliação dos estudantes.



Fonte: Dados do estudo.

A figura 4 representa a diferença significativa ($p=0.008$) e média (3.54 instituição A e 2.96 instituição B) da questão Q1.9 (“Considero aspectos culturais em minha comunicação”), na avaliação dos estudantes.

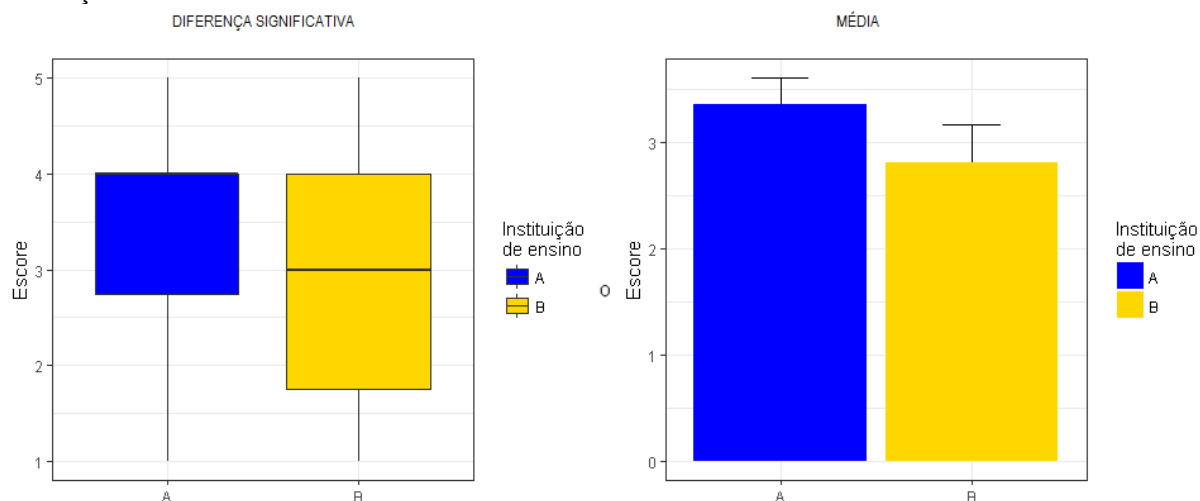
Figura 4 - Questão 1.9 considerar aspectos culturais na comunicação entre as instituições, na avaliação dos estudantes.



Fonte: Dados do estudo.

A figura 5 representa a diferença significativa ($p=0.013$) e média (3.36 instituição A e 2.81 instituição B) da questão Q2.1 (“Tenho facilidade para identificar situações-problema”), na avaliação dos estudantes.

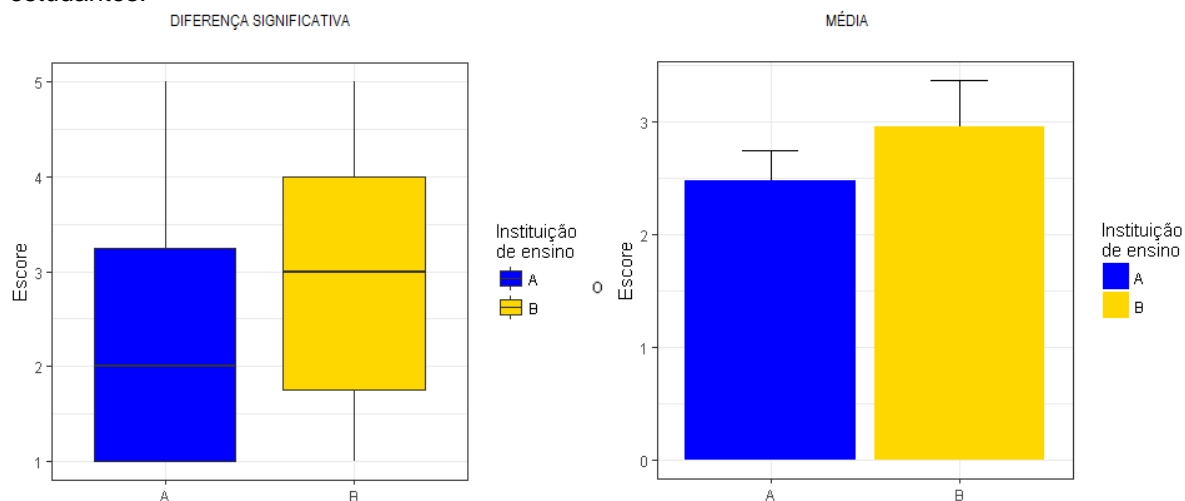
Figura 5 - Questão 2.1 facilidade para identificar situações-problema entre as instituições, na avaliação dos estudantes.



Fonte: Dados do estudo.

A figura 6 representa a diferença significativa ($p=0.042$) e média (2.48 instituição A e 2.96 instituição B) da questão Q2.5 (“Utilizo do fundamento de tomada de decisão visando o uso apropriado, eficácia, custo e efetividade de medicamentos e equipamentos”), na avaliação dos estudantes.

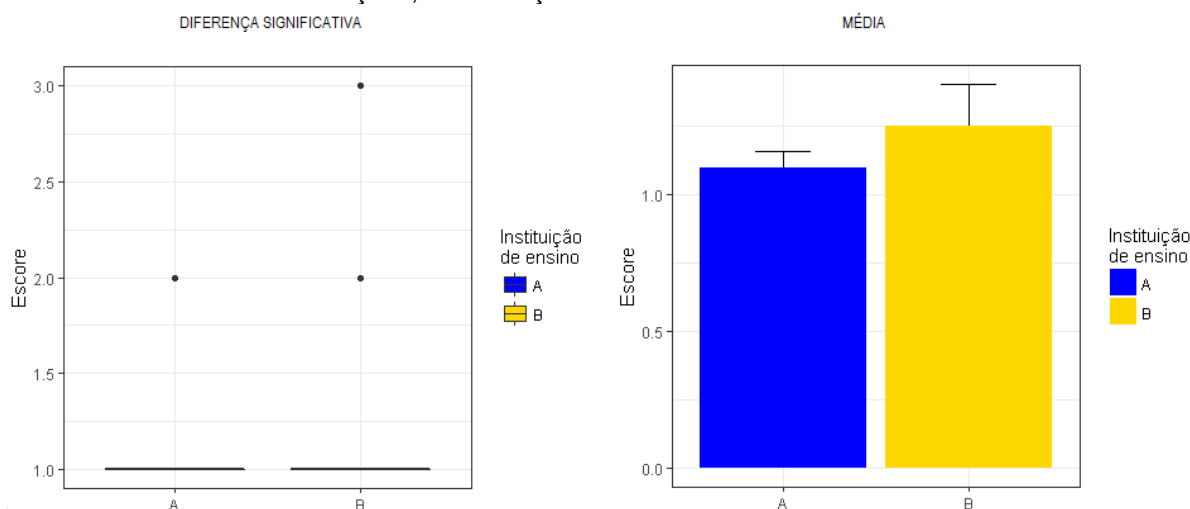
Figura 6 - Questão 2.5 tomada de decisão visando o uso apropriado, eficácia, custo e efetividade de medicamentos e equipamentos entre as instituições, na avaliação dos estudantes.



Fonte: Dados do estudo.

A figura 7 representa a diferença significativa ($p=0.032$) e média (1.1 instituição A e 1.25 instituição B) da questão Q2.24 (“Participo em cooperações na formação, através de redes nacionais e internacionais”), na avaliação dos estudantes.

Figura 7 - Questão 2.24 participar em cooperações na formação, por meio de redes nacionais e internacionais entre as instituições, na avaliação dos estudantes.



Fonte: Dados do estudo.

Com a publicação da resolução nº 7/2004, que instituiu as DCNs do curso de graduação em Educação Física, passamos a ter bases para a criação de cursos de educação física, princípios, condições, procedimentos, além do desenvolvimento e avaliação do Projeto Pedagógico do Curso (PPC) (DA SILVA, 2015).

Viera *et al.* (2009) destaca que as inovações propostas pelas DCNs, apresentam uma inovação para a formação do profissional de Educação física que deve a partir da referida DCN compreender e intervir nas questões relacionadas às particularidades regionais, às identidades culturais, à educação ambiental, às pessoas com deficiência, grupos e comunidades especiais.

Neste sentido Da Silva (2015) ressalta que as novas DCNs, destacam o estímulo às atividades complementares, com direcionamento para uma distribuição equivalente na carga horária de estágios, principalmente na segunda metade do curso, flexibilização do regime de ofertas das disciplinas, com a possibilidade de ser semestral ou anual, bem como a elaboração de um Projeto Pedagógico do Curso (PPC) que descreva o compromisso do curso com a formação de seus egressos, sendo este arquitetado em equipe e do conhecimento de todos os docentes.

Cabe salientar que cada instituição produz seu PPC de acordo com suas concepções e necessidades ideológicas, assim, disciplinas podem ser incluídas em momentos distintos, alguns cursos podem incluir o conteúdo que aborde o sistema de saúde em períodos diferentes ou até mesmo não incluir.

Desta forma, o resultado estatístico significativo obtido pode estar associado ao período em que os estudantes se encontram no curso, no momento da resposta ao questionário aplicado, não é possível afirmar que o resultado demonstre ser maior ou mesmo que alunos da “Instituição A” sejam mais competentes no domínio de tecnologias de comunicação e informação; consideram aspectos culturais em sua comunicação; e apresentam facilidade para identificar situações-problema. Porém é importante destacar que estes entendimentos são competências necessárias ao profissional de educação física e que uma forma de obtê-los é por meio da vivência prática.

É importante salientar que nenhum dos cursos avaliados apresenta em seus currículos registro de uso de metodologias ativas de forma sistemática, como estratégias de ensino-aprendizagem, ficando muitas vezes a prática delimitada ao período de estágios obrigatórios que, às vezes, ocorrem em desconexão com a parte teórica.

A efetivação de metodologias ativas é uma realidade e necessidade e, certamente, é importante repensar a forma de ensinar, porém essas metodologias são um grande desafio para os docentes que vivenciaram em sua formação acadêmica a metodologia tradicional (ANASTASIOU, 2014).

É importante destacar, também, que além da dificuldade acima citada o discente também apresenta uma barreira nos períodos iniciais, uma vez que o estudante do ensino médio está adaptado ao ensino tradicional. Berbel (2011), afirma em seu estudo “As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes” que para as metodologias ativas surtirem seu efeito desejado será necessário que os participantes do processo as assimilarem e incluam uma boa dose de disponibilidade intelectual, principalmente, devido a realidade dos alunos e do cotidiano escolar que podem dificultar ou até mesmo impedir seu incremento no ensino superior.

Corroborando com a reflexão, Franco (2008), em seu estudo aponta que o resultado do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) de 2006 aponta que egressos do ensino médio não apresentam resultados suficientes frente às expectativas de aprendizagem para a etapa verificada. O autor preconiza que os estudantes carecem de domínios satisfatórios dos conteúdos básicos da escola e de competências fundamentais para prosseguir com êxito nos estudos, principalmente por

apresentarem dificuldade na escrita e produção de texto.

Franco (2008) destaca, ainda, que apesar do baixo desempenho ser característico mais na rede pública, o perfil dos estudantes da rede privada não apresenta diferenças significativas em relação ao público.

Desta forma, os desafios para o desenvolvimento do ensino superior são muitos, porém conquistas e avanços têm apontado para um melhor padrão de qualidade na formação. É importante que o docente avalie a heterogeneidade dos estudantes, a diversidade e os vários perfis institucionais encontrados no ensino superior e que políticas educacionais e internas sejam inseridas pelas instituições formadoras, de forma eficaz e contínua, para garantir que o ensino superior cumpra sua missão de pesquisa e resguarde sua identidade pedagógica, administrativa e institucional (FRANCO, 2008).

Ao se inferir sobre a avaliação dos alunos da “Instituição A” ser melhor que os estudantes da “Instituição B” relativo àqueles se avaliarem com escore mais elevado quando a avaliação diz respeito “domínio de tecnologias de comunicação e informação”; “considerar aspectos culturais em sua comunicação” e “ter facilidade para identificar situações-problema” pode levar a reflexão de que a “Instituição A” pode oferecer atividade extraclasse em maior número, comparado ao disponibilizado pela outra instituição avaliada. Atividades tais como jornadas acadêmicas, cursos de extensão, capacitação e atividades que permitam ao aluno o contato com a coletividade, proporciona a vivência para o desenvolvimento da habilidade de comunicação. Porém, os alunos da “instituição B” apresentam escores mais elevados relativo a “utilização do fundamento de tomada de decisão visando o uso apropriado, eficácia, custo e efetividade de medicamentos e equipamentos” e “participação em cooperações na formação, por meio de redes nacionais e internacionais” tal fato pode inferir que a “instituição B” não deixa de fazer atividade extraclasse, porém as IES estão com enfoques diferentes em suas práticas, uma (A) está voltada mais para a comunicação e a outra (B) mais direcionada à tomada de decisão.

