

GIANNINA DO ESPÍRITO SANTO
FELIPE WACHS
VICTOR J. M. DE OLIVEIRA
FABIO F. B. DE CARVALHO
(ORGANIZADORES)

FORMAÇÃO EM SAÚDE

€ EDUCAÇÃO FÍSICA

Giannina do Espírito-Santo
Felipe Wachs
Victor J. M. de Oliveira
Fabio F. B. de Carvalho
Organizadores

FORMAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO FÍSICA



**Colégio Brasileiro de
Ciências do Esporte**
Associado à SBPC

COLÉGIO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE
Grupo de Trabalho Temático Atividade Física e Saúde

COMITÊ CIENTÍFICO ALEXA CULTURAL

Presidente

Yvone Dias Avelino (PUC/SP)

Vice-presidente

Pedro Paulo Abreu Funari (UNICAMP)

Membros

- Adailton da Silva (UFAM – Benjamin Constant/AM)
Alexandre de Oliveira (IFRO - Porto Velho - RO)
Alfredo González-Ruibal (Universidade Complutense de Madrid - Espanha)
Ana Cristina Alves Balbino (UNIP – São Paulo/SP)
Ana Paula Nunes Chaves (UDESC – Florianópolis/SC)
Arlete Assumpção Monteiro (PUC/SP - São Paulo/SP)
Barbara M. Arisi (UNILA – Foz do Iguaçu/PR)
Benedicto Anselmo Domingos Vitoriano (Anhanguera – Osasco/SP)
Carmen Sylvia de Alvarenga Junqueira (PUC/SP – São Paulo/SP)
Claudio Carlan (UNIFAL – Alfenas/MG)
Denia Roman Solano (Universidade da Costa Rica - Costa Rica)
Débora Cristina Goulart (UNIFESP – Guarulhos/SP)
Diana Sandra Tamburini (UNR – Rosário/Santa Fé – Argentina)
Edgard de Assis Carvalho (PUC/SP – São Paulo/SP)
Estevão Rafael Fernandes (UNIR – Porto Velho/RO)
Evandro Luiz Guedin (UFAM – Itaqui/AM)
Fábia Barbosa Ribeiro (UNILAB – São Francisco do Conde/BA)
Fabiano de Souza Gontijo (UFPA – Belém/PA)
Gilson Rambelli (UFS – São Cristóvão/SE)
Grazielle Acçolini (UFGD – Dourados/MS)
Iraíldes Caldas Torres (UFAM – Manaus/AM)
José Geraldo Costa Grillo (UNIFESP – Guarulhos/SP)
Juan Álvaro Echeverri Restrepo (UNAL – Letícia/Amazonas – Colômbia)
Júlio Cesar Machado de Paula (UFF – Niterói/RJ)
Karel Henricus Langermans (Anhanguera – Campo Limpo – São Paulo/SP)
Kelly Ludkiewicz Alves (UFBA – Salvador/BA)
Leandro Colling (UFBA – Salvador/BA)
Lilian Marta Grisólio (UFG – Catalão/GO)
Lucia Helena Vitalli Rangel (PUC/SP – São Paulo/SP)
Luciane Soares da Silva (UENF – Campos de Goitacazes/RJ)
Mabel M. Fernández (UNLPam – Santa Rosa/La Pampa – Argentina)
Marilene Corrêa da Silva Freitas (UFAM – Manaus/AM)
María Teresa Boschín (UNLu – Luján/Buenos Aires – Argentina)
Marlon Borges Pestana (FURG – Universidade Federal do Rio Grande/RJ)
Michel Justamand (UFAM – Benjamin Constant/AM)
Miguel Angelo Silva de Melo - (UPE - Recife/PE)
Odenei de Souza Ribeiro (UFAM – Manaus/AM)
Patricia Sposito Mechi (UNILA – Foz do Iguaçu/PR)
Paulo Alves Junior (FMU – São Paulo/SP)
Raquel dos Santos Funari (UNICAMP – Campinas/SP)
Renata Senna Garrafoli (UFPR – Curitiba/PR)
Renilda Aparecida Costa (UFAM – Manaus/AM)
Rita de Cassia Andrade Martins (UFG – Jataí/GO)
Sebastião Rocha de Sousa (UEA – Tabatinga/AM)
Thereza Cristina Cardoso Menezes (UFRRJ – Rio de Janeiro/RJ)
Vanderlei Elias Neri (UNICSUL – São Paulo/SP)
Vera Lúcia Vieira (PUC – São Paulo/SP)
Wanderson Fabio Melo (UFF – Rio das Ostras/RJ)

Giannina do Espírito-Santo
Felipe Wachs
Victor J. M. de Oliveira
Fabio F. B. de Carvalho
Organizadores

FORMAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO FÍSICA



ALEXA
CULTURAL
Embu das Artes - SP
2024



© by Alexa Cultural

Direção

Gladys Corcione Amaro Langermans

Nathasha Amaro Langermans

Editor

Karel Langermans

Capa

Klanger

Revisão Técnica

Emilia Sandrinelli Carriço

Revisão de Língua Portuguesa

Emilia Sandrinelli Carriço

Editoração e Projeto Gráfico

Alexa Cultural

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F723 Formação em saúde e educação física / Organizadores Giannina do Espírito-Santo... [et al.]. – Embu das Artes, SP: Alexa; Manaus, AM: EDUA, 2024.

14 x 21 cm - 380pgs

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-5467-371-0

1. Educação física. 2. Saúde. 3. Esporte. I. Espírito-Santo, Giannina do. II. Wachs, Felipe. III. Oliveira, Victor J. M. de. IV. Carvalho, Fabio F. B. de.

CDD 613.7

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Índices para catálogo sistemático:

1. Educação física.
2. Saúde.
3. Esporte.

Todos os direitos reservados e amparados pela Lei 5.988/73 e Lei 9.610
Os artigos publicados são de inteira responsabilidade de seus autores. As opiniões neles emitidas não exprimem, necessariamente, o ponto de vista da editora e dos organizadores

Alexa Cultural Ltda
Rua Henrique Franchini, 256
Embú das Artes/SP - CEP: 06844-140
alex@alexacultural.com.br
www.alexacultural.com.br
www.alexaloja.com

Editora da Universidade Federal do Amazonas
Avenida Gal. Rodrigo Otávio Jordão Ramos,
n. 6200 - Coroado I, Manaus/AM
Campus Universitário Senador Arthur Virgílio Filho,
Centro de Convivência – Setor Norte

Prefácio

Estou honrada por ter sido convidada pelo Grupo de Trabalho Temático (GTT) Atividade Física e Saúde do Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte (CBCE) para fazer o prefácio do livro “Formação em Saúde e Educação Física”. Para os que podem questionar o fato de uma outsider à profissão ser a “anunciante” das aprendizagens, contribuições e inspirações que esta relevante publicação nos brinda, esclareço que a conexão com o GTT se estabeleceu a partir da minha participação na mesa “GTT na Arena: Formação em Saúde”, em setembro de 2019, no âmbito das atividades do XXI Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte (CONBRACE), e do Congresso Internacional de Ciências do Esporte (CONICE). Na ocasião, manifestei a minha gratidão ao banquete que me foi ofertado ao sistematizar e ativar o debate sobre cinco (05) experiências e/ou pesquisas apresentadas.

Na condição de “pesquisadora militante” (HORTON, 2020) e coordenadora de iniciativas de reorientação da formação de cursos de graduação em saúde, tanto a partir de secretarias de saúde quanto de universidades públicas (ROCHA et al., 2015), pude refletir com o GTT e participantes do evento o quanto as abordagens e análises compartilhadas nas experiências sobre “formação em saúde de profissionais de Educação Física” convergiam com as diretrizes da Resolução 569/2017 do Conselho Nacional de Saúde. Esta apresenta “princípios gerais a serem incorporados nas DCN de todos os cursos de graduação da área da saúde, como elementos norteadores para o desenvolvimento dos currículos e das atividades didático-pedagógicas, e que deverão compor o perfil dos egressos desses cursos” (BRASIL, 2017). A mesa realizada no XXI CONBRACE e VII CONICE inspirou a produção deste livro que reúne um rico conjunto de produções bem contextualizadas na apresentação, a seguir, realizada pelas(os) organizadoras(es).