Quanto a questão da “participação em cooperações na formação, por meio de redes nacionais e internacionais” Patrício (2016) explica que devido a globalização e a ligação entre fronteiras, docentes e discentes estão conectados, promovendo assim, uma alteração para uma educação baseada

na evidência em vez de baseada na opinião, exigindo maior responsabilização das instituições de ensino. Considerando as médias das instituições (1.1 instituição A e 1.25 instituição B) é uma oportunidade de melhoria, sendo que ideias poderiam estar sendo permutadas com discentes e docentes de outros países, por meio da mobilidade institucional, podendo auxiliar inclusive na dimensão gestão em saúde.

Considerando o Artigo 10 das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Educação Física, “A formação do graduado em Educação Física deve assegurar a indissociabilidade teoria-prática por meio da prática como componente curricular, estágio profissional curricular supervisionado e atividades complementares.” Entende-se ser bastante provável que as duas instituições estejam cumprindo esta normativa e que o interesse, disponibilidade de tempo, condição financeira, entre outras possam estar explicando o resultado encontrado.

A visão dos professores, ao se comparar as instituições, apresenta-se diferente. Pode-se observar na Tabela 15 que várias questões apontam diferenças significativas. É possível ainda observar resultados estatísticos significativos na dimensão Educação em saúde e na avaliação geral da referida dimensão.

Tabela 15 - Média e desvio padrão, das dimensões e questões por Instituição atual, dos questionários aplicados aos professores.

	A	B	Valor p
D1	2.61 (1)	2.72 (0.82)	0.546
Q1.1	2.88 (1.32)	3.02 (1.01)	0.529
Q1.2	2.64 (1.24)	2.55 (1.08)	0.678
Q1.3	2.01 (1.02)	2.57 (0.83)	0.002
Q1.4	2.54 (1.16)	2.57 (1.14)	0.853
Q1.5	2.8 (1.32)	2.49 (1)	0.167
Q1.6	2.46 (1.13)	2.45 (1.04)	0.931
Q1.7	2.61 (1.15)	2.85 (0.98)	0.223
Q1.8	2.7 (1.24)	2.89 (1.07)	0.376
Q1.9	2.87 (1.34)	3.04 (1.04)	0.445
D2	2.22 (0.78)	2.21 (0.68)	0.936
Q2.1	2.51 (1.2)	2.79 (0.75)	0.156
Q2.2	2.36 (1.13)	2.53 (0.86)	0.357
Q2.3	2.45 (1.24)	2.49 (0.78)	0.853
Q2.4	2.06 (1.01)	2.28 (0.93)	0.227
Q2.5	1.92 (0.91)	2.28 (0.85)	0.028
Q2.6	2.26 (1.13)	2.26 (0.85)	0.972
Q2.7	2.75 (1.1)	2.87 (0.82)	0.506
Q2.8	2.11 (1.01)	1.96 (0.88)	0.396
Q2.9	2.26 (1)	2.09 (0.9)	0.316
Q2.10	2.44 (1)	2.17 (0.87)	0.122
Q2.11	2.42 (1.1)	2.11 (0.79)	0.091
Q2.12	2.95 (1.06)	2.72 (0.77)	0.197
Q2.13	2.6 (1.13)	2.28 (1.1)	0.121
Q2.14	2.05 (1.03)	2.19 (1.01)	0.442
Q2.15	2.1 (0.98)	1.98 (0.92)	0.505
Q2.16	2.01 (0.94)	1.98 (0.94)	0.847
Q2.17	2.08 (0.92)	1.96 (0.91)	0.452
Q2.18	2.1 (1.07)	1.96 (0.91)	0.458
Q2.19	2.01 (1.2)	2.15 (0.91)	0.496
Q2.20	1.99 (0.95)	2.06 (0.87)	0.653
Q2.21	1.9 (0.95)	2.13 (0.85)	0.184
Q2.22	2.71 (1.2)	2.43 (0.88)	0.15
Q2.23	2.18 (1.03)	2.02 (0.85)	0.375
Q2.24	1.13 (0.43)	1.43 (0.65)	0.002
D3	3.16 (0.98)	2.79 (0.91)	0.034
Q3.1	2.92 (1.31)	2.68 (0.89)	0.273
Q3.2	3.32 (1.3)	2.89 (1.07)	0.057
Q3.3	3.12 (1.26)	2.72 (1.08)	0.073
Q3.4	3.33 (1.07)	2.91 (1.06)	0.033
Q3.5	3.38 (1.16)	2.87 (1.13)	0.017
Q3.6	2.96 (1.09)	2.55 (0.97)	0.034
Q3.7	2.86 (1.23)	2.64 (1.09)	0.313
Q3.8	3.17 (1.16)	2.6 (1.04)	0.006
Q3.9	2.95 (1.24)	2.7 (1.06)	0.246
Q3.10	3.11 (1.21)	2.87 (0.97)	0.257
Q3.11	3.65 (1.16)	3.23 (1.03)	0.04
Geral	2.67 (0.85)	2.57 (0.77)	0.536

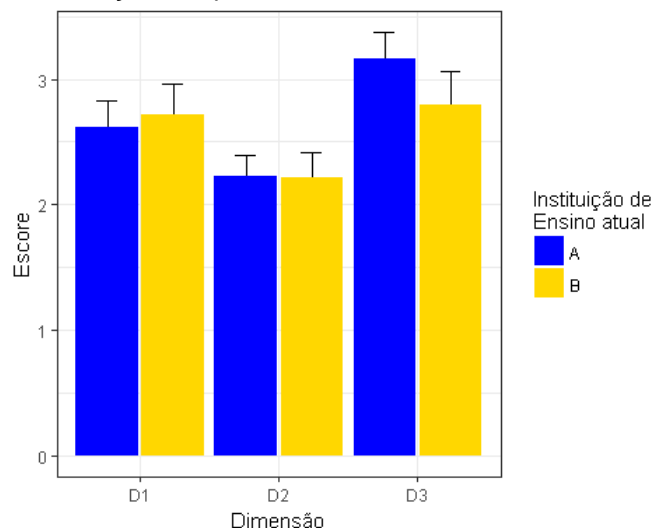
Fonte: Dados do estudo.

Valor p correspondente ao resultado do teste t ou de wilcoxon conforme o mais adequado.

Valor p < 0,05 indica diferença significativa

O gráfico 5 representa a média das três dimensões estudadas entre as instituições, na avaliação dos professores.

Gráfico 5 - Média das três dimensões estudadas entre as instituições, na avaliação dos professores.



Fonte: Dados do estudo.

Na Tabela 16, para melhor entendimento, estão descritas as questões por dimensão avaliada, nas quais foram encontradas diferenças significativas.

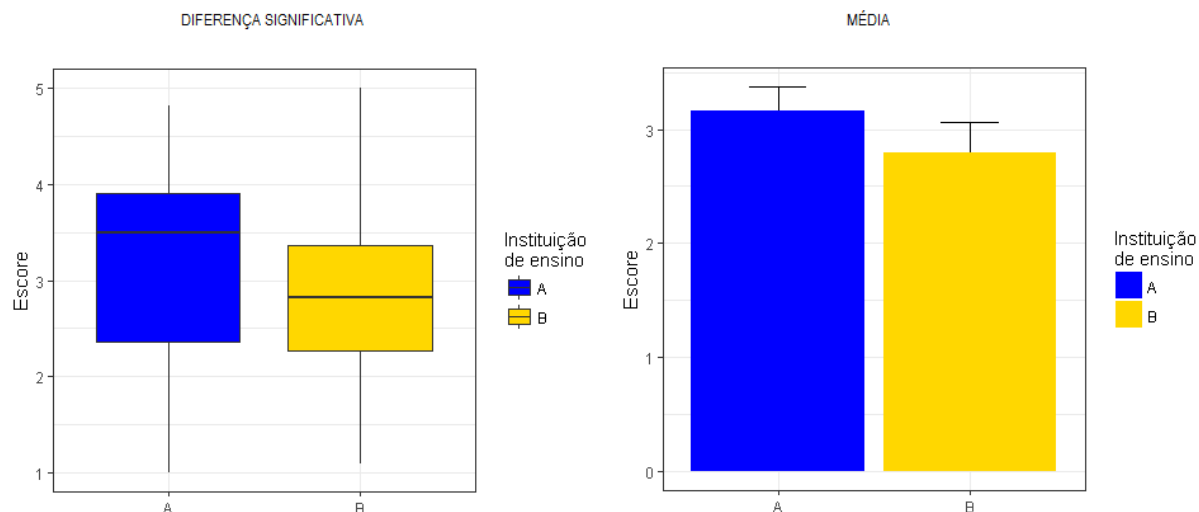
Tabela 16 - Instituição e questões, segundo dimensão, com maior escore, dos questionários aplicados aos professores.

Dimensão	Questão	Escore mais alto
Atenção à saúde	-O estudante compreende o funcionamento do Sistema de Saúde (Q1.3).	“instituição” B
Gestão em saúde	- O estudante utiliza do fundamento de tomada de decisão visando o uso apropriado, eficácia, custo e efetividade de medicamentos e equipamentos (Q2.5).	“instituição” B
	- O estudante participa em cooperações na formação, através de redes nacionais e internacionais (Q2.24).	“instituição” B
Educação em saúde	-Geral da D3	“instituição” A
	- O estudante é empático no processo de Comunicação (3.4).	“instituição” A
	- O estudante utiliza habilidade de escuta no processo de comunicação (Q3.5).	“instituição” A
	- O estudante utiliza outras formas de comunicação, além da verbal (Q3.6).	“instituição” A
	- O estudante demonstra que a educação contextualizada no processo de trabalho agrega o desenvolvimento profissional (Q3.8).	“instituição” A
	- O estudante respeita o ponto de vista do outro. (Q3.11).	“instituição” A

Fonte: Dados do estudo.

A figura 8 representa a diferença significativa ($p=0.034$) e média (3.16 instituição A e 2.79 instituição B) da dimensão D3 (“Educação em saúde”), na avaliação dos professores.

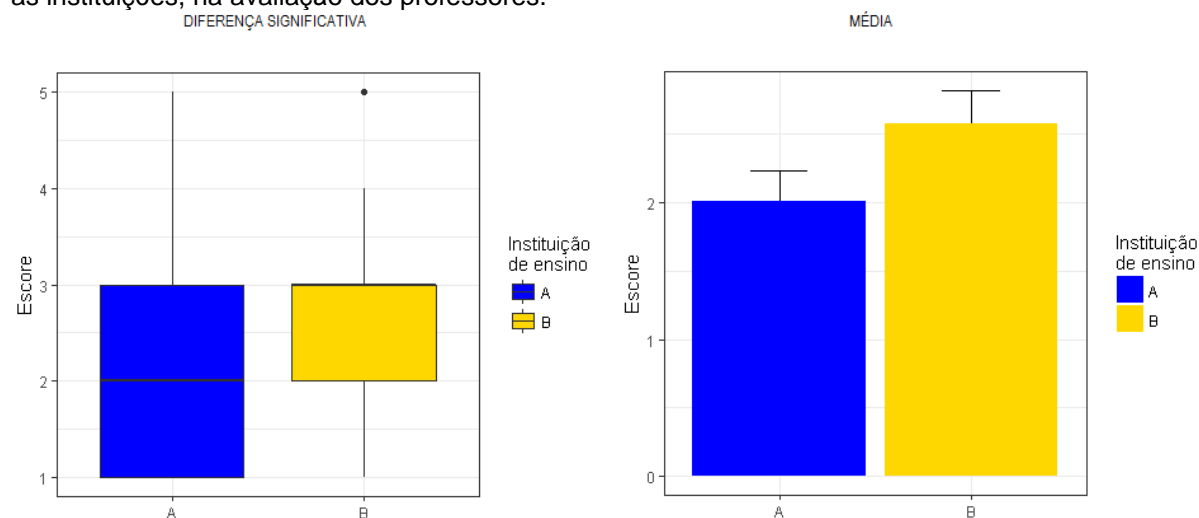
Figura 8 - D3 Educação em saúde entre as instituições, na avaliação dos professores.



Fonte: Dados do estudo.

A figura 9 representa a diferença significativa ($p=0.002$) e média (2.01 instituição A e 2.57 instituição B) da questão Q1.3 (“O estudante compreende o funcionamento do Sistema de Saúde”), na avaliação dos professores.

Figura 9 - Questão 1.3 o estudante compreende o funcionamento do Sistema de Saúde, entre as instituições, na avaliação dos professores.

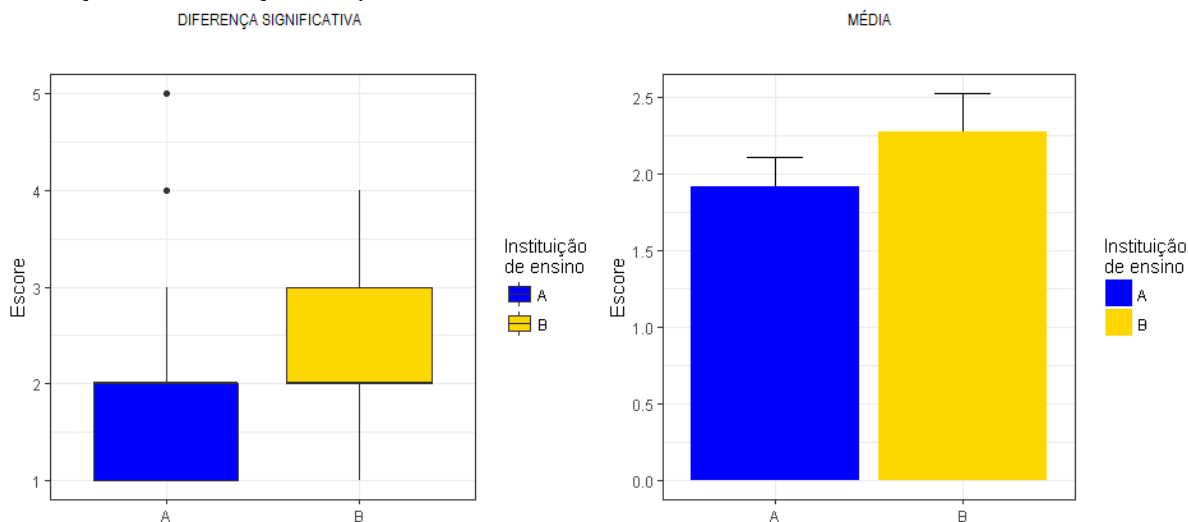


Fonte: Dados do estudo.

A figura 10 representa a diferença significativa ($p=0.028$) e média (1.92

instituição A e 2.28 instituição B) da questão Q2.5 (“O estudante utiliza do fundamento de tomada de decisão visando o uso apropriado, eficácia, custo e efetividade de medicamentos e equipamentos”), na avaliação dos professores.

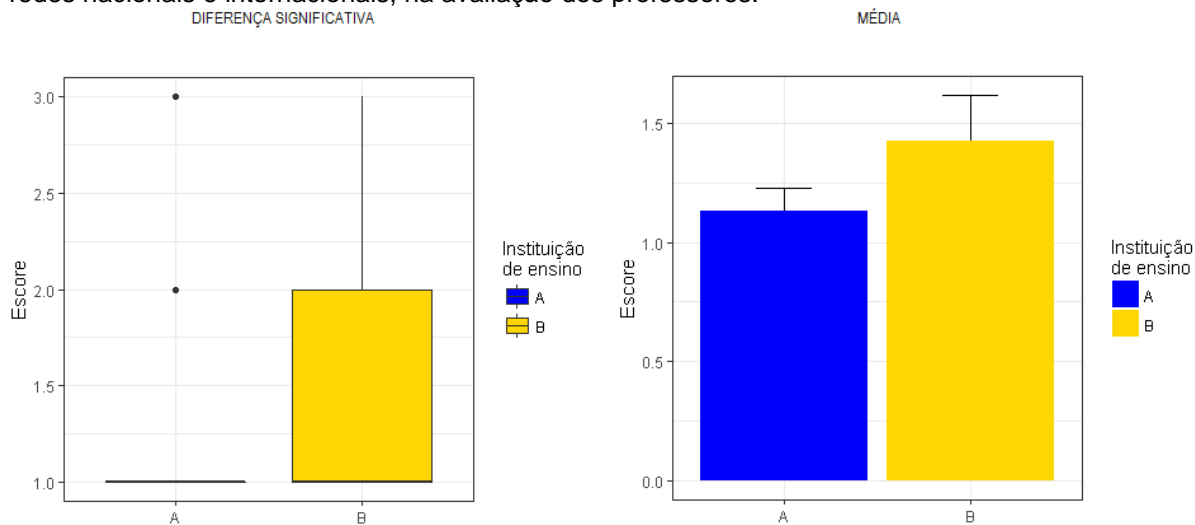
Figura 10 - Questão 2.5 o estudante utiliza do fundamento de tomada de decisão visando o uso apropriado, eficácia, custo e efetividade de medicamentos e equipamentos, entre as instituições, na avaliação dos professores.



Fonte: Dados do estudo.

A figura 11 representa a diferença significativa ($p=0.002$) e média (1.13 instituição A e 1.43 instituição B) da questão Q2.24 (“O estudante participa em cooperações na formação, através de redes nacionais e internacionais”), na avaliação dos professores.

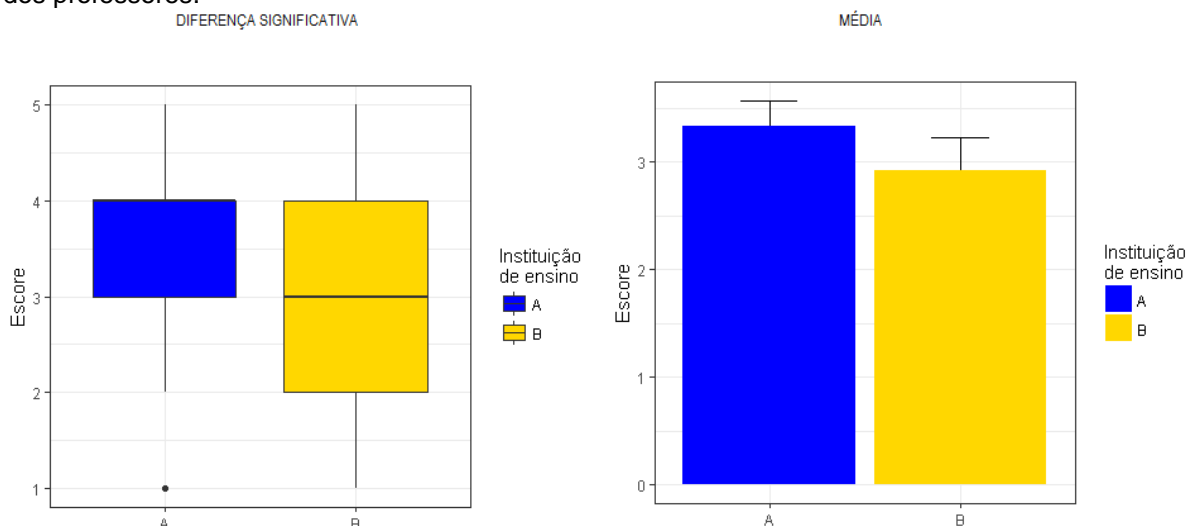
Figura 11 - Questão 2.24 o estudante participa em cooperações na formação, por meio de redes nacionais e internacionais, na avaliação dos professores.



Fonte: Dados do estudo.

A figura 12 representa a diferença significativa ($p=0.033$) e média (3.33 instituição A e 2.91 instituição B) da questão Q3.4 (“O estudante é empático no processo de comunicação”), na avaliação dos professores.

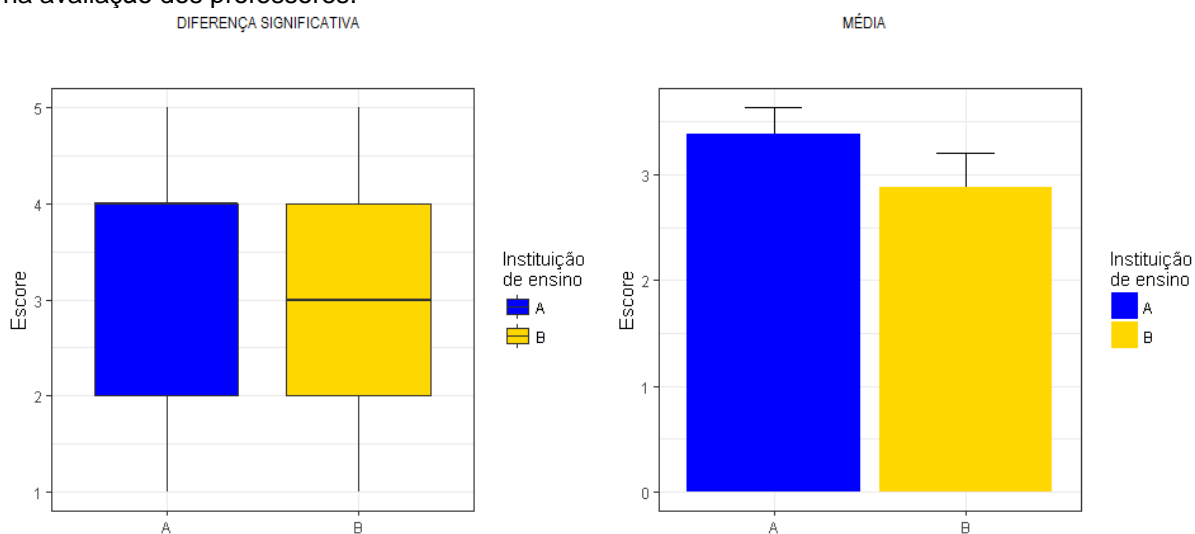
Figura 12 - Questão 3.4 o estudante é empático no processo de comunicação, na avaliação dos professores.



Fonte: Dados do estudo.

A figura 13 representa a diferença significativa ($p=0.017$) e média (3.38 instituição A e 2.87 instituição B) da questão Q3.5 (“O estudante utiliza habilidade de escuta no processo de comunicação”), na avaliação dos professores.

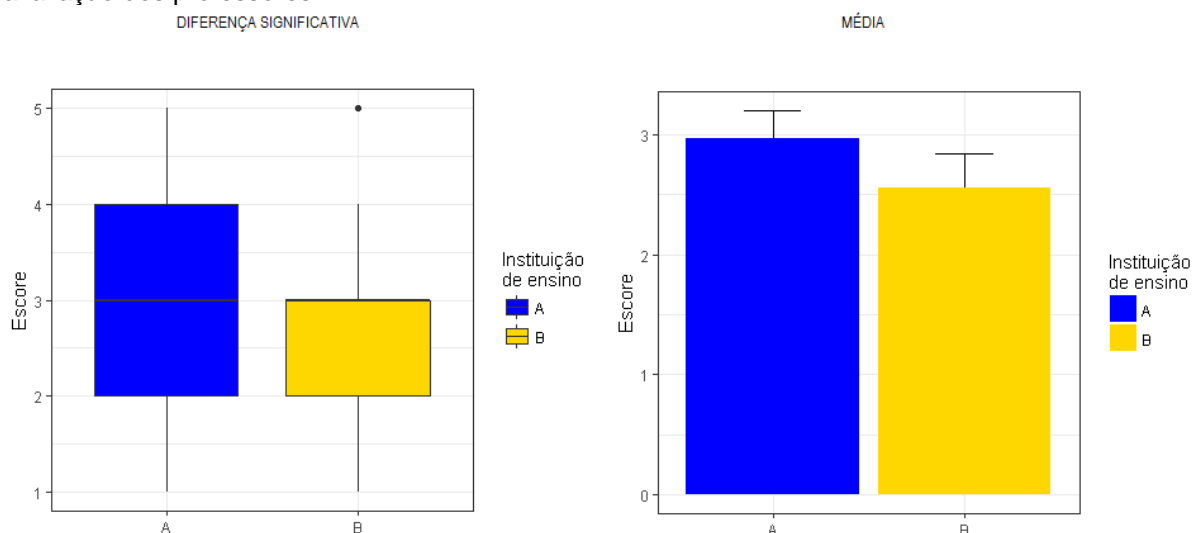
Figura 13 - Questão 3.5 o estudante utiliza habilidade de escuta no processo de comunicação, na avaliação dos professores.



Fonte: Dados do estudo.

A figura 14 representa a diferença significativa ($p=0.034$) e média (2.96 instituição A e 2.55 instituição B) da questão Q3.6 (“O estudante utiliza outras formas de comunicação, além da verbal”), na avaliação dos professores.