A despeito de cada capítulo ter sua importância de per si, destaco que a sequência com que foram organizados tem uma natureza pedagógica de preparar as(os) não iniciadas(os) na temática e reflete a crescente complexidade e amadurecimento da área. Ainda, sinaliza ou apresenta diretrizes para superar os desafios anunciados nos primeiros capítulos.

Para além dos registros históricos e sistematização da trajetória do marco legal, os capítulos, progressiva e didaticamente, ilustram e debatem a

caminhada do campo da educação física com exemplos concretos dos dispositivos ou dos mecanismos de incentivo para a reorientação da formação implementados a partir do gestor federal do Sistema Único da Saúde (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013). Outrossim, as lacunas das mais recentes Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Educação Física (BRASIL 2018) são problematizadas de forma dialógica.

Afirmo, com muita satisfação, que esta obra, na sua totalidade, pode instrumentalizar as (os) coordenadoras(es) de graduação e professoras(es) integrantes dos Núcleos Docentes Estruturantes que, na contemporaneidade, têm que trabalhar arduamente na reorientação ou mudanças das matrizes curriculares dos cursos que atuam. Digo mais, a capacidade de instrumentalização deste livro beneficiará também os demais cursos da grande área da saúde, que compartilham os desafios de: implementar a lente da equidade no percurso da formação (ROCHA; SOUZA; CAVADINHA, 2019); investir na potência da educação e do trabalho interprofissional; buscar parcerias ensino-serviço-comunidades; mudar as metodologias de aprendizagem e favorecer a integração com a pós-graduação lato sensu (residências) e stricto sensu (mestrados e doutorados) na trajetória formativa de suas (seus) graduandas(os).

Ademais, uma temática ou agenda necessária que transversaliza os capítulos é a demanda da reorientação teórica dos paradigmas que fundamentam o processo Saúde-Doença-Cuidado e as práticas pedagógicas do ensino, da pesquisa e da extensão das nossas instituições. A perspectiva da visão ampliada de saúde, que reconhece a determinação social e orienta a concretização de uma clínica ampliada com articulação intersetorial, não nos permite mais paralisar diante de falsos dilemas. Requer de nós um posicionamento claro de que a promoção da saúde que deve reorientar as práticas de cuidado, se ancora na abordagem socioambiental e fomenta contextos e práticas emancipatórias.

Um dos capítulos registra que este livro foi organizado em tempos de pandemia de Covid 19, que evidenciou ainda mais as iniquidades em saúde do Brasil e a “baixa imunidade social” da América Latina. É incipiente a produção sobre os efeitos do distanciamento social nos modos de aprender e ensinar dos nossos cursos. Considerando esse contexto, como faremos as mudanças que este livro nos convoca fazer?

É nossa tarefa resistir à biologização desta doença e, em vez disso, insistir numa crítica social e política do Covid-19. É nossa tarefa com-

preender o que esta doença significa para a vida daqueles que afluíu e usar essa compreensão não apenas para mudar nossa perspectiva sobre o mundo, mas também para mudar o próprio mundo (HORTON, 2020, p. 1410).

Somos convocadas (dos) a transpor as barreiras que levam a dicotomizar: clínica ou saúde coletiva; educação formal ou educação informal; trabalho prescrito ou trabalho real; saberes científico, popular ou tradicional; desenvolvimento econômico ou desenvolvimentos ambiental e social; macro ou micropolítica; entre outras.

Este livro nos inspira a produzir encontros potentes de vida, que façam o nosso agir ser menos prescritivo, que favoreçam diálogo de saberes e que nos tornem desejantes de fazer COM e não PARA! Celebra o trabalho em rede de um coletivo de pessoas militantes nas diferentes regiões do país, com intencionalidades ético-políticas que advogam e lutam em defesa da vida e dos direitos que a sustentam!

Dais Rocha

*Professora do Departamento de Saúde Coletiva da
Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade de Brasília.
Integrante do Grupo Temático Promoção da Saúde e
Desenvolvimento Sustentável da Associação Brasileira
de Saúde Coletiva-Abrasco*

Referências

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 6, de 18 de dezembro de 2018. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Educação Física e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, DF, Seção 1, 19 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 569 de 8 de dezembro de 2017**. Aprova o Parecer Técnico nº 300/2017, em anexo, que apresenta princípios gerais a serem incorporados nas DCN de todos os cursos de graduação da área da saúde, como elementos norteadores para o desenvolvimento dos currículos e

das atividades didático-pedagógicas e que deverão compor o perfil dos egressos desses cursos. Brasília, DF, 8 dez. 2017.

DIAS, Henrique Sant'Anna; LIMA, Luciana Dias de; TEIXEIRA, Márcia. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, jun. 2013.

HORTON, R. Offline: a global health crisis? No, something far worse. **The Lancet**, Londres, v. 395, n. 10234, p. 1410, 2020.

ROCHA, D. G.; SOUZA, D. H.; CAVADINHA, E. Equidade nos cursos de graduação em Saúde: marco legal, desafios políticos e metodológicos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 23, p.1-15, 2019.

ROCHA, D. G. et al. Editorial Reorientação da formação na graduação em saúde e efetividade da parceria universidade serviço comunidade. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 07-09, 2015.

Sumário

Prefácio

- 7 -

Apresentação

- 15 -

1. O processo histórico da abordagem da Saúde na formação em Educação Física

Edivaldo Góis Junior e Hugo Rodolfo Lovisolo

- 25 -

2. Saúde Coletiva e Saúde Pública nos cursos de Educação Física

Giannina do Espírito-Santo, Diogo Gonçalves de Souza de Oliveira,
Heitor Martins Pasquim e Renata Veloso Vasconcelos de Andrade

- 45 -

3. Inserção e possibilidades de atuação dos profissionais de Educação Física no Sistema Único de Saúde a partir da experiência do Programa Academia da Cidade de Recife – PE

Gledson da Silva Oliveira, Rodrigo Martins Teles,
Ameliane da Conceição Reubens-Leonidio e Bárbara Amaral Bruno Silva

- 65 -

4. O tema da saúde em cursos de Licenciatura em Educação Física de Universidades Federais Brasileiras: entre conservação e ampliação

Cristiano Mezzaroba, João Paulo Oliveira, Priscilla de Cesaro Antunes,
Ueberson Ribeiro Almeida e Victor José Machado de Oliveira

- 91 -

5. Desafios na formação em Educação Física para a atuação com a Saúde Coletiva: entre generalidades e especificidades

Fabio Fortunato Brasil de Carvalho, Silvano da Silva Coutinho e
Júlia Aparecida Devidé Nogueira

- 115 -

6. Formação em Educação Física e cuidado no campo da saúde mental

Felipe Wachs, Jéssica Félix Nicácio Martinez e
Ameliane da Conceição Reubens-Leonidio

- 143 -

7. A recusa da branquitude e a invisibilidade do racismo no cuidado em Saúde

José Geraldo Soares Damico, Luiz Fernando Silva Bilibio e
Luciane Job Junqueira dos Santos

- 173 -

8. Educação interprofissional e trabalho em equipe na formação em Educação Física no campo da saúde

Rogério Cruz de Oliveira, Wladimir Barbosa Reis e
Ricardo José Gomes

- 201 -

9. Modelo de gestão do Sistema Municipal Saúde-Escola em Sobral-CE e sua repercussão na formação em Educação Física

André Luís Façanha da Silva, Anagécia Sousa Linhares,
Lidiane Almeida Moura e Bráulio Nogueira de Oliveira

- 225 -

10. Educação Física e Residências em Saúde: entre ecos e pistas sobre a formação do profissional de Educação Física

George Saliba Manske, Alan Goularte Knuth e

André Luis Façanha da Silva

- 245 -

11. Interfaces da Promoção da Saúde e da Clínica Ampliada na construção do cuidado centrado no usuário

Valéria Monteiro Mendes e Yara Maria de Carvalho

- 269 -

12. Pró Ensino e PET-Saúde: gestos de formação

Yara M Carvalho e Alessandro Prado

- 295 -

13. Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Física: qual o espaço da saúde?

Filipe Ferreira da Costa

- 315

14. DCN, SUS e Educação Física: ecos da discursividade biomédica na avaliação estudantil dos currículos 2012-2017 da UFRGS

Ana Paula Dahlke e Alex Branco Fraga

- 339 -

Sobre os autores

- 369 -

Apresentação

O Grupo de Trabalho Temático (GTT) Atividade Física e Saúde do Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte (CBCE) tem o prazer de apresentar o livro “Formação em Saúde e Educação Física”. Ele é composto por 14 capítulos que abordam a temática da saúde na formação de profissionais de Educação Física a partir de diferentes ângulos e enfoques. Dentre os 38 autores, muitos estão vinculados ao GTT, alguns estão vinculados a outros grupos de trabalho do CBCE e outros são parceiros, profissionais e pesquisadores atentos às interfaces entre Educação Física e saúde.