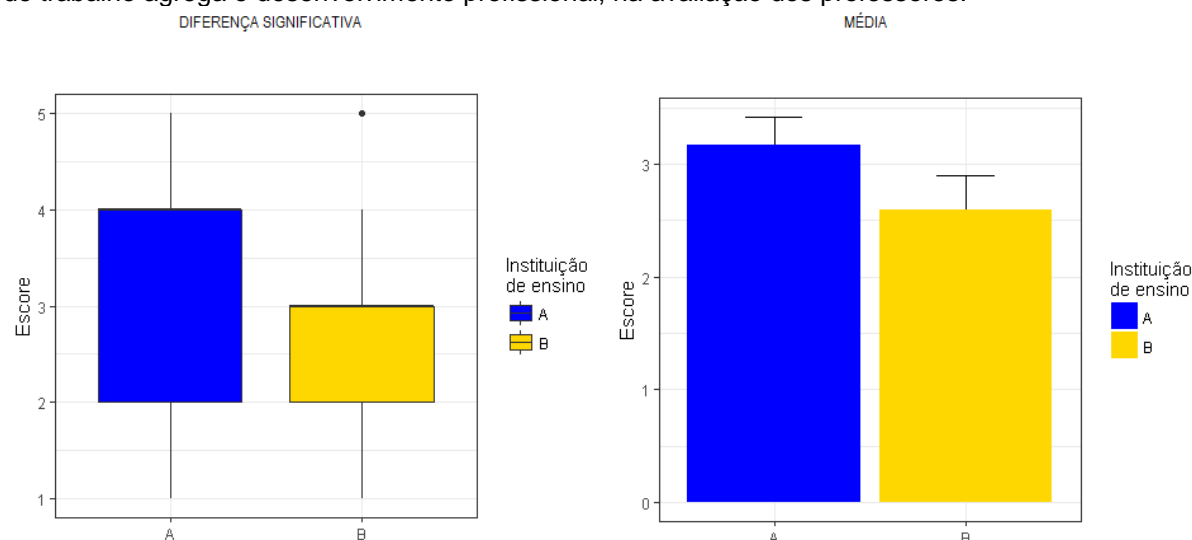
Figura 14 - Questão 3.6 o estudante utiliza outras formas de comunicação, além da verbal, na avaliação dos professores.



Fonte: Dados do estudo.

A figura 15 representa a diferença significativa ($p=0.006$) e média (3.17 instituição A e 2.6 instituição B) da questão Q3.8 (“O estudante demonstra que a educação contextualizada no processo de trabalho agrega o desenvolvimento profissional”), na avaliação dos professores.

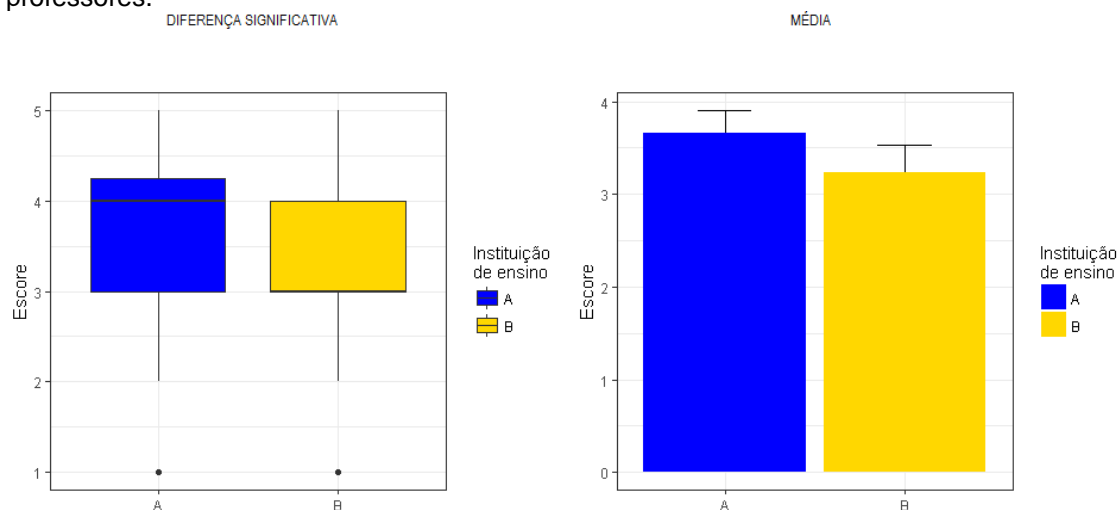
Figura 15 - Questão 3.8 o estudante demonstra que a educação contextualizada no processo de trabalho agrega o desenvolvimento profissional, na avaliação dos professores.



Fonte: Dados do estudo.

A figura 16 representa a diferença significativa ($p=0.04$) e média (3.65 instituição A e 3.23 instituição B) da questão Q3.11 (“O estudante respeita o ponto de vista do outro”), na avaliação dos professores.

Figura 16 - Questão 3.11 o estudante respeita o ponto de vista do outro, na avaliação dos professores.



Fonte: Dados do estudo.

O profissional de Educação Física deve ser formado, segundo as DCNs com o objetivo de dotá-lo dos conhecimentos para o exercício profissional segundo as competências gerais e específicas sendo que este profissional deve apresentar uma formação generalista, humanista e crítica com o objeto de estudo e de aplicação o movimento humano, com foco nas diferentes formas e modalidades do exercício físico, da ginástica, do jogo, do esporte, da luta/arte marcial, da dança, nas perspectivas da prevenção de problemas de agravo da saúde, promoção, proteção e reabilitação da saúde, da formação cultural, da educação e da reeducação motora, do rendimento físico-esportivo, do lazer, da gestão de empreendimentos relacionados às atividades físicas, recreativas e esportivas, além de outros campos que oportunizem ou venham a oportunizar a prática de atividades físicas, recreativas e esportivas (BRASIL, 2004)(DA SILVA, 2015).

As DCNs determinam um padrão geral de orientação para a construção dos currículos e dos projetos políticos pedagógicos que devem ser adotados por todas as IES, sejam públicas ou privadas e destinam-se à normatização da atuação profissional. Diante da constante evolução nos saberes e na

composição das práticas médicas, das diversas compreensões dos fenômenos de saúde e doença, o formato organizacional do ensino precisa estar atualizado (INGRID; PEREIRA; LAGES, 2013). Ao pensarmos sobre estas mudanças e a forma de ensinar refletimos se todas as instituições pesquisadas têm repensado o modelo de ensino com seu corpo docente, no intuito de avaliar se a forma de ensino aprendizagem aplicada na graduação assegura a formação de um profissional competente.

As DCNs são propostas tanto para IES públicas como privadas, não existindo diferenciação para uma ou outra, neste sentido cabe ressaltar que as DCNs propõem que o discente desenvolva autonomia e para tal verifica-se a necessidade de se repensar a forma de incluir eficazmente na formação acadêmica a autonomia para os profissionais de educação física.

A instituição das diretrizes, a partir de 2004, ocasionou e vem promovendo mudanças na estruturação curricular de diversos cursos e nos projetos das instituições de ensino em saúde no cenário nacional. Segundo Ingrid; Pereira; Lages (2013 p.325) “é possível considerar que as DCNs representam a ação institucional mais expressiva e abrangente a respeito da proposição de mudanças no cenário da formação profissional em saúde”.

A educação deve proporcionar ao discente o desenvolvimento da visão holística e a busca pela autonomia para resolver os problemas no cenário de prática (COUTINHO, 2011). Assim, é importante a busca por métodos inovadores que proporcionem no ambiente de aprendizagem a prática pedagógica, crítica, reflexiva e transformadora e não o treinamento puramente técnico (MORÁN, 2015).

Diante deste contexto e observando os resultados encontrados na pesquisa é importante refletir sobre a necessidade do desenvolvimento das competências em todos os estudantes por todas as instituições (pública e privada), compreende-se ser este uma via necessária pelas instituições para que o cenário atual seja modificado. Admite-se que sejam necessárias transformações acentuadas, mas que devam ser feitas de forma progressiva.

Uma das modificações deve ser a transição do ensino tradicional para o ensino pautado em metodologias ativas, onde o docente deixa de ser o centro das atenções e passa a ser um mediador do processo ensino aprendizagem. Segundo Morán (2015) passar da consciência “ingênua” para a “crítica” torna o

discente ativo no seu processo de aprendizado. Porém, as metodologias ativas não podem ser simplesmente utilizadas sem que estejam *pari passu* dos objetivos desejados. Para Peixoto (2016) quando se objetiva a busca de alunos mais autônomos, é imprescindível que o docente realize práticas pedagógicas que possibilite a construção do conhecimento, sendo necessárias atividades que exija tomada de decisão pelos alunos, utilizem tecnologia e metodologias ativas.

Para o discente desenvolver esta autonomia é importante dentro das práticas pedagógicas utilizar a “sala de aula invertida”, a “problematização – Arco de Maguerz”, o “*Team Based Learning – TBL*”, entre outras, como estratégia de ensino aprendizagem, para proporcionar alunos que consigam buscar seu próprio conhecimento e motivação para aprender a aprender (PEIXOTO, 2016)(RAVAZZANI, 2017).

Para Coutinho (2011) a prática profissional proporciona chances bem maiores para o desenvolvimento e a construção de uma competência e neste contexto enfatiza que a prática profissional faz com que as IES repensem seus currículos e processos de avaliação, desenvolvendo assim a capacidade de uma reestruturação no planejamento educacional a partir das competências necessárias para seus egressos.

Ao se analisar a dimensão Educação em saúde, segundo avaliação dos professores (Tabela 15) identifica-se diferença significativa ($p=0.034$). Observa-se que a “Instituição A” possui uma média 0.37 maior que a “Instituição B” na dimensão 3 (D3), isto quer dizer que os professores da “Instituição A” avaliaram seus alunos com notas superiores.

O resultado encontrado pode apontar que a “Instituição A” está capacitando melhor seus discentes, porém pode-se inferir também maior rigor dos professores da outra instituição nas avaliações realizadas de seus discentes.

Para Coutinho (2011) nas situações de educação em saúde, os profissionais de educação física poderão compartilhar saberes e práticas específicas de sua área que permitam aos usuários atuar como facilitadores nas ações de promoção. Porém, para tal ação, o projeto político pedagógico deve requerer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo ao discente um desvelar da realidade e propor ações transformadoras que

levem o indivíduo a ter autonomia nas decisões em saúde durante sua formação acadêmica.

Segundo o questionário aplicado, educação em saúde, é estar apto a desenvolver ações de promoção e prevenção de forma adequada, isto é, saber se expressar na escrita ou na forma verbal, desenvolver habilidade na comunicação e saber ouvir, ser agregador, ter sigilo com as informações obtidas e respeitar o ponto de vista do outro.

Educar na Educação Física não se refere a apenas transmitir informações de como se exercitar, compete aos profissionais de educação física se apropriarem de todas as questões sejam elas de natureza subjetiva e interpessoal que podem estar associadas ao sedentarismo ou a prática errada de exercícios físicos.

O profissional de educação física é o perito responsável pela educação para a realização de exercícios adequados para cada tipo de população ou indivíduo e, portanto segundo Brasil (2010) não poderá desenvolver suas intervenções como se estivesse em uma “ilha”. Habitualmente o profissional de educação física deverá estar inserido em uma equipe de saúde da família ou em equipes com outras estruturas organizacionais que permitam “a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos”, proporcionando maiores possibilidades de resolutividades dos problemas de saúde.

O corpo docente deverá estimular o discente a compreender sua responsabilidade perante a sociedade e para tal se manter atualizado, além de conseguir desenvolver uma comunicação efetiva e eficaz para estar capacitado na educação em saúde, para que desta maneira possa estar apto com suas atribuições de educador em saúde.

Para avaliar se as competências gerais estão sendo desenvolvidas nos discentes dos Cursos de Educação Física de uma cidade do interior do Paraná, optou-se pela análise comparativa entre o ciclo inicial e final do curso.

Os cursos de educação física que participaram da presente pesquisa, atualmente cumprem o ciclo de formação em quatro anos os quais são divididos em oito períodos para uma instituição e em ciclo anual para a outra instituição.

As respostas dos graduandos que se encontravam nos quatro primeiros semestres (dois primeiros anos) foram comparadas estatisticamente com aqueles que já estavam na metade final do curso, isto é, cursavam os quatro últimos semestres do curso (dois últimos anos). As análises dos questionários respondidos pelos estudantes estão expressas na Tabela 18, sendo demonstrados os resultados para cada questão, dimensão e também na avaliação geral.

Ao observar a tabela percebe-se que houve diferença significativa em todas as questões, exceto uma questão (Q2.24 – “Participo em cooperações na formação, através de redes nacionais e internacionais”)($p=0.09$) da dimensão Gestão em saúde. O conceito geral também apresenta resultado significativo em todas as dimensões.

Ter ações críticas-reflexivas, utilizar princípios éticos no cenário de prática, ser capaz de trabalhar em equipe inter profissional, buscar promover um ambiente favorável para execução do trabalho, ser empático no processo de comunicação, utilizar da habilidade de escuta no processo de comunicação, valorizar a educação permanente, ser capaz de manter a confiabilidade de informações recebidas e respeitar o ponto de vista do outro, são algumas das questões nas quais os alunos dos últimos anos atribuíram maior escore em relação aos alunos dos primeiros anos.

Percebe-se disparidade entre a avaliação dos estudantes e professores em relação a conhecer o SUS. Na avaliação dos estudantes, estes se avaliaram competentes em conhecer o Sistema Único de Saúde, porém na avaliação dos professores esta competência não apresentou diferenças significativas, isto é, para professores não há diferenças ($p=0.083$) entre alunos dos primeiros anos e últimos anos e a média final ficou muito baixa (2.37), ou seja, para os professores é uma competência não desenvolvida.

Segundo Coutinho (2011 p. 40) um dos maiores problemas que na verdade passa a ser um entrave para o profissional de educação física desenvolver suas intervenções de forma contextualizada no setor da saúde é a constatação de que sua formação, na graduação, não o preparou de forma adequada, para que este pudesse atuar profissionalmente no sistema público de saúde. Corroborando com os resultados da pesquisa e com o Coutinho

(2011 p. 40) podemos citar Fonseca *et al.* (2011) que enumera quatro causas aparentes para esta constatação:

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

Ao observarmos os resultados dos professores percebemos que realmente esta habilidade da dimensão atenção à saúde está aquém dos valores considerados suficientes.

A tabela 17 apresenta a média e desvio padrão das dimensões e questões, por ciclos, dos questionários aplicados aos estudantes.

Tabela 17 - Média e desvio padrão das dimensões e questões, por ciclos, dos questionários aplicados aos estudantes.

Dimensão	Média (DP) - 1º e 2º Anos	Média (DP) - 3º e 4º Anos	p.value	teste
D1	2.22 (0.75)	3.72 (0.54)	< 0.001	Wilcoxon
Q1.1	2.42 (1.24)	3.92 (0.68)	< 0.001	Wilcoxon
Q1.2	2.07 (0.99)	3.68 (0.88)	< 0.001	Wilcoxon
Q1.3	2.1 (1.05)	3.48 (1)	< 0.001	Wilcoxon
Q1.4	1.9 (1.09)	3.4 (0.96)	< 0.001	Wilcoxon
Q1.5	1.84 (1.11)	4 (1.15)	< 0.001	Wilcoxon
Q1.6	1.62 (0.94)	3.54 (0.98)	< 0.001	Wilcoxon
Q1.7	2.51 (1.26)	3.89 (1.05)	< 0.001	Wilcoxon
Q1.8	2.67 (1.15)	3.71 (1.07)	< 0.001	Wilcoxon
Q1.9	2.81 (1.15)	3.89 (1.03)	< 0.001	Wilcoxon
D2	1.85 (0.72)	3.36 (0.6)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.1	2.49 (1.15)	3.89 (0.83)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.2	2.09 (1.11)	3.44 (0.84)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.3	1.83 (0.97)	3.29 (1.01)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.4	2.12 (1.16)	3.3 (1.04)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.5	1.97 (1.12)	3.4 (1.09)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.6	1.99 (1.12)	3.48 (1.06)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.7	2.01 (1.14)	4.03 (1.06)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.8	1.87 (1.06)	3.51 (1.12)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.9	2.42 (1.16)	3.83 (1.11)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.10	1.97 (1.03)	3.59 (1.2)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.11	1.74 (0.9)	3.62 (0.99)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.12	2.54 (1.23)	4.32 (0.76)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.13	2.09 (1.09)	3.71 (1.01)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.14	1.7 (0.96)	3.41 (0.96)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.15	1.33 (0.66)	3.02 (1.1)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.16	1.54 (0.83)	3.21 (1.09)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.17	1.55 (0.96)	3.02 (1.01)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.18	1.45 (0.7)	3.13 (0.91)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.19	1.42 (0.77)	2.9 (0.96)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.20	1.62 (0.97)	3.1 (1)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.21	1.57 (0.83)	3.25 (0.93)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.22	1.91 (1)	3.62 (0.89)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.23	2.19 (1.15)	3.38 (0.96)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.24	1.1 (0.35)	1.21 (0.45)	0.09	Wilcoxon
D3	2.48 (0.91)	4.06 (0.57)	< 0.001	Wilcoxon
Q3.1	1.8 (1.07)	3.97 (0.82)	< 0.001	Wilcoxon
Q3.2	2.3 (1.13)	3.78 (1.05)	< 0.001	Wilcoxon
Q3.3	2.01 (0.96)	3.7 (0.96)	< 0.001	Wilcoxon
Q3.4	2.45 (1.12)	4.02 (0.85)	< 0.001	Wilcoxon
Q3.5	2.51 (1.2)	4.13 (0.87)	< 0.001	Wilcoxon
Q3.6	2.36 (1.27)	3.84 (1.11)	< 0.001	Wilcoxon
Q3.7	2.2 (1.12)	4.08 (0.87)	< 0.001	Wilcoxon
Q3.8	2.19 (1.18)	3.84 (0.95)	< 0.001	Wilcoxon
Q3.9	2.35 (1.21)	3.92 (0.96)	< 0.001	Wilcoxon
Q3.10	3.19 (1.36)	4.7 (0.71)	< 0.001	Wilcoxon
Q3.11	3.91 (0.97)	4.65 (0.72)	< 0.001	Wilcoxon
Geral	2.18 (0.74)	3.71 (0.51)	< 0.001	Wilcoxon

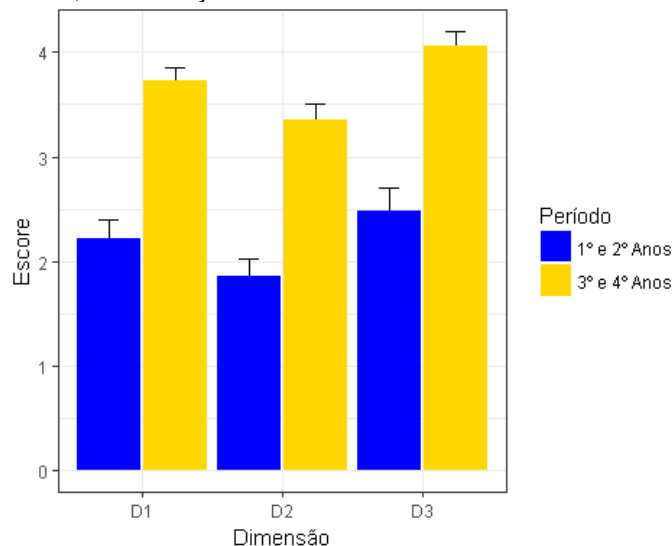
Fonte: Dados do estudo.

Valor p correspondente ao resultado do teste t ou de wilcoxon conforme o mais adequado.

Valor p < 0,05 indica diferença significativa

O gráfico 6 representa a média das três dimensões estudadas nos ciclos iniciais e finais, na avaliação dos estudantes.

Gráfico 6 - Média das três dimensões estudadas nos ciclos iniciais e finais, na avaliação dos estudantes.



Fonte: Dados do estudo.

O desenvolvimento das competências na dimensão Educação em saúde é favorecido pela prática, desta forma, o fato dos estágios obrigatórios ocorrerem nos últimos anos nos cursos de educação física, pode ter relação com o resultado encontrado. Tal fato pode ter ocorrido devido o discente se sentir mais capacitado com a realização da vivência prática.

Ao se analisar as respostas dadas pelos professores, referente ao desenvolvimento das competências gerais, demonstrada na Tabela 18, é possível verificar que na visão dos professores, estudantes dos últimos períodos dos cursos apresentam melhor escore em relação àqueles nos períodos iniciais. Os resultados significativos podem ser verificados na avaliação geral do questionário, em todas as dimensões e basicamente em todas as questões de cada dimensão, a única exceção é a Q1.3 (“Compreendo o funcionamento do Sistema de Saúde”) que se refere ao conhecimento do SUS, e o destaque à dimensão Educação em saúde seguida da dimensão Atenção em saúde, onde podem ser verificados que quase a totalidade das questões, nas referidas dimensões, apresentam resultados estatísticos significativos ($p < 0,05$) e uma média mais alta do que a dimensão gestão em saúde.

Os resultados podem demonstrar que na visão dos docentes os estudantes estão gradativamente desenvolvendo as competências gerais ao longo da formação, uma vez que o escore pontuado final apresenta-se maior que o inicial. Vale salientar que em nenhuma das questões o aluno foi avaliado em sua totalidade, considerando que as questões ou mesmo nas diferentes dimensões o escore apontado sugere que o professor não “Concorda totalmente” com o desenvolvimento da competência.

Tabela 18 - Média e desvio padrão das dimensões e questões, por ciclos, dos questionários aplicados aos professores.

Dimensão	Média (DP) - 1º e 2º Anos	Média (DP) - 3º e 4º Anos	p.value	teste
D1	2.14 (0.88)	3.21 (0.64)	< 0.001	Wilcoxon
Q1.1	2.32 (1.05)	3.61 (1.01)	< 0.001	Wilcoxon
Q1.2	2.09 (1.05)	3.19 (1.04)	< 0.001	Wilcoxon
Q1.3	2.07 (0.9)	2.37 (1.07)	0.083	Wilcoxon
Q1.4	1.97 (1.12)	3.19 (0.76)	< 0.001	Wilcoxon
Q1.5	2 (1.07)	3.45 (0.88)	< 0.001	Wilcoxon
Q1.6	2 (1)	2.97 (0.97)	< 0.001	Wilcoxon
Q1.7	2.3 (1)	3.13 (1.03)	< 0.001	Wilcoxon
Q1.8	2.29 (1.16)	3.31 (0.95)	< 0.001	Wilcoxon
Q1.9	2.26 (1.09)	3.68 (0.94)	< 0.001	Wilcoxon
D2	1.83 (0.64)	2.65 (0.59)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.1	2.14 (1)	3.13 (0.88)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.2	1.93 (0.88)	2.97 (0.92)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.3	1.94 (0.87)	3.05 (1.02)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.4	1.65 (0.68)	2.68 (0.99)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.5	1.71 (0.77)	2.42 (0.9)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.6	1.67 (0.72)	2.92 (0.93)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.7	2.38 (0.97)	3.26 (0.83)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.8	1.8 (0.93)	2.34 (0.92)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.9	1.81 (0.86)	2.63 (0.89)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.10	2.01 (0.88)	2.71 (0.91)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.11	1.96 (0.88)	2.69 (1)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.12	2.52 (0.92)	3.26 (0.89)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.13	2.14 (1.03)	2.85 (1.11)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.14	1.81 (0.86)	2.42 (1.09)	0.001	Wilcoxon
Q2.15	1.65 (0.8)	2.5 (0.92)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.16	1.59 (0.71)	2.45 (0.95)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.17	1.64 (0.64)	2.48 (0.97)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.18	1.55 (0.65)	2.6 (1.06)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.19	1.61 (0.77)	2.56 (1.2)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.20	1.58 (0.65)	2.5 (0.94)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.21	1.62 (0.67)	2.39 (1)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.22	2.09 (0.9)	3.19 (1.01)	< 0.001	Wilcoxon
Q2.23	1.93 (0.85)	2.34 (1.05)	0.03	Wilcoxon
Q2.24	1.13 (0.42)	1.35 (0.63)	0.011	Wilcoxon
D3	2.52 (0.93)	3.6 (0.63)	< 0.001	Wilcoxon
Q3.1	2.35 (1.14)	3.37 (0.98)	< 0.001	Wilcoxon
Q3.2	2.51 (1.17)	3.9 (0.82)	< 0.001	Wilcoxon
Q3.3	2.36 (1.08)	3.66 (0.96)	< 0.001	Wilcoxon
Q3.4	2.81 (1.12)	3.6 (0.88)	< 0.001	Wilcoxon
Q3.5	2.7 (1.13)	3.76 (0.95)	< 0.001	Wilcoxon
Q3.6	2.45 (1.14)	3.23 (0.8)	< 0.001	Wilcoxon
Q3.7	2.25 (1.08)	3.37 (1.01)	< 0.001	Wilcoxon
Q3.8	2.39 (1.11)	3.6 (0.8)	< 0.001	Wilcoxon
Q3.9	2.41 (1.17)	3.37 (0.98)	< 0.001	Wilcoxon
Q3.10	2.54 (1.08)	3.56 (0.93)	< 0.001	Wilcoxon
Q3.11	2.91 (0.98)	4.16 (0.89)	< 0.001	Wilcoxon
Geral	2.16 (0.74)	3.15 (0.54)	< 0.001	Wilcoxon

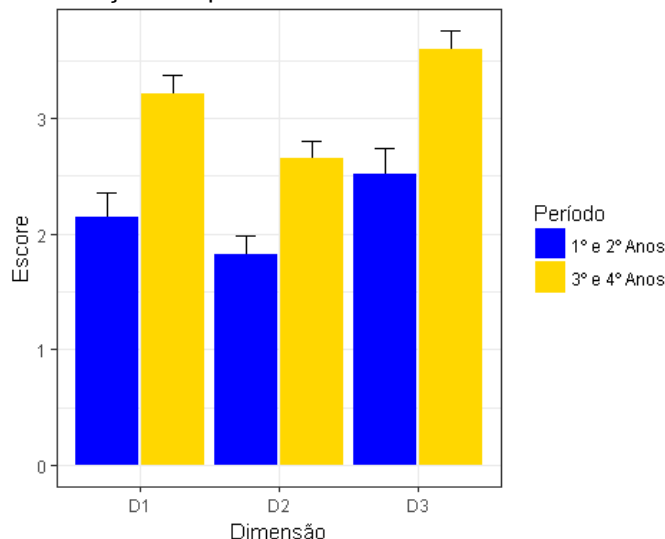
Fonte: Dados do estudo.