A organização do livro é fruto da proposta do GTT, que decidiu por adotar “Formação em Saúde na Educação Física” como tema de aprofundamento para o biênio 2017/2019. Os GTTs do CBCE foram criados em 1997, entre eles, o GTT Esporte e Saúde que, em 2001, alterou seu nome para o atual Atividade Física e Saúde. A coordenação do GTT é eleita a cada Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte (CONBRACE), maior evento da entidade científica, para uma gestão de dois anos. A proposição de um tema de aprofundamento foi uma novidade pensada pelo GTT em 2017 como uma estratégia para propiciar articulação entre os membros e estimular maior organicidade do grupo de trabalho, o que frequentemente se impunha apenas pelas demandas dos congressos científicos.

A ideia foi buscar um elemento comum que permitisse alcançar profundidade e acúmulo nos debates ao longo do período. Para tanto, foram propostas atividades em diferentes eventos: 13º Congresso Internacional da Rede Unida (2018); 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (2018); VII Congresso Centro Oeste de Ciências do Esporte (2018); IX Congresso Sulbrasileiro de Ciências do Esporte (2018); XV Congresso Espírito-Santense de Educação Física (2018); e XXI Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e VIII Congresso Internacional de Ciências do Esporte (2019). Durante esses eventos foram desenvolvidas oficinas, mesas redondas, tábua e reuniões institucionais que permitiram avançar nas discussões acerca do tema de aprofundamento.

No transcurso do biênio 2017/2019, ocorreu um fato importante relacionado a formação em Educação Física: em dezembro de 2018, foram publicadas novas Diretrizes Nacionais Curriculares (DCN) para os cursos de graduação em Educação Física. Pela primeira vez, as DCN explicitaram a necessidade de incluir na formação conteúdos relacionados às políticas de saúde, à saúde coletiva, à integração ensino-serviço-comunidade e ao SUS. Mesmo que o aparecimento nas Diretrizes ocorra de forma tímida, que deixe de lado a formação para o trabalho interprofissional e que pouco avance na operacionalização do que propõe, esperamos que induza transformações nas instituições de ensino.

A formação em Saúde na Educação Física precisa avançar. Ainda temos limitações importantes em nossos currículos sobre como compreender saúde, que restringem o olhar para o movimento como um meio de evitar doenças a partir análises biofisiológicas. Ainda temos dificuldades para compreender que saúde é tema intercessor na Educação Física escolar e que deve estar presente na formação de licenciados também. Precisamos nos debruçar sobre o desafio de contemplar a atuação no Sistema Único de Saúde na formação sem posicioná-la em uma disciplina isolada, buscando harmonia com o conjunto curricular. Está diante de nós a complexidade no enfrentamento da hegemonia de uma perspectiva de saúde como mercadoria vendida por profissionais da saúde e consumida pela população que precisa ser conscientizada e disciplinada para tal.

Assim, o presente livro se propõe crítico à forma como tradicionalmente a saúde é abordada na formação em Educação Física. Esperamos que, no percurso de sua leitura, possa instigar a pensar em saúde como direito e a refletir sobre a função que a Educação Física pode desempenhar a partir dessa prerrogativa.

O primeiro capítulo, sob o título “**O processo histórico da abordagem da Saúde na formação em Educação Física**”, foi redigido por Edivaldo Góis Junior e Hugo Rodolfo Lovisolo. O texto aborda o processo histórico da formação profissional em Educação Física relacionada às representações sobre saúde. São enfocados dois períodos históricos: a década de 1930 e as décadas de 1980 e 1990. Os autores observam, mediante diferentes apropriações dos objetivos da saúde na formação profissional em Educação Física nos períodos analisados, o deslocamento de uma formação centrada na saúde dos jovens como bem da nação em uma perspectiva mais coletiva para uma crescente valorização das demandas e

desejos dos indivíduos em relação à conquista de uma velhice ativa, uma velhice potencializada por características da juventude.

O capítulo **“Saúde Coletiva e Saúde Pública nos cursos de Educação Física”** é assinado por Giannina do Espírito Santo, Diogo Gonçalves de Souza de Oliveira, Heitor Martins Pasquim e Renata Veloso Vasconcelos de Andrade. O texto apresenta uma análise das abordagens em Saúde Coletiva e em Saúde Pública nos cursos de bacharelado em Educação Física (EF) de universidades públicas brasileiras. A identificação das instituições foi feita a partir do portal do e-MEC. Os autores buscaram, nos sítios de cada instituição, as matrizes curriculares, os projetos pedagógicos de curso e as ementas das disciplinas relacionadas à saúde, quando disponíveis. A análise das abordagens das disciplinas curriculares foi pautada nos modos enunciativos, buscando evidenciar disputas existentes no campo da Saúde Coletiva e da Saúde Pública na formação em Educação Física. Concluem que há predomínio de disciplinas de viés biomédico-epidemiológico em uma perspectiva prescritiva e normatizadora, mas também existem resistências no campo, demonstradas por ementas e bibliografias que contemplam uma abordagem crítica e abrangente da Saúde Coletiva.

Gledson da Silva Oliveira, Rodrigo Martins Teles, Ameliane da Conceição Reubens-Leonídio e Bárbara Amaral Bruno Silva discorrem sobre uma experiência nordestina pioneira que influenciou o Programa Academia da Saúde em nível nacional. O texto **“Inserção e possibilidades de atuação dos profissionais de Educação Física no Sistema Único de Saúde a partir da experiência do Programa Academia da Cidade de Recife – PE”** propõe uma reflexão histórica da atuação dos profissionais/professores de Educação Física (PEF) no âmbito da Saúde Pública Coletiva e individual a partir de serviços e espaços de Práticas Corporais e Atividades Físicas para promoção da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sob a ótica dos profissionais do Programa Academia da Cidade (PAC) - Recife. Fazem um apanhado da intervenção dos PEF no SUS a partir dos fatos relevantes ocorridos nas duas últimas décadas ao analisar as definições da profissão frente à legislação vigente e ao observar as experiências que inspiram e moldam o pensar, o saber e o fazer da Educação Física sob os conceitos da Saúde Coletiva nos seus diferentes níveis de complexidade. Faz também um sucinto relato da adaptação dos processos de trabalho do PAC no contexto da Pandemia de Covid-19 a partir de um recorte do que fora desenvolvido pelo programa entre março e julho de 2020. Conclui que a consolidação

da atuação dos PEF na saúde depende do fortalecimento de políticas públicas capazes de integrá-los às demais intervenções em saúde.

No capítulo **“O tema da saúde em cursos de Licenciatura em Educação Física de Universidades Federais Brasileiras: entre conservação e ampliação”**, Cristiano Mezzaroba, João Paulo Oliveira, Priscilla de Cesaro Antunes, Ueberson Ribeiro Almeida e Victor José Machado de Oliveira apresentam análise feita sobre ênfases do tema da saúde na formação de professores de EF para atuação nas escolas. Foram analisados Projetos Pedagógicos de Curso de 30 universidades públicas e seus campi, dos quais foram selecionadas 51 ementas de disciplinas vinculadas ao tema da saúde. Os dados foram categorizados em dois grandes eixos: 1) abordagem da saúde nas ementas; 2) lócus de atuação. Os autores observaram que a ênfase progressista relacionada à saúde vem ganhando força nos cursos de licenciatura, mas mais da metade das disciplinas não apresentaram uma aproximação com a escola. Observaram, também, disputas entre concepções de base epistemológica biomédica e da Saúde Coletiva, que carregam consigo seus conceitos e perspectivas.