Valor p correspondente ao resultado do teste t ou de wilcoxon conforme o mais adequado.

Valor p < 0,05 indica diferença significativa

O gráfico 7 representa a média das três dimensões estudadas nos ciclos iniciais e finais, na avaliação dos professores.

Gráfico 7 - Média das três dimensões estudadas nos ciclos iniciais e finais, na avaliação dos professores.



Fonte: Dados do estudo.

Ao observarmos o gráfico 7 fica mais fácil visualizar que realmente o destaque ficou para a educação em saúde, seguida da atenção em saúde e por fim a gestão em saúde.

A gestão em saúde apresentou médias relativamente baixas, em que pese que no passar dos ciclos houve diferenças significativas, ou seja, realmente os acadêmicos se aperfeiçoaram nesta dimensão, porém a média final ficou em 2.65 para os docentes e 3.36 para os discentes podendo permitir inferir que é uma dimensão falha na formação.

No estudo de Egerland (2009) envolvendo competências profissionais de profissionais de educação física os pesquisados apresentaram um nível considerado satisfatório para competências relacionadas ao saber, porém uma necessidade de desenvolvimento de competências relacionadas à gestão, corroborando os resultados da pesquisa em tela.

A realização de uma tarefa de forma plena pode apresentar a competência desenvolvida pelo executante, sendo que seu aprimoramento ocorrerá com o passar do tempo, dia após dia, no processo de ensino aprendizagem e na vivência dos sujeitos.

Coutinho (2011 p. 57) afirma que são nas situações cotidianas da prática profissional que uma competência apresenta maiores chances de ser desenvolvida, pois é neste ambiente que o profissional tem condições de utilizar seus conhecimentos e habilidades, passando a dar um novo significado aos seus fazeres devido aos valores pessoais, mobilização de diferentes recursos com o objetivo de solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações.

A competência não é apenas um conhecimento adquirido. Para Cruz; Schultz, (2009) adquirir conhecimentos e habilidades não significa ser competente, uma vez que é possível ter conhecimento sem mesmo saber aplicá-lo. Competências são formadas por meio de processos de aprendizagem que estão influenciados por conjuntos de capacidades humanas. A competência profissional incorpora três dimensões do saber: o saber-conhecer (conhecimento – saber o quê e o saber porquê), o saber fazer (habilidades e técnicas) e o saber ser (atitudes). Quando estas dimensões são desenvolvidas promovem a capacidade aos sujeitos de atuar de forma competente (BRASIL, 2004).

A diplomação do acadêmico não significa que as competências foram alcançadas na sua integralidade, pois sua construção começa na graduação, porém é na atuação profissional que se fundamentam, ou seja, é com a vivência prática do cotidiano que serão forjadas. Compreender o processo de desenvolvimento de competências é estar "de acordo com as situações, experiências vividas e aprendizagens transformadas em conhecimentos e habilidades que, por sua vez, são a base para a formação de atitudes, construindo a capacidade de atuar" (CRUZ; SCHULTZ, 2009).

Diante da premissa acima é importante ressaltar que a prática acadêmica deve permear o máximo de ambientes para que a vida profissional não seja comprometida, sendo que muitas vezes esta vivência não pode ser trabalhada em sala de aula apenas e sim em estágios e aulas com metodologias ativas.

As competências estão em plena e constante evolução para os profissionais da área da saúde e tal fato exige das IES e dos coordenadores de curso atenção às mudanças para serem implantadas no ensino. É necessário sempre incentivar aos discentes a reflexão crítica, para que possam responder

as exigências impostas pelas constantes mudanças no cenário social (DO NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Para responder as demandas atuais do trabalho em saúde, faz-se necessário refletir sobre a formação e o perfil de competências desejado aos profissionais de educação física, não basta apenas o conhecimento técnico, mas sim e principalmente o desenvolvimento das habilidades e atitudes a serem aprimoradas ao longo da formação para ser empregada em prol da população.

Não existe um formato único para desenhar um projeto político pedagógico, as realidades são diferentes, os problemas serão diversos, assim estar capacitado tecnicamente é necessário, mas na conjuntura atual para o profissional de educação física é importante conhecer e atuar de forma correta com os problemas de saúde no âmbito individual e coletivo.

No estudo de Batista; Graça; Matos (2008) envolvendo competências de profissionais de educação física ficou claro na parte conclusiva que o importante para este profissional não é apenas o conhecimento, a dimensão ética ganhou um lugar de destaque em todas as áreas mencionadas na pesquisa, provando que o conhecimento isolado não é suficiente para constatar a eficiência do profissional de educação física.

Destarte, percebe-se que o cenário atual exige dos profissionais de educação física uma formação que permita uma plena atuação como profissionais da área da saúde, comprometidos com a promoção, prevenção, proteção e reabilitação, em níveis individual e coletivo, por meio de ações práticas integradas e contínuas, proporcionando assim, capacidade de tomar decisões, fazer uma comunicação adequada, liderar equipes de saúde e, ainda, estarem inseridos na educação permanente (ROCHA; CENTURIÃO, 2007).

Uma excelente oportunidade para o desenvolvimento do discente durante sua estada na IES é o estágio supervisionado, durante o referido estágio o acadêmico pode vivenciar inúmeras experiências, é uma oportunidade para trabalhar as competências gerais propostas uma vez que o ambiente proporciona desenvolvimento de atitudes de liderança, tomada de decisões diante de situações reais, exercitamento da comunicação entre outras competências gerais regidas pelas DCNs (BENITO *et al.*, 2012).

Neste contexto de aprendizagem, o estudante é obrigado a tomar decisões, planejar e executar atividades, bem como resolver problemas que surgem com a prática, exigindo flexibilidade e um cabedal de conhecimentos e, por fim, algumas vezes é necessário o trabalho em equipe.

Para Benito *et al.* (2012) é no estágio supervisionado que o aluno aprende a lidar com a flexibilidade perante as tomadas de decisões, bem como desenvolve a capacidade de trabalhar em equipe, e claro, é obrigado a planejar suas próprias ações.

Nessa perspectiva, a missão do docente é extremamente expressiva. Ele passa a ser o maior incentivador e mediador no processo de ensino aprendizagem, uma vez que faz com que o discente reflita sobre seu papel diante da sociedade como futuro profissional, mas para tal processo funcionar em plena consonância os docentes precisam conhecer a fundo os projetos pedagógicos dos cursos, as DCNs e não menos importante, estar atentos com as competências gerais, sendo esta última responsável principalmente pelo trabalho em equipes multiprofissionais.

No estudo ficou comprovado que na dimensão gestão em saúde os acadêmicos apresentaram os resultados mais baixos para o desenvolvimento das competências gerais, sendo necessária uma maior atenção na referida dimensão.

A pesquisa evidenciou que o estágio supervisionado deve dar ênfase para a gestão em saúde, pois na graduação o acadêmico não consegue lapidar por completo as competências gerais, mas não pode terminar com médias relativamente baixas como as apresentadas, principalmente na dimensão gestão em saúde.

Para Briccia; Maria; Carvalho (2016) é importante o desenvolvimento de aspectos relacionados às competências específicas da área, mas as competências gerais não podem ser deixadas de lado na formação acadêmica e sim serem trabalhadas pelo professor e sustentada por uma equipe de trabalho ou pela própria direção da IES quando há uma possível insegurança com uma das áreas do conhecimento geral.

A construção da competência na educação física, teoricamente, é um processo complexo, principalmente devido a evolução constante da área da saúde, sendo necessário o desenvolvimento de comportamentos próprios de

desempenho em diversos setores ou atividades para a interação com saberes/fazer mais abrangentes. Devido a tal fato o profissional não deve ter em mente que a capacitação finda com o término da graduação, mas sim é um componente central do processo de formação (COUTINHO, 2011 p. 185).

O docente não transmite ao discente a sua competência, o segundo que deve construir suas competências de forma ativa. Os modelos formativos propostos devem ser considerados apenas uma referência para o desenvolvimento das competências dos discentes. Cada aluno vai desenvolver as suas competências de forma singular no processo de ensino aprendizagem, desde que sejam agentes ativos da formação.

Os discentes devem sempre buscar o conhecimento, aproveitar a sala de aula e em especial a vivência prática, mas sem deixar de lado a educação permanente. Esta corrobora as DCNs dos cursos de graduação em saúde que foca na formação crítica, voltada para o trabalho em equipe e com a realidade social, visando a busca do atendimento de qualidade e humano. A educação permanente contribui de forma significativa para a formação em saúde, concebe uma estratégia que possibilita uma formação efetivamente sintonizada com a demanda da saúde pública nacional (OLIVEIRA, 2011).

Nesta mesma linha de pensamento Rodrigues; Vieira; Torres, (2010) relatam que “o interesse dos profissionais de saúde, comprometidos e esforçados em adquirir conhecimentos favorecem a transformação da prática educativa”, fazendo com que a educação permanente seja primordial para a formação em saúde.

Para melhor acompanhar o desenvolvimento do processo de ensino aprendizagem não pode haver a separação da avaliação. A avaliação é parte do processo de ensino e aprendizagem, não pode mais ser entendida como uma forma de mensurar o desempenho do acadêmico e sim como um instrumento que demonstra se a demanda curricular está sendo cumprida. Assim, o processo avaliativo torna-se parte integrante da aprendizagem, a avaliação passa a ser uma etapa da aprendizagem e a ser usada como um processo. Sendo necessária ser aplicada de forma contínua e sistemática durante o desenvolvimento das competências pelos discentes (DATRINO; DATRINO; MEIRELES, 2010).

Para a comunidade científica não há dúvidas o quão é importante avaliar o desenvolvimento das competências, sendo necessária a atuação do docente, principalmente na observação do discente nas atividades práticas, porém assim como em outros cursos da área da saúde, a educação física apresenta uma certa limitação deste acompanhamento mais cerrado do docente junto ao discente nas atividades práticas (MENDES *et al.*, 2006).

Há uma certa carência de estudos científicos versando sobre competências na formação de profissionais de educação física e, também, dos estudos existentes uma porcentagem significativa não se aprofundou nesta vertente, tornando assim uma reflexão um pouco mais limitada no estudo realizado.

Outro fator importante a ser relatado é que o presente estudo apresenta a realidade de uma parcela de faculdades, pertencentes a um grupo com características próprias, que representa a realidade local, o que talvez não está acontecendo em outras realidades, em outros municípios, estados e no Brasil.

Contudo, acredita-se que o presente estudo é de suma importância para toda comunidade acadêmica, bem como para gestores e coordenadores de graduação em educação física refletirem sobre as possíveis mudanças para melhor atingir as metas referentes às competências gerais comuns a todas as graduações em saúde.

6 CONCLUSÃO

O problema “o graduando em educação física bacharelado desenvolve as competências gerais comuns aos cursos da área da saúde?” foi solucionado na medida em que se comprovou que as competências gerais dos bacharéis em educação física não são desenvolvidas em sua plenitude.

O objetivo geral de avaliar o desenvolvimento das competências gerais em Cursos de Educação Física - Bacharelado em Instituições de Ensino Superior pública e privada de uma cidade do interior do Estado do Paraná foi atingido por meio da consecução dos objetivos específicos estabelecidos.

Como pontos relevantes à linha de pesquisa adotada, constam as implicações para os cursos de Educação Física Bacharelado, de modo a permitir verificar quais são as competências gerais que mais estão sendo desenvolvidas e as que menos estão sendo desenvolvidas.

O instrumento utilizado foi considerado estatisticamente adequado à avaliação do desenvolvimento das competências gerais em cursos de educação física, podendo ser aplicado de forma sistemática pelos cursos, para acompanhar o progresso no desenvolvimento desse grupo de competências em seus alunos.

Conclui-se que os graduandos dos cursos de Educação Física bacharelado envolvidos na pesquisa estão desenvolvendo parcialmente as competências gerais fundamentais para a formação, segundo as Diretrizes curriculares. Contudo, considerando a realidade local e os diferentes momentos do curso, docentes classificam seus discentes, mais preparados nos anos finais quando comparados aos anos iniciais.

Pode-se inferir ainda, na visão dos docentes, que os discentes avaliados parecem estar desenvolvendo mais as competências e habilidades de educação em saúde e atenção em saúde e na visão dos discentes houve destaque nas três dimensões.

Para os discentes habilidades como ter princípios éticos, promover um ambiente favorável para a execução do trabalho e ser capaz de manter a confidencialidade de informações recebidas foram melhor avaliadas, enquanto para os docentes habilidades como considerar aspectos culturais na

comunicação, trabalhar em equipe interprofissional e respeitar o ponto de vista do outro foram melhor avaliadas.

Ao se analisar as respostas das instituições avaliadas, ambas, apresentaram melhor avaliação, na visão dos docentes, na dimensão educação em saúde.

As respostas dos docentes quando comparadas aos discentes são menores, em todas as dimensões estudadas. Graduandos dos primeiros períodos se avaliam piores que aqueles em períodos mais avançados do curso. Docentes percebem alunos do sexo feminino, mais hábeis na postura inovadora e crítica e os discentes destacam alunos do sexo feminino, mais hábeis na interação com seus pares e sociedade, em busca da melhor decisão a ser tomada, abordando riscos e falhas no processo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sugere-se que novos estudos sejam realizados com graduandos de educação física bacharelado no âmbito estadual e nacional, uma vez que poucas são as publicações na área específica. É importante destacar que o instrumento avaliativo de competências gerais em graduandos da área da saúde foi desenvolvido recentemente, portanto espera-se que sua aplicação seja crescente e até mesmo aperfeiçoada por cursos da área de saúde e em especial de educação física bacharelado.

A educação física é de suma importância para a manutenção da saúde, prevenção de doenças, no tratamento e recuperação da saúde. Avaliar o desenvolvimento de competências gerais, durante o caminhar acadêmico é fundamental, uma vez que desta forma discussões e inovações poderão aperfeiçoar as habilidades e as competências gerais da graduação.

Com o presente resultado, almeja-se que as instituições que possuem graduação em educação física bacharelado analisem os resultados e ponderem suas metodologias e projetos políticos pedagógicos para um melhor desenvolvimento de habilidades e competências dos futuros formandos, proporcionando assim uma formação pautada no conhecimento técnico mais também que proporcione a evolução das habilidades do saber ser e saber o porquê além de garantir uma formação em gestão em saúde de forma satisfatória.

8 REFERÊNCIAS

AKERMAN, MARCO; MENDES, ROSILDA; BÓGUS, C. M. É possível avaliar um imperativo ético? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 605–615, 2004.

ANASTASIOU, L. D. G. C. Metodologia ativa , avaliação , metacognição e ignorância perigosa: Elementos para reflexão na docência universitária. **Revista espaço para a saúde**, v. 15, p. 18–44, 2014.

APÓSTOLO, J.L.A.; TANNER, B.A.; ARFKEN, C. . Análise Fatorial Confirmatória da Versão portuguesa da Depression Anxiety Stress Scale-21. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. [7 telas], maio-jun, 2012.

BARRY, M. M. et al. The Galway Consensus Conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. **Global Health Promotion**, v. 16, n. 2, p. 5–11, 2009.

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

BATTEL-KIRK, B.; BARRY, M. M. A review of the international literature on health promotion competencies: identifying frameworks and core competencies. **Global health promotion**, v. 16, n. 2, p. 12–20, 2009.

BENITO, G. A. V. et al. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 1, p. 172–178, 2012.

BENTLER, P. M.; BONETT, D. G. Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. **Psychological Bulletin**, v. 88, p. 588–600, 1980.

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 32, n. 1, p. 25–40, 2011.

BERGAMO, F. et al. De *prospect* a aluno: fatores influenciadores da escolha de uma instituição de ensino superior. **Revista Base (Administração e Contabilidade) da Unisinos**, v. 7, p. 182–193, 2010.

BLOOM, B.; HASTINGS, T.; MADAUS, G. **Manual de avaliação formativa e somativa do aprendizado escolar**. São Paulo: Pioneira, 1993.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de Ensino Aprendizagem**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

BRASIL. **Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena**, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DIRETRIZES DO NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** Brasília, 2010.

BRASIL, C. N. DE S. DE S. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília CONASS, , 2007.

BRASIL, M. D. E. E. C. Resolução CNE/CES n. 7, de 31 de março de 2004. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena**. Brasília: MEC, CNE, 2004.

BRASIL, M. DA S. S. DE V. EM S. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, , 2006.

BRICCIA, V.; MARIA, A.; CARVALHO, P. DE. Competências E Formação De Docentes Dos Anos Iniciais para a Educação Científica. **Revista ensaio**, v. 18, p. 1–22, 2016.

BROWNE, M. W.; CUDECK, R. Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models*. v. 59, n. 1993, p. 136–162, 1993.

BRYANT, F. et al. Reading and understanding multivariate statistics - components analysis and exploratory and confirmatory factor analysis. **American Psychological Association**, p. 99–136, 1995.

BYRNE, B. M. **Structural Equation Modeling with Mplus Basic Concepts, Applications, and Programming**. 2. ed. Multivariate Applications Series, 2006.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Competência profissional: A construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 552–560, 2013.

CASTRO, M.M.L.D.; HÖKERBERG, Y.H.M.; PASSOS, S. R. . Validade Dimensional do Instrumento de Qualidade de vida WHOQOL-BREF aplicado a trabalhadores de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 7, p. 1357–1369, 2013.

COROMINAS, E. et al. Percepciones del profesorado ante la incorporación de las competencias genéricas en la formación universitaria. **Revista de Educación**, v. 341, p. 301 – 336, 2006.

COTTA, R. M. M. et al. Construção de portfólios coletivos em currículos tradicionais: uma proposta inovadora de ensino-aprendizagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 787–796, 2012.

COUTINHO, S. D. S. **Competências do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde**. 208f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

CRUZ, R. M.; SCHULTZ, V. Avaliação de competências profissionais e formação de psicólogos. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 61, n. 3, p. 117–127, 2009.

DA SILVA, O. O. N. **Formação Profissional em Educação Física no Brasil história, conflitos e possibilidades**. 12 ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

DATRINO, R. C.; DATRINO, I. F.; MEIRELES, P. H. Avaliação Como Processo De Ensino-Aprendizagem. **Revista de Educação**, v. 13, p. 27–44, 2010.

DE CARVALHO, V. **saúde : considerações filosóficas , pedagógicas**. v. 45, p. 1797–1802, 2011.

DE MATIA, G. **Desenvolvimento e validação de instrumento para avaliação das competências gerais nos cursos da área da saúde**. 171f. Dissertação (Mestrado em Biotecnologia Aplicada à Saúde da Criança e do Adolescente) Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, 2015.

DE MELO, M. M. **As diretrizes curriculares nacionais e os cursos paranaenses de odontologia: processo de construção e perspectivas de implementação**. 149f. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva) Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2004.

DO NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. DE C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família Reflections on professional abilities for working in the Nuclei of Support Reflexiones a cerca de las capacidades profesionales para trabajar. **O MUNDO DA SAÚDE**, v. 34, n. 1, p. 92–96, 2010.

EGERLAND, E. M. A. M. **Competências profissionais de treinadores esportivos**. 87f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2009.

FEUERWERKER, L. C. M. Editorial Educação na saúde – **educação dos profissionais de saúde** – um campo de saber e de práticas sociais em construção. p. 3–4, 2007.

FINKLER, M. et al. Formação profissional ética: um compromisso a partir das diretrizes curriculares? **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 8, n. 3, p. 449–462, 2010.

FONSECA, S. A. et al. Pela criação da Associação Brasileira de Ensino da Educação Física para a Saúde: Abenefs. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 16, n. 4, p. 283–288, 2011.

FRANCO, A. D. P. Ensino Superior no Brasil : cenário , avanços e contradições contradictions. **Jornal de Políticas Educaconais**, v. 2, n. 4, p. 53–63, 2008.

FRIAS, M. A. DA E.; TAKAHASHI, R. T. Avaliação do processo ensino-aprendizagem: seu significado para o aluno de ensino médio de enfermagem. **Revista Esc Enfermagem**, v. 36(2), p. 156–63, 2002.

GUERRA, K. J.; SPIRI, W. C. Compreendendo o signifi cado da liderança para o aluno de graduação em enfermagem : uma abordagem fenomenológica.

Revista Brasileira de enfermagem, v. 66, n. 3, p. 399–405, 2013.

HAIR, J. F., BLACK, W. C., BABIN, B. J. **Análise multivariada de dados. Tradução Adonai Schlup Sant'Anna**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

HAYDT, R. C. **Avaliação do processo ensino aprendizagem**. 6. ed. São Paulo: Ática, 2002.

HONORATO, I. C. R. **Formação profissional em educação física: aproximações e distanciamentos na relação teoria e prática no campo do estágio supervisionado**. 227f. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2011.

HOYLE, R. H. Hoyle, R. H. (1995). **The structural equation modeling approach: Basic concepts and fundamental issues**. In **The structural equation modeling approach: Basic concepts and fundamental issues**. In Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications. R. H. Hoyle (editor). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc., pp. 1-15, 1995.

HU, L.; BENTLER, P. M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. **A Multidisciplinary Journal**, v. 6, n. 1, 1999.

INGRID, D.; PEREIRA, F.; LAGES, I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? **Trabalho, Educação e Saúde**, p. 319–338, 2013.

JONSDOTTIR, S. et al. Consensus on the competencies required for public health nutrition workforce development in Europe - the JobNut project. **Public health nutrition**, v. 14, n. 8, p. 1439–1449, 2011.

JÖRESKOG, K. G. A general approach to confirmatory maximum likelihood factor analysis. **Psychometrika**, v. 34, n. 2, p. 183–202, 1969.

LIBÂNEO, J. C. **A avaliação escolar**. São Paulo: Cortez, 1994.

LOURENÇÃO, D. C. DE A.; BENITO, G. A. V. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. **REBEn**, v. 3, p. 91–97, 2009.

LUCKESI, C. **Avaliação da aprendizagem escolar**. Cortez ed. São Paulo: Cortez, 2000.

MALTA, D. C. et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 18, n. 1, p. 79–86, 2009.

MARQUES, C. M. DA S.; EGRY, E. Y. As competências profissionais em saúde e as políticas ministeriais. **Esc Enferm USP**, v. 45, n. 1, p. 187–93, 2011.

MELO, V. P. C. DE. A comunicação interna e sua importância nas organizações. **Tecitura**, p. 1–12, 2006.

MELOROSE, J.; PERROY, R.; CAREAS, S. **Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior Resolução Nº 7** Brasília, 2004.

MENDES, E. H. et al. Avaliação Da Formação Inicial Em Educação Física : Um Estudo Delphi. **Revista da Educação Física/UEM**, v. 17, p. 53–64, 2006.

MORAES, N. S.; RAMOS, F. **O uso das tecnologias da comunicação no ensino superior**: um estudo sobre a perspectiva institucional no contexto do ensino superior público português. 255f. Tese (Doutorado em Educação) Universidade de Aviero, Portugal, 2011.

MORÁN, J. Mudando a educação com metodologias ativas. **Coleção Mídias Contemporâneas. Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: aproximações jovens**. v. II, p. 15–33, 2015.

NEVES, E. B.; DOMINGUES, C. A. **Manual de Metodologia da Pesquisa Científica**. 1.ed ed. Rio de Janeiro: EsAO, 2007.

OLIVEIRA, F. M. C. et al. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. **Aquichan**, v. 11, n. 1, p. 48–65, 2011.

PATRÍCIO, M. F. Entrevista. "Ainda há muito o que se fazer na educação médica." MENON, W. **Revista Associação Paulista de Medicina**, ed. 679, ano 50, julho, 2016. São Paulo-SP, 2016.

PEIXOTO, A. G. O Uso De Metodologias Ativas Como Ferramenta De Potencialização Da Aprendizagem De Diagramas De Caso De Uso. **Periódico Científico Outras Palavras**, v. 12, n. 2, p. 35–50, 2016.

PERRENOUD, P. Formar professores em contextos sociais em mudança . Prática reflexiva e participação crítica. **Revista Brasileira de Educação**, p. 5–21, 1999.

PERRENOUD, P.; GENTILE, P.; BENCINI, R. Construir competencias. **El Arte de Construir Competencias** ", p. 19–31, 2000.

PRUDENCIO, D. DA S.; RODRIGUES, M. E. F. Diretrizes Curriculares Nacionais e a construção de propostas curriculares inovadoras: um estudo de cotejamento dos projetos pedagógicos de curso (PPC). **XVI Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação**, v. 1, p. 1–25, 2015

RAVAZZANI, E. D. D. A. **Avaliação das competências gerais em graduandos do curso de nutrição**. 95f. Dissertação (Mestardo em ensino das ciências da saúde) Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, 2017.