No ano de 2020, as questões sanitárias e o contexto de vida decorrente da pandemia de Covid-19 adensam discussões sobre as práticas corporais e atividades físicas e suas relações com a saúde pública a partir de eventos que reacendem históricas discussões do campo da Educação Física. A partir desse panorama, Fabio Fortunato Brasil de Carvalho, Silvano da Silva Coutinho e Júlia Aparecida Devidé Nogueira, em seu texto **“Desafios na formação em Educação Física para a atuação com a Saúde Coletiva: entre generalidades e especificidades”**, promovem discussões acerca da formação e da atuação profissional em suas relações com a saúde, em especial na perspectiva coletiva e pública. Os autores acionam os conceitos de campo e núcleo vislumbrando outros papéis e ações que os/as profissionais podem assumir e realizar em saúde coletiva e que, portanto, devem ser contempladas no decorrer de sua formação. Defendem a formação e a atuação que assumam seus compromissos com o social e que superem o enfoque hegemônico no biológico e no individual de forma a realizar pensamentos e ações complexas e sistêmicas que permitam a transdisciplinaridade e intersectorialidade a partir das necessidades de saúde da população e da realidade local, territorial e do contexto de vida das pessoas.

“Formação em Educação Física e cuidado no campo da saúde mental” foi escrito por Felipe Wachs, Jéssica Félix Nicácio Martinez e Ameliane da Conceição Reubens-Leonidio e traz apontamentos sobre as contribuições do cuidado em saúde mental para a formação em Educação Física, destacando as possibilidades do trato teórico-metodológico desse tema para a formação profissional e humana em diferentes espaços de intervenção. Os autores, ancorados no referencial da Saúde Coletiva e da Reforma Psiquiátrica, compartilham experiências concretas em serviços da Rede de Atenção Psicossocial, buscando apresentar e problematizar elementos que consideram importantes para o processo formativo como: a compreensão das políticas de saúde mental e atenção psicossocial; a importância de intervenções profissionais balizadas na escuta qualificada e nas necessidades sociais (individuais e coletivas) dos sujeitos em sofrimento psíquico; e a desconstrução de preconceitos no campo da saúde mental. Consideram que a formação inicial na graduação não necessita tornar o estudante ‘fluente’ em saúde mental, mas dar base sobre a temática aos futuros profissionais, a qual pode ser eventualmente aprofundada em outros espaços de formação, dentre os quais destacam as Residências Multiprofissionais em Saúde. Apontam, ainda, que a articulação com os serviços de saúde mental e com o modelo psicossocial podem enriquecer o processo formativo propiciando contato com a interprofissionalidade, com a articulação ensino-serviço-comunidade e com a integralidade do cuidado. Alertam, todavia, para os retrocessos que a Reforma Psiquiátrica brasileira vem sofrendo a partir de 2016.

O sétimo capítulo, cujo título é **“A recusa da branquitude e a invisibilidade do racismo no cuidado em Saúde”** e cujos autores são José Geraldo Soares Damico, Luiz Fernando Silva Bilibio e Luciane Job Junqueira dos Santos, propõe-se a produzir pensamento sobre a relação (des)humana na produção do cuidado em saúde mental. Utiliza da estratégia do “caso pensamento” para a fabricação de sentidos politicamente interessados em qualidades antirracistas nas relações de cuidado em saúde. Partindo da perspectiva de Emerson Elias Merhy sobre as tecnologias leves no arranjo tecnológico da produção do cuidado, os autores exploram a noção de vínculo como uma dimensão das tecnologias leves, problematizando uma dupla invisibilidade que exige reflexão: a formulação colonial de nossas referências (primeira invisibilidade) para examinar aspectos das hierarquias raciais (segunda invisibilidade), que podem marcar os vínculos de cuidado nos serviços de saúde mental.

Rogério Cruz de Oliveira, Wladimir Barbosa Reis e Ricardo José Gomes escreveram **“Educação interprofissional e trabalho em equipe na formação em Educação Física no campo da saúde”**. O objetivo do texto foi discutir os desdobramentos da Educação Interprofissional e do trabalho em equipe na formação em Educação Física no campo da saúde. Consideram que o advento do Sistema Único de Saúde impôs um cenário de superação da tradição formativa focada na doença e em uma perspectiva biomédica, sendo a Educação Interprofissional um viés enriquecedor do processo formativo. Dialogam com a teoria que gravita em torno da Educação Interprofissional e descrevem a experiência de uma universidade pública federal da região sudeste do país. Concluem que as tradições formativas isoladas na área da saúde precisarão ceder espaços para processos interprofissionais e colaborativos.

O capítulo **“Modelo de gestão do Sistema Municipal Saúde-Escola em Sobral-CE e sua repercussão na formação em Educação Física”**, de autoria de André Luís Façanha da Silva, Anagécia Sousa Linhares, Lidiane Almeida Moura e Bráulio Nogueira de Oliveira, traz importante experiência do interior cearense. Seus autores apresentam o Sistema Municipal Saúde-Escola, indicando que sua estrutura organizacional favorece a imbricação entre ensino e serviço e discutindo suas implicações na formação em Educação Física. A partir da análise documental empreendida pelos autores, apresentam os resultados em dois eixos: caracterização do Sistema Municipal Saúde-Escola e experiências realizadas no município em que há integração ensino e serviço na particularidade da Educação Física. São elencados diversos cenários da Rede de Atenção à Saúde no qual o estudante e profissional de Educação Física estão inseridos, orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, propiciando uma formação crítica e transformadora da realidade, problematizando e refletindo a sua participação na organização e na efetivação das políticas que orientam e organizam a saúde pública local sobre os referenciais da saúde coletiva e da Educação Física sociocultural.

George Saliba Manske, Alan Goularte Knuth e André Luis Façanha da Silva promoveram um estudo sobre as Residências Multiprofissionais em Saúde que deu base para o capítulo **“Educação Física e Residências em Saúde: entre ecos e pistas sobre a formação do profissional de Educação Física”**. A criação das Residências em 2005 teve como uma de suas finalidades a qualificação de trabalhadores em saúde em áreas consideradas prioritárias do SUS. Tal movimento de formação para o

trabalho em saúde deriva das dificuldades encontradas em cenários de prática, um descompasso desde a formação inicial até a atuação profissional nos princípios do sistema de saúde. A área da Educação Física foi incluída enquanto categoria profissional nesse processo. Atentos a essa temática, os autores sugerem pistas pedagógicas orientadoras da formação em serviço nas residências no tocante aos profissionais de Educação Física, indicando elementos centrais que devem amparar o saber-fazer daqueles inseridos nesses programas. Destacam, ao fim, a importância desse processo formativo enquanto política de área, assim como as dificuldades e potências que abrangem os mais diversos cenários em que as residências acontecem.

O texto **“Interfaces da Promoção da Saúde e da Clínica Ampliada na construção do cuidado centrado no usuário”**, elaborado por Valéria Monteiro Mendes e Yara Maria de Carvalho, parte dos territórios da micropolítica do cuidado, experimentando as práticas corporais como tecnologias leves para propor um deslocamento das noções Clínica Ampliada e Promoção da Saúde para a de forças-valores no cotidiano das práticas de cuidado no âmbito da rede básica de saúde. As autoras ofertam uma breve análise sobre como as forças-valores operam e compõem um conjunto de disputas nos territórios da micropolítica, nas relações de poder e nas relações intersubjetivas, justamente, porque é nos encontros – entre gestores, trabalhadores e usuários – e nas relações que se constituem é que se instauram os campos de forças conformadores dos modos de estar nos encontros.

Resultado de uma pesquisa sobre as experiências que estudantes de graduação viveram no SUS e apresentado por meio de um ensaio com os “gestos”, o texto **“Pró Ensino e PET-Saúde: gestos de formação”**, de Alessandro Prado e Yara Maria de Carvalho, afirma que movimentos que se transformaram em processos, para apresentar o que se passou no PET-Saúde USP-Capital em parceria com o Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo entre os anos de 2010 e 2012. Os autores buscaram inspiração na arte literária da obra *Ensaio sobre a cegueira* de Saramago (1995), problematizando e descrevendo as experiências de modo a instigar reflexões. Utilizam conceitos da filosofia lógica de Martinich (1996) para organizar as ideias na forma de processo. Além das experiências do pesquisador, como parte dos dados analisados, sistematizam um estudo de caso operando diferentes técnicas de coleta de dados e informações, com ênfase na roda de conversa com

egressos do Programa. A partir do argumento “as minhas experiências no PET-Saúde são um diferencial na minha formação em Educação Física”, realizaram sua validação com as premissas: (1) diversificação do cenário de ensino-aprendizagem; (2) aproximação de estudantes com o ambiente de trabalho; (3) vivência interprofissional; (4) abertura para outros modos de pensar o corpo na formação específica.

“Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Física: qual o espaço da saúde?”, texto de autoria de Filipe Ferreira da Costa, parte da premissa que o momento vivido de pandemia de Covid-19 desencadeou uma série de discussões e posicionamentos sobre o papel da Educação Física no campo da saúde, mais especificamente, no enfrentamento da crise sanitária, dando visibilidade a quão frágil ainda é a formação no âmbito da Saúde Pública/Coletiva. O texto se propõe a descrever e analisar as exigências contidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física publicadas em dezembro de 2018 quanto às fragilidades e potencialidades para a qualificação da formação inicial. Não obstante o avanço das Diretrizes de 2018 em relação a sua antecessora de 2004, o autor interpreta como tímida a orientação para uma melhor qualificação da formação para a saúde. Na análise, alguns movimentos são apontados como necessários para que se aproveite esse momento de mudança, no sentido de qualificar a formação no campo da saúde, considerando as dificuldades que os coletivos da Educação Física enfrentarão nesse processo.

Por fim, o capítulo **“DCN, SUS e Educação Física: ecos da discursividade biomédica na avaliação estudantil dos currículos 2012-2017 da UFRGS”**, elaborado por Ana Paula Dahlke e Alex Branco Fraga, promove uma análise do discurso inspirada em Michel Pêcheux para analisar diferenças, convergências, contradições e silenciamentos sobre o tema saúde nas falas de estudantes que estavam matriculados, em 2012, nos cursos de licenciatura e bacharelado em Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ano em que foram implantados, nessa instituição, currículos que tinham o SUS como um dos seus princípios orientadores. Os autores dialogam com o disposto nas Diretrizes Nacionais Curriculares para situar alguns desafios que se impõem, sobretudo, no que identificaram como ecos da discursividade biomédica que seguem reverberando nos currículos de formação inicial dos cursos de Educação Física no Brasil.

Esperamos que o(a) leitor(a) aprecie o livro e possa se aprofundar nas discussões acerca da formação para o campo da saúde, tema que certamente se manterá presente entre as discussões empreendidas pelo Grupo de Trabalho voltado para a saúde no Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte (GTT) em suas mesas redondas, produções e congressos.

Giannina do Espírito-Santo

Felipe Wachs

Victor de Oliveira

Fabio F. B. de Carvalho

Brasília, Santos, Manaus, Rio de Janeiro, 2023

O processo histórico da abordagem da saúde na formação em Educação Física

Edivaldo Góis Junior
Hugo Rodolfo Lovisolo

Do projeto coletivo para o projeto dos indivíduos

A Educação Física brasileira, embora com peculiaridades, sempre esteve vinculada aos movimentos internacionais e contou com médicos, educadores e militares enquanto promotores e ativistas em suas formulações e implementações. Isso se deu especialmente no processo de sua institucionalização, marcado por sua presença nas escolas e em cursos de formação especializados, que posteriormente tornaram-se escolas de Educação Física.

Tratava-se de um projeto identificado com os valores de uma modernidade de características específicas do contexto cultural brasileiro (OLIVEN, 2001), mas, ainda assim, identificado com o projeto europeu de “desenvolvimento” social. Esse projeto, ainda em processo, é muitas vezes rechaçado ou enaltecido por diferentes atores na sociedade brasileira, onde a educação física da população, em especial dos jovens, era uma das estratégias idealizadas.

A historiografia dedicada à Educação Física escolar produziu vários estudos que relacionaram sua institucionalização no currículo com objetivos nacionalistas, militares e, também, a projetos modernos de desenvolvimento da saúde, da raça e da nação. Corpos higienizados pela crença em pedagogias sustentadas pelo discurso científico como progenitor de caminhos seguros de civilidade e progresso social.

Como exemplos, na Escócia, Macrae (2012) demonstrou o peso que o governo e importantes educadores deram à Educação Física na reforma curricular de 1931. Na Turquia, Cüneyd Okay (2003)

vislumbrou a valorização das festas esportivas com jovens e crianças com o objetivo de estimular um sentimento de nacionalismo nas primeiras décadas do século XX. Na Suécia, Suzanne Lundvall (2015) evidenciou que a ginástica sueca desenvolvida por Per-Henrik Ling no século XIX, exportada para diversos países no mundo, tinha objetivos fortemente ligados à saúde, mas também ao militarismo. Na Argentina, Pablo Scharagrodsky (2014) afirmou, que na década de 1920, mediante conflitos sobre a questão do melhor método de educação física, os argentinos optaram por uma organização didática nacional com forte influência médica, permitindo e proibindo tipos específicos de movimento. Na Alemanha, Michael Krüger (1996) narrou o papel da ginástica e suas associações civis na construção da identidade nacional desde o século XIX. Na França, Georges Vigarello (2003) descreveu uma ginástica mecânica, calculada, bastante objetiva que tinha como lema o controle corporal em uma lenta difusão no século XIX. Na Inglaterra, para John Welshman (1998), mesmo sobre a influência dos esportes, a ginástica higiênica tinha também seus defensores.

Ao observar essas interpretações ao redor do mundo, percebemos que discursos modernos proferidos por médicos e educadores no Brasil, quando traduzidos em práticas, mais especificamente, em uma educação física delimitada por ginásticas europeias, incorporaram os esportes e jogos infantis (GOIS JUNIOR; MELO; SOARES; 2015), dando formato aos cursos oficiais marcados por uma pedagogia especializada em saúde.

A historiografia internacional da área, a partir de interpretações diversas, vislumbrou o papel destacado de médicos, educadores e militares como personagens relevantes na construção da Educação Física com letras maiúsculas, ou seja, sistematizando práticas e conhecimentos no sentido de forjar uma ocupação especializada presente nas escolas, como também fora delas em associações e clubes esportivos. Os narradores enfatizam os ideários médico e militar presentes, desde o século XIX, no ensino de práticas corporais (SILVA, 2014), como as ginásticas e os esportes.

No Brasil, no início do século XX, a sociedade, principalmente, a partir dos discursos dos intelectuais, reclamava, através da educação e saúde, a modernização do país. Não se tratava de um projeto político e intelectual original, as principais cidades europeias passaram por mudanças semelhantes já no século XIX. Conforme nos descreve o soció-

logo Richard Sennett (1997), a construção de uma civilidade urbana, higiênica, racional, conforme as prescrições dos médicos e intelectuais, esboçava-se na arquitetura, nos corpos e no planejamento urbano.

No Brasil, tanto em São Paulo quanto no Rio de Janeiro, os discursos e práticas seguiam as prerrogativas da higiene pública no início do século XX (SEVCENKO, 1992; CHALHOUB, 2012), portanto não destoam dos projetos de cidades europeias como Londres e Paris. Essa representação de sociedade moderna encontrava seus adeptos no país, com grandes conglomerados populacionais que almejavam reproduzir cenários urbanos europeus. Para Sevcenko (1998), esse período assinala, no país, a introdução de novos hábitos de consumo, desenvolvendo um mercado publicitário de periódicos, de práticas esportivas, de música, de dança e de cinema.

Anunciados em nome do “novo”, práticas modernas levavam aos prazeres individuais, ao conforto e aos divertimentos, que nas grandes cidades brasileiras estavam mais restritos a determinadas parcelas da população. Além disso, em um cenário de contrates e luta pela sobrevivência e ascensão social, diferenças se materializavam em resistências, rixas, brigas e homicídios, conforme nos relata Sidney Chalhoub (2012). Era preciso, então, de uma transformação nas condutas do trabalhador, de uma educação das massas nas cidades:

Desejava-se, na verdade, que os homens livres internalizassem a noção de que o trabalho era um bem, o valor supremo do pacto social. Note-se, ainda, que este movimento de controle dos espíritos e mentes lançava suas garras muito além da disciplinarização do tempo e do espaço estritamente do trabalho -isto é, da produção-, pois a definição do homem de bem, do homem trabalhador, passa também pelo seu enquadramento em padrões de conduta familiar e social compatíveis com sua situação de indivíduo integrado à sociedade, à nação. (CHALHOUB, 2012, p. 49)

Contudo, conduziremos essa interpretação no sentido de que não se almejava apenas reformar as mentes ou os espíritos, mas que havia uma intenção de mudança que se materializava nos corpos com a operacionalização de estratégias educacionais para o desenvolvimento da saúde da nação. Os discursos identificados com a modernidade deram importância e centralidade às estratégias pedagógicas que incidiam sobre a saúde, prescrevendo determinados comportamentos e práticas que aludiam a uma determinada Educação Física.

Lembremos o ditado modernista “muita saúva e pouca saúde os males do Brasil são”. Da Guerra do Paraguai no século XIX, ficou, para o Brasil e para os militares, um elenco de dúvidas sobre a saúde do soldado e da população do país (SILVA; MELO, 2011). Anos mais tarde, o aporte de Josué de Castro, nos anos de 1940, se tornará um ícone para reivindicar a saúde do brasileiro a partir de uma alimentação adequada (VASCONCELOS, 2008).

Muitas vezes atrelada a uma educação cívica no sentido de forjar uma identidade nacional, a Educação Física era tema que movia seus defensores na imprensa. Pois, a exemplo de uma educação mais “utilitária” com objetivos relacionados à saúde, de uma escola voltada ao trabalho, a Educação Física, para seus defensores, era uma prática privilegiada em um cenário de reformas educacionais que ocorriam desde a década de 1920 e se efetivavam na década de 1930 (PAULILO, 2009). Nos jornais de grande circulação, como o Correio Paulistano, essas pedagogias não eram só defendidas, mas cobradas em relação aos governos. No artigo “Educação Cívica”, aludia o jornal:

A educação physica, o ensino cívico e o de trabalhos manuais são obrigatórios em todas as escolas primarias, normaes e secundarias, não podendo nenhuma escola de qualquer desses graus ser autorizada ou reconhecida sem que satisfaça tal exigencia.

É o que dispõe o artigo 131, da Constituição de 10 de novembro.

A educação physica e os trabalhos manuais são de realização mais facil de a verdade é que muitas de nossas escolas, senão todas, já se acham, nesse particular, em perfeita consonancia com aquela exigência constitucional. Quanto á educação civica, entretanto, temos nossas dúvidas. Em que consiste a educação civica?

É a que tem por fim desenvolver e solidificar o sentimento de pátria no espirito de todos os cidadãos. É a que se destina a despertar em nós uma consciência própria, sem descuidar, não obstante, a formação de um nobre espirito de solidariedade humana. (EDUCAÇÃO CIVICA, 1938, p.5)

Desse modo, essas pedagogias identificadas com uma escola moderna gozavam de prestígio nos jornais de grande circulação. A formação da nação e do cidadão ocupam lugar de destaque ainda hoje nas preocupações pedagógicas. Este era o caso da disseminação de uma educação física, a partir de agora, identificada como “Educação Física”, institucionalizada nas escolas e em cursos de formação civis. Cada vez

mais pertinente, a escolarização das ginásticas, dos jogos e dos esportes era estimulada pelos veículos de imprensa como um projeto de nação ancorado na saúde.

Mas o que é projeto está suscetível a diferentes formas de apreensão, a novos cenários que se estabelecem além da curta duração. Se observarmos a média e a longa durações, perceberemos que, do projeto de saúde da nação, caminhamos para a ênfase em um projeto de saúde dos indivíduos. Logicamente, podemos também argumentar sobre as continuidades do discurso da saúde no campo da Educação Física, mas são as discontinuidades que permitem uma leitura mais acurada de tempos específicos e particulares.

Cenário de um projeto de saúde dos jovens na nação

Autores como Carmem Lucia Soares tem desenvolvido uma agenda de pesquisa que ressalta a importância das primeiras décadas do século XX para a consolidação do esporte como instituição social, ressaltando que ele nem sempre é veículo unívoco dos desejos e anseios de aparatos políticos e econômicos que envolvem dimensões do poder e seus respectivos interesses em uma história sem rostos e sem personagens (SOARES, 2016; SOARES; SANTOS NETO, 2018).

Concordamos com ela ao afirmar que, por vezes, as estruturas econômicas e também os posicionamentos políticos do Estado criam demandas nem sempre absorvidas mecanicamente pelos sujeitos. Nesses casos, há dissonância, mas também há mediação, apropriação e resignificação, diferentes maneiras de apreensão (CERASOLI, 2004) entre um discurso proferido por grupos sociais detentores de poder e as práticas que envolvem os usos dos corpos por parte dos sujeitos.

Esses usos podem ser observados na história com especificidade em relação às práticas de educação física que envolvem, neste texto, esportes, ginásticas jogos e lazeres ativos. A observação das práticas, pois, é fundamental para essa compreensão da aproximação de Michel de Certeau: “as práticas obedecem a critérios, classificam-se segundo categorias, visam a objetivos que mudam. Essas questões revelam uma formalidade das práticas e uma das tarefas da história é medir a distância, ou as relações, entre as formalidades das práticas e das representações” (CERTEAU, 2011, p. 165).

Nesse primeiro cenário, na primeira metade do século XX, a Educação Física como projeto era excelente para os governos e seus discursos de nação, mas interessava particularmente aos médicos e educadores que desejavam uma Educação Física condizente com os preceitos científicos e pedagógicos. Se há uma preocupação bastante reiterada na regulamentação por meio da organização de cursos oficiais, significa que outras representações deveriam ser silenciadas ou secundarizadas.

Desse modo, se parte dos médicos e educadores pretendeu que os esportes, as ginásticas, os jogos e os divertimentos, fossem usados no sentido de homogeneizar grupos sociais em um projeto coletivo, seduzindo os jovens em relação à determinada identidade, como afirmam Dalben e Góis Junior (2018), é necessário advertir para o fato de que os esportes foram disseminados em nosso país de forma mais ou menos independente do desejo de suas classes política e intelectual.

As finalidades utilitárias coletivas ou individuais para a prática dos esportes, contudo, podiam estar distantes do significado não utilitário, centrado no prazer do próprio jogo, como no futebol amador em ampla expansão desde as décadas finais do século XIX e sua profissionalização posterior. Lembremos que a escolarização, condição da Educação Física, não era dominante nos setores populares. Fora esses aspectos das múltiplas formas de apreensão, os cursos de formação em Educação Física eram representantes, principalmente, dos discursos médicos, pois tiveram suas ofertas associadas à necessidade de regulamentação ou normatização das práticas, que deveriam, naquele momento, para médicos e educadores, serem marcadas pela utilidade e orientadas pelos preceitos científicos e pedagógicos. Este era o desejo dos médicos: uma educação física racional, científica e utilitária em termos de saúde.

Cada vez mais pertinente, a escolarização das ginásticas, dos jogos e dos esportes era estimulada pelos veículos de imprensa como estratégias de defesa da saúde da nação. No caso específico de São Paulo, é possível perceber, de forma nítida, esse prestígio quando o assunto é a organização de aparelhos estatais direcionados à “causa” da educação física. Ressalta o jornal *Correio Paulistano*, na reportagem “Em prol de uma raça mais forte”:

Não é de hoje que os mestres da pedagogia vêm aconselhando, insistentemente, a educação physica ao par da educação intelectual. Fundamentam, eles, sobejamente, as suas teorias, num combate eficaz aquele velho

preconceito que dominava a época do romantismo, segundo o qual a força muscular era incompatível com a atividade intelectual. Felizmente, a crença em apreço já passou para o rol das cousas mortas. Está por demais vulgarizada a prática de exercícios físicos, cuja importância é, atualmente, das mais relevantes, principalmente aos estabelecimentos de ensino. A Escola “Caetano de Campos”, que bem merece sua denominação de modelo, não podia descuidar-se desse elemento considerado essencial para a educação moderna: a gymnastica. (EM PROL..., 1930, p. 5)

Para além da Escola Caetano de Campos, antiga Escola Normal de São Paulo, era preciso que as aulas de Educação Física fossem disseminadas a todo o sistema público estadual de ensino ao longo da década de 1930. Para isso, seria impreterível a formação de instrutores e professores na “Escola Superior de Educação Física”, além da criação do Departamento de Educação Física, que propiciaram um incremento na oferta de profissionais especializados que puderam lecionar nas principais cidades do estado de São Paulo. Contudo, antes de 1934, era preciso recorrer aos profissionais formados no Rio de Janeiro, especificamente, na turma de 1929 da Escola do Exército, que por iniciativa também de Fernando de Azevedo, então, Diretor da Instrução Pública do Distrito Federal, reativou-a através de um convênio, formando uma turma de militares e civis.