RAYMUNDO, C. S. et al. **A implantação do currículo baseado em competência na graduação de fisioterapia: a integralidade como eixo condutor**. v. 40, n. 3, p. 220–228, 2015.

ROCHA, V. M. DA; CENTURIÃO, C. H. **Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social**. 1. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

RODRIGUES, A. C. S.; VIEIRA, G. DE L. C.; TORRES, H. DE C. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, p. 531–537, 2010.

SAPORETTI, G. M.; SÉRGIO, P.; MIRANDA, C. O profissional de educação física e a promoção da saúde em núcleos de apoio à saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 523–543, 2016.

SARRETA, F. DE O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo : Cultura Acadêmica, 2009.

SCHERER, A. **O desafio da mudança na formação inicial de professores: o**

estágio curricular no curso de educação física licenciatura. 211f. Tese (Doutorado em Educação) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

SCHLICKMANN, E.; PIZARRO, D. A evolução da mulher no trabalho: uma abordagem sob a ótica da liderança. **Revista Borges**, v. 3, p. 2179–4308, 2013.

SOUZA, C. F. DE; FERNANDES, L. C. Production of reactive oxygen species during the aerobic and anaerobic exercise. **Brazilian Journal of Kinanthropometry and Human Performance**, v. 8, n. 2, p. 102–109, 2006.

STELLA, R. C. DE R.; PUCCINI, R. F. A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina. **A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social [online]**, p. 53–69, 2008.

TABACHNICK, B. G.; FIDELL, L. S. **Using Multivariate Statistics**. 5. ed. Allyn & Bacon, Inc. Needham Heights, MA, USA, 2007.

TAVARES, M. DE F. L. et al. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1799–1808, jun. 2016.

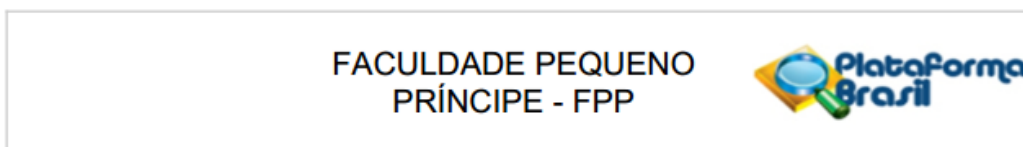
THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. **Métodos de Pesquisa em Atividade Física**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

VIERA, A. et al. Formação profissional em Educação Física: Apresentando o novo projeto pedagógico da UFMA. **Revista Digital**, v. 13, n. 129, 2009.

ZEFERINO, A. M. B.; PASSERI, S. M. R. R. **Avaliação da aprendizagem do estudante**. v. 3, p. 39–43, 2007.

ZICA, L. C. DE F.; COUTO, A. C. P. **O perfil do profissional de educação física que atua comopersonal trainer na região metropolitana de Belo Horizonte**. 38f. Trabalho de conclusão de curso (Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional) Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte 2010.

APÊNDICE A – EXTRATO DO PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS GERAIS EM GRADUANDOS DO CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA BACHARELADO

Pesquisador: Júlio César Lacerda Martins

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63595416.1.0000.5580

Instituição Proponente: Faculdade Pequeno Príncipe

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.917.339

Continuação do Parecer: 1.917.339

Outros	o_faculdade_guairaca.pdf	10:04:59	Martins	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_JULIO_CESAR.pdf	23/12/2016 10:01:22	Júlio César Lacerda Martins	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Julio_Cesar.pdf	23/12/2016 10:00:10	Júlio César Lacerda Martins	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 13 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
Leide da Conceição Sanches
(Coordenador)

ANEXO A - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS GERAIS NA ÁREA DA SAÚDE (ESTUDANTE)

NOME DO ESTUDANTE: _____ CURSO: _____ PERÍODO: _____

O questionário a seguir foi desenvolvido para autoavaliação das Competências Gerais nos cursos de Graduação da Área da Saúde e pode ser utilizado em qualquer momento de sua formação. Para a sua utilização, por favor:

- Leia atentamente cada item relacionado à competência indicada na parte superior de cada quadro;
- Avalie como você se considera neste momento de sua graduação;
- Indique a sua avaliação com um “X” no item que julgar como apropriado;

Idade: ___ Sexo: () Masculino () Feminino

1	Atenção a Saúde	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não concordo/ Nem concordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
1.1	Tenho ações crítico-reflexivas;					
1.2	Minha postura é inovadora e criativa;					
1.3	Compreendo o funcionamento do Sistema de Saúde;					
1.4	Sou capaz de realizar ações de forma integrada, contínua e holística;					
1.5	Realizo atividades no cenário de prática, considerando os princípios da ética/bioética.					
1.6	Sou capaz de avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada baseada em evidências científicas;					
1.7	Interajo com meus pares e sociedade, em busca da melhor decisão a ser tomada, abordando riscos e falhas no processo;					
1.8	Possuo domínio de tecnologias de comunicação e informação;					
1.9	Considero aspectos culturais em minha comunicação.					

2	Gestão em saúde	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não concordo/ Nem discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
2.1	Tenho facilidade para identificar situações-problema;					
2.2	Auxílio na resolução de problemas de saúde, em nível individual;					
2.3	Auxílio na resolução do problema de saúde, em nível coletivo;					
2.4	Levo em conta o custo e efetividade da força de trabalho baseada em evidências;					
2.5	Utilizo do fundamento de tomada de decisão visando o uso apropriado, eficácia, custo e efetividade de medicamentos e equipamentos;					
2.6	Utilizo o fundamento de tomada de decisão visando o uso apropriado, eficácia, custo e efetividade de procedimentos e de prática;					
2.7	Sou capaz de trabalhar em equipe interprofissional;					
2.8	Estou apto a assumir posições de liderança tendo em vista o bem estar da comunidade/grupo, de forma efetiva e eficaz;					
2.9	Procuro desenvolver a capacidade de liderança, envolvendo compromisso, responsabilidade e empatia, de forma efetiva e eficaz;					
2.10	Sou capaz de mediar e influenciar relações e interações;					
2.11	Sou capaz de atuar com agilidade e resolutividade em situações conflituosas/problemas;					
2.12	Busco promover um ambiente favorável para execução do trabalho;					
2.13	Mostro-me como proativo e resolutivo;					
2.14	Demonstro iniciativa perante a equipe de saúde;					
2.15	Estou apto a realizar o gerenciamento da força de trabalho,					

	na equipe de saúde;					
2.16	Estou apto a realizar o gerenciamento dos recursos físicos, na equipe de saúde;					
2.17	Estou apto a realizar o gerenciamento dos recursos materiais, na equipe de saúde;					
2.18	Estou apto a realizar o gerenciamento dos recursos de informação, na equipe de saúde;					
2.19	Mostro-me empreendedor perante a equipe de saúde;					
2.20	Utilizo dos princípios do gerenciamento: Planejamento, organização, coordenação e avaliação nas ações exercidas;					
2.21	Procuro utilizar de estratégias de negociação satisfatórias com a equipe de saúde;					
2.22	Demonstro habilidades para lidar com imprevistos;					
2.23	Participo ativamente do processo de educação permanente;					
2.24	Participo em cooperações na formação, através de redes nacionais e internacionais.					

3	Educação em Saúde	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não concordo/ Nem discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
3.1	Estou apto a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo;					
3.2	Tenho comunicação verbal tranquila e segura;					
3.3	Tenho habilidades de escrita (clara, objetiva, resolutiva);					
3.4	Sou empático no processo de comunicação;					
3.5	Utilizo habilidade de escuta no processo de comunicação;					
3.6	Utilizo outras formas de comunicação, além da verbal;					
3.7	Entendo e procuro demonstrar que a educação permanente é capaz de realizar mudanças nas práticas profissionais e de saúde;					

3.8	Entendo e procuro demonstrar que a educação contextualizada no processo de trabalho agrega o desenvolvimento profissional;					
3.9	Entendo e procuro demonstrar que a educação permanente é geradora de integração entre ensino, serviço e comunidade;					
3.10	Sou capaz de manter a confidencialidade de informações recebidas;					
3.11	Respeito o ponto de vista do outro.					

ANEXO B - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS GERAIS NA ÁREA DA SAÚDE (PROFESSOR)

NOME DO ESTUDANTE: _____ CURSO: _____ PERÍODO: _____

PROFESSOR : _____

O instrumento a seguir foi desenvolvido para auxiliar na avaliação das Competências Gerais nos cursos de Graduação da Área da Saúde e pode ser utilizado em qualquer momento da formação do estudante. Para a sua utilização, por favor:

- Leia atentamente cada item relacionado à competência indicada na parte superior de cada quadro;
- Avalie como você considera o estudante neste momento de sua graduação;
- Indique a sua avaliação com um “X” no item que julgar como apropriado;

1	Atenção a Saúde	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não concordo/ Nem concordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
1.1	O estudante tem ações crítico-reflexivas;					
1.2	O estudante tem postura inovadora e criativa;					
1.3	O estudante compreende o funcionamento do Sistema de Saúde;					
1.4	O estudante é capaz de realizar ações de forma integrada, contínua e holística;					
1.5	O estudante realiza atividades no cenário de prática, considerando os princípios da ética/bioética;					
1.6	O estudante avalia, sistematiza e decide a conduta mais apropriada baseada em evidências científicas;					
1.7	O estudante interage com seus pares e sociedade, em busca da melhor decisão a ser tomada, abordando riscos e falhas no processo;					
1.8	O estudante possui domínio de tecnologias de comunicação e informação;					
1.9	O estudante considera aspectos culturais em sua comunicação.					

2	Gestão em saúde	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não concordo/ Nem discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
2.1	O estudante tem facilidade para identificar situações-problema;					
2.2	O estudante auxilia na resolução de problemas de saúde em nível individual;					
2.3	O estudante auxilia na resolução do problema de saúde em nível coletivo;					
2.4	O estudante leva em conta o custo e efetividade da força de trabalho baseada em evidências;					
2.5	O estudante utiliza do fundamento de tomada de decisão visando o uso apropriado, eficácia, custo e efetividade de medicamentos e equipamentos;					
2.6	O estudante utiliza o fundamento de tomada de decisão visando o uso apropriado, eficácia, custo e efetividade de procedimentos e de prática;					
2.7	O estudante é capaz de trabalhar em equipe interprofissional;					
2.8	O estudante está apto a assumir posições de liderança tendo em vista o bem estar da comunidade/grupo, de forma efetiva e eficaz;					
2.9	O estudante desenvolve capacidade de liderança, envolvendo compromisso, responsabilidade e empatia, de forma efetiva e eficaz;					
2.10	O estudante é capaz de mediar e influenciar relações e interações;					
2.11	O estudante é capaz de atuar com agilidade e resolutividade em situações conflituosas/problemas;					
2.12	O estudante busca promover um ambiente favorável para execução do trabalho;					
2.13	O estudante mostra-se proativo e resolutivo;					
2.14	O estudante demonstra iniciativa, perante a equipe de saúde;					
2.15	O estudante está apto a realizar o gerenciamento da força de					

	trabalho, na equipe de saúde;					
2.16	O estudante está apto a realizar o gerenciamento dos recursos físicos, na equipe de saúde;					
2.17	O estudante está apto a realizar o gerenciamento dos recursos materiais, na equipe de saúde;					
2.18	O estudante está apto a realizar o gerenciamento dos recursos de informação na equipe de saúde;					
2.19	O estudante mostra-se empreendedor perante a equipe de saúde;					
2.20	Você observa a utilização dos princípios do gerenciamento: planejamento, organização, coordenação e avaliação nas ações exercidas pelo estudante;					
2.21	Você observa que o estudante busca utilizar de estratégias de negociação satisfatórias com a equipe de saúde;					
2.22	O estudante demonstra habilidades para lidar com imprevistos;					
2.23	O estudante participou ativamente do processo de educação permanente;					
2.24	O estudante participa em cooperações na formação, através de redes nacionais e internacionais.					

3	Educação Permanente	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não concordo/ Nem discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
3.1	O estudante está apto a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo;					
3.2	O estudante tem comunicação verbal tranquila e segura;					
3.3	O estudante tem habilidades de escrita (clara, objetiva, resolutiva);					
3.4	O estudante é empático no processo de comunicação;					
3.5	O estudante utiliza habilidade de escuta no processo de comunicação;					
3.6	O estudante utiliza outras formas de comunicação, além da					

	verbal;					
3.7	O estudante entende e procura demonstrar que a educação permanente é capaz de realizar mudanças nas práticas profissionais e de saúde;					
3.8	O estudante demonstra que a educação contextualizada no processo de trabalho agrega o desenvolvimento profissional;					
3.9	O estudante demonstra que a educação permanente é geradora de integração entre ensino, serviço e comunidade;					
3.10	O estudante é capaz de manter a confidencialidade de informações recebidas;					
3.11	O estudante respeita o ponto de vista do outro.					