Particularmente, essas políticas públicas repercutiam positivamente na imprensa paulista. A despeito da saída repentina de Fernando de Azevedo da direção da educação pública em São Paulo, a comissão foi estruturada no “Departamento de Educação Physica” (DALBEN *et al.*, 2019) atrelado à Secretaria de Educação e da Saúde Pública de São Paulo, antigo Departamento de Educação, que tinha diversos objetivos, entre eles, colocar em funcionamento a “Escola Superior de Educação Physica”, criada por decreto em 1931, sem, contudo, funcionar até 1934, quando foi publicado seu regulamento e convocada a primeira turma no dia 1º de agosto daquele ano.

De modo geral, os nossos currículos de graduação em Educação Física se caracterizaram e caracterizam por ser um mosaico disciplinar de origens diversas (LOVISOLO, 1995): biológicas, humanas e profissionais.

Ao observarmos os currículos para formação de instrutores e professores, inicialmente, percebemos uma presença maior das ciências

biológicas. Das 15 cadeiras, sete tinham suas bases nessas ciências, duas ligadas às ciências humanas e da educação e seis profissionalizantes. São as escolhas de conhecimentos, saberes e práticas, tidas como eleitas em um currículo que pode demonstrar de qual educação física aqueles atores estavam falando.

O nascedouro da “Escola Superior de Educação Physica” evidencia a racionalização dos corpos, pois ela era compreendida por sua sustentação, principalmente, na medicina e nas ciências biológicas, que dialogavam brevemente com a pedagogia e a história no sentido de legitimação de uma prática para além da experiência, que se diferencia do velho, do tradicional, que se aproxima da ciência e da tecnologia para fundamentar a ação. Tal investimento mereceu destaque da imprensa paulista.

A Educação Física daquela escola superior era lembrada principalmente por seu apelo à ciência na análise das práticas ginásticas e esportivas. O relato do colunista Lellis Vieira sintetiza que lugar a Educação Física tinha no ideário dos paulistas nos anos de 1930. Completamente surpreso, Lellis Vieira tece uma série de elogios à Escola, enfatizando sua ciência e tecnologia, bem como seu papel no desenvolvimento da “raça”:

Aquilo é positivamente um assombro. Não estamos exagerando. Temos a medida exata das apreciações justas. E quem quiser certificar-se do adjetivo, que vá lá, visite o aparelhamento desse notável instituto. Nós mesmos pensávamos, como leigo nessas coisas, que educação physica fosse um problema simplista: um, dois, três, um, dois, três. Estende o braço, encolhe a perna, espicha o pescoço, funga o respiro... Pois senhores o negócio é seríssimo, especialmente o capítulo médico. Instalada admiravelmente num prédio enorme, feito para Hospital, mas que se achava fechado, ali se vê um serviço completo de fichagem, a primeira biblioteca da América do Sul especializada no assunto, salas de desenho, de controles, de estatística esta então, admirável, e aparelhos de Raio X, cardiogrammas, aplicações elétricas, metabolismo basal, mesas operatórias, moveis cirúrgicos, fiscalização de toda a vida esportiva por meio de registros, assistência acidental, finalmente, um conjunto que não se pode descrever em três tirinhas de papel.[...] A gente tem a impressão de que a Escola Superior de Educação Physica de São Paulo, é qualquer estabelecimento vulgar, comum, meia tigela, destinado apenasmente a endireitar cacundas camelórias e tornozelos...caólhos! Vão lá ver o que é aquela obra. Grande concepção científica, étnico-social, embasamento orgânico das populações que nos parques infantis já padronizadas para o Interior do Estado, serão amanhã o orgulho da raça (VIEIRA, 1939, p. 3).

Tratava-se, dessa maneira, de um projeto coletivo em curso que reforçava a educação para a saúde das juventudes a partir das práticas de uma educação física com preceitos racionais e científicos. Desse modo, a Educação Física era institucionalizada como representação de um discurso racional e científico sobre os corpos, pois assim ela aumentava suas possibilidades de legitimidade e reconhecimento social, delimitando e formando um corpo profissional.

Compreendemos que a intervenção da Educação Física, 50 anos após sua institucionalização nos anos de 1980, vai se direcionar, de forma crescente, tendo como foco o indivíduo e a saúde individual. As categorias coletivas como raça, nação e povo quase desaparecem. Após um interregno de crítica, com a redemocratização, onde categorias de análise, referentes a uma oposição de classe e a uma luta entre opressores e oprimidos, perdem espaço no debate acadêmico da área, e a tendência individualizante e biologizante se fortalece no contexto de uma demografia que faz aparecer a figura da “terceira idade” ou dos idosos, como horizonte de atuação.

Trata-se de conquistar uma velhice saudável e, para isso, se instaura a luta contra o sedentarismo, o inimigo principal, e os hábitos inadequados de alimentação e descanso. O jovem ativo garantiria a velhice ativa. Há o surgimento de formas inovadoras de intervenção para provocar a adesão dos resistentes à atividade física. Desde a recomendação da simples caminhada três vezes por semana, passando por influências orientais, até reivindicando práticas alternativas.

Parece-nos que entramos em tempos de manter a juventude na velhice durante as décadas de 1980 e 1990.

Cenário de um projeto de saúde dos indivíduos “velhos jovens”

Não defendemos aqui que a saúde da juventude deixe de ser importante para os objetivos da Educação Física a partir da redemocratização nas décadas de 1980 e 1990, ao contrário, os discursos que ainda carregam o vocábulo, evocando os jovens, ganham em especificidade, tornando-se não mais um projeto homogêneo pautado na racionalização de intelectuais e iniciativas governamentais, mas sim, reitera sua particularidade na medida que é demandado por desejos de prazer,

de saúde e protelamento do envelhecimento dos sujeitos. São práticas e representações mais centradas nos indivíduos a partir de iniciativas particulares, seguindo mais suas vontades e desejos.

Se antes era preciso tutelar os jovens em um projeto de nação, agora ganham importância os desejos individuais de conquista da manutenção da disposição física e, até mesmo, de rejuvenescimento, dando vazão a um mercado econômico, mas também simbólico, centrado no envelhecimento ativo e autônomo.

Mais uma vez, isso não significa que tais aspirações individuais sejam recentes ou que não estavam presentes na década de 1930. Há um processo de continuidades nas representações sobre as práticas de educação física relacionadas à saúde, existe uma tradição que atrela a Educação Física aos objetivos de saúde, contudo, também existem particularidades de cada temporalidade, as especificidades da curta duração, que reforçam determinados discursos.

Por isto, falamos aqui de uma centralidade nas práticas de educação física agora mais representadas nos indivíduos que se consolidaram ao longo do século XX. Como exemplo, já na década de 1930, observamos que a conservação de um corpo jovem já movia os desejos de uma parcela dos indivíduos, sobretudo mulheres. Na década de 1930, múltiplas formas de representar os corpos velhos começavam a ser anunciadas nos jornais. Embora, uma delas fosse constante: a caracterização da velhice como solidão, tristeza e medo, representada de forma dolorosa, pois os velhos eram isolados e, algumas vezes, excluídos de uma participação social efetiva, a velhice trazia consigo a doença de forma análoga à descrita por Norbert Elias (2001) em “A Solidão dos Moribundos”.

Entretanto, havia também, contrariamente, certo otimismo em relação ao envelhecer, embora em manifestações menos frequentes, era possível ler nos jornais que a velhice era apenas uma fase da vida com seus infortúnios, mas também com suas belezas. Nascia, naquele momento, nas principais cidades brasileiras, uma representação tão comum no final do século XX, de que a velhice não significava o fim e a morte, mas uma nova maneira de viver com seus corpos.

Cresce, ao longo do século XX, a recusa em pensar a aposentadoria como viver em um aposento, cresce a ideia da “velhice ativa”. Nesse caso, essa representação era mais condizente com o otimismo proveniente das realizações da ciência no século XX, onde a longevidade era

uma conquista alcançada pelos indivíduos mediante às prescrições médicas.

Já no fim do século XX, por meio dessa educação para a saúde, os indivíduos teriam um maior controle sobre a velhice, desde que fossem condicionados por uma educação marcada pela disciplina, por uma dedicação ascética e perseverante para, assim, atingir os objetivos de perdurar a juventude. Esse desejo de não envelhecer era bastante motivado pela imprensa. Sobretudo jornais e revistas sustentados pela publicidade, incentivavam, motivavam, justificavam o investimento nessa nova educação que ia além das juventudes, dos cuidados com a infância, pois estava agora presente em todas as fases da vida por meio de massagens, ginásticas, cirurgias e tratamentos variados com suas promessas de rejuvenescimento.

A velhice podia ser agora protelada, pois a longevidade como conquista individual movia os desejos das populações urbanas nos campos cultural e econômico, atingindo grupos sociais paulatinamente mais amplos na medida em que a vida moderna era fomentada (ARIËS, 2013).

Nesse sentido, discordamos de Allan Kellehear (2013), pois para ele a modernidade não explica as mudanças sobre as formas de viver a velhice, e, mais especificamente, de administrar a morte. Para Kellehear (2013) estas mudanças são motivadas pelo predomínio dos valores da classe média nas sociedades industriais, como a ansiedade, competição e individualismo que fomentariam uma classe social de “hipocondríacos ansiosos que temem o envelhecimento e a morte como ninguém antes deles e se deixam atormentar pelo pensamento mágico e a superstição da salvação médica.” (KELLEHEAR, 2013, p.254).

Discordamos do autor, pois, ao observarmos as fontes brasileiras, percebemos que não foram as posições de classe que produziram por parte dos indivíduos variadas representações sobre a velhice e a morte. Ao ressaltar os valores das classes médias como a categoria explicativa para as mudanças em relação aos modos de envelhecer e morrer, Kellehear (2013) deixa de observar e compreender que os papéis diferenciados de grupos sociais particulares, mesmo pertencentes à mesma classe média, contribuíram com formulações específicas em relação aos modos de envelhecer na modernidade.

Se não fosse assim, seria como interpretar que, em uma mesma perspectiva, estariam médicos, religiosos, comerciantes, oriundos da

mesma classe social, mas que tiveram diversos e, por vezes, antagônicos interesses no que diz respeito à velhice. Embora houvesse um conjunto de valores que se tornou dominante no processo, para Philippe Ariès (2013), ele era correspondente aos valores de uma narrativa da modernidade cada vez mais abrangente.

Porém, em uma agenda de pesquisa futura, nosso argumento central tem outra direção, especificamente, observaremos, nos currículos da Educação Física, quais representações sobre a saúde estavam presentes nas décadas de 1980 e 1990, para compreenderemos como diferentes grupos sociais em um processo de individualização, construíram suas maneiras de viver a juventude e a velhice nos fins do século XX.

Corroborando a análise de Norbert Elias (1994), o controle dos comportamentos é, sem dúvidas, uma característica estrutural das sociedades humanas; o que havia de novo, no entanto, era a ênfase desse controle em uma perspectiva individual, ou seja, no autocontrole. No contexto das sociedades modernas, a partir do momento que os indivíduos abandonam a infância e a juventude, os impulsos são mais autocontrolados. Esse autocontrole, que antes era um controle social externo na infância e juventude, cria uma segunda natureza nos indivíduos conforme suas experiências particulares (ELIAS, 1994).

Desse modo, se pensarmos no contexto urbano brasileiro, os investimentos da sociedade moderna na saúde são apropriados no campo dinâmico da cultura pelos indivíduos. Isso não significa uma oposição entre os valores da sociedade e do indivíduo; para Elias (1994), é justamente o contrário, seria a “*estrutura social da personalidade*” que conforma um “*habitus*” na longa duração, não havendo mais sentido, portanto, a simples separação entre o coletivo e o individual. Por isso, o que podemos compreender é que as representações científicas deslocaram a responsabilidade sobre a administração da velhice e da saúde para cada indivíduo a partir de seus exemplos de boa conduta, virtude e cuidados.¹

Importa entender como a Educação Física das décadas de 1980 e 1990, agora pensada como uma área de conhecimento e intervenção profissional, responde a essas novas demandas de formação dos hábitos da saúde?

¹ Um exemplo atual reside na tensão entre propostas de controle do COVID-19 mediante as medidas de força (lockdown) ou heterocontrole e o autocontrole do distanciamento social.

No campo da intervenção e da formação profissional até 1987, os cursos de licenciatura se destinavam a formar o professor de Educação Física independente do ambiente em que ele fosse atuar. A partir Resolução do Conselho Federal de Educação nº 03/87, a formação ficou diferenciada em Bacharéis e Licenciados, devido à expansão de demandas da área relacionadas ao discurso da saúde dos indivíduos, começando a exigir, dessa maneira, especificidades no currículo do ensino superior.

Nos anos de 1980, com o fim da Ditadura Militar, uma nova geração de professores de Educação Física criticou, cada abordagem ao seu modo, as bases da Educação Física dos anos de 1960 e 70, influenciadas pelo esporte de alto rendimento. Uma crítica de natureza mais política se exacerba em relação ao Esporte como alienador. As promessas de uma potência esportiva brasileira não se concretizaram. O modelo piramidal não fez do Brasil uma potência esportiva, embora, os meios de comunicação e alguns políticos ainda se refiram à Educação Física escolar como celeiro de atletas, essa visão, no meio acadêmico da área foi e é duramente criticada.

Naqueles anos de redemocratização, a Educação Física, no campo acadêmico, sofria um processo de crítica à biologização (LOVISOLO; VENDRUSCULO; GOIS JUNIOR, 2015). A ampliação da participação nos direitos democráticos se tornou um valor consensual dominante no campo ético e nas políticas públicas. Entre os progressistas, a Educação Física foi vista durante longo tempo como um instrumento ou aparelho da Ditadura Militar em aliança com a formação de hábitos adequados para a competição e desempenho na produção capitalista. Ou seja, a Educação Física foi pensada como intervenção funcional para a ordem social e o desempenho no campo laboral (BRACHT, 1986; MEDINA, 1983; OLIVEIRA, 1994).

A crítica da Educação Física e dos esportes, especialmente em sua versão competitiva ou de rendimento, foi feita a partir dos marcos do pensamento crítico marxista e dos frankfurtianos em suas diversas modalidades. No bojo das lutas pela democratização e no retorno à vida democrática, os progressistas assumiram a condução de associações importantes como o Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte, e cresceu sua participação nas equipes encarregadas de elaborar diretrizes e políticas públicas.

Configurou-se um tempo de efervescência, dentro do qual a Educação Física podia desempenhar um papel de formação e crítica aos

modos tradicionais imbuídos nas heranças militarista e biologizante que historicamente a caracterizaria, segundo o ponto de vista dos críticos (SOARES, 1998; CASTELLANI FILHO, 1988; BETTI, 1991; GHIRALDELLI JUNIOR, 1988). Contudo, essa herança continuou viva e foi reforçada por políticas destinadas a aumentar o bem-estar e a qualidade de vida dos cidadãos em uma perspectiva individual, a quem tinha acesso aos serviços públicos e de uma indústria que se estruturava na órbita dos desejos de rejuvenescimento.

Mesmo que, no recente campo acadêmico da Educação Física, a presença das matrizes biológicas tenha sido pesadamente atacada por palavras de ordem como: mecanicista, cartesiana, positivista, produtivista e reprodutivista, a rede de serviços públicos e privados ligada ao corpo e à atividade física era fomentada pela mídia. A crítica, sob domínio do ensaio, como no caso destacado do Coletivo de Autores (SOARES *et al.*, 1992), foi estruturada basicamente de forma argumentativa e contou, inicialmente, com poucas evidências empíricas.

De forma resumida, podemos dizer que variáveis do contexto (econômico, social e político), portanto, exógenas, fundamentavam a crítica. Entretanto, reiteramos que se, ao contrário, observarmos a formalidade das práticas, iremos nos deparar com o crescimento por uma demanda dos sujeitos por práticas de Educação Física pautadas em princípios individuais, reafirmando um novo higienismo que desas vez não era central em um projeto coletivo de Estado ou de governo, mas em um projeto de administração individual dos corpos rejuvenescidos e da velhice, onde o sujeito é o responsável ou o culpado, em suas dimensões simbólicas, pela própria saúde.

Importa destacar que a partir dos anos de 1980 e 1990 e na virada do século XX para o século XXI, configurou-se um crescimento considerável de cursos de Educação Física em instituições privadas que, de várias maneiras, manifestaram sua preocupação pela inserção no mercado dos seus formandos. A regulamentação da profissão, com a criação dos conselhos profissionais, fortaleceu o processo de inserção profissional na multiplicação de academias de ginástica.

Por vezes, já desde a graduação, os graduandos eram e são inseridos no mercado de trabalho como estagiários. Além disso, houve uma multiplicação dos nichos de trabalho público e privado nas áreas do lazer e da saúde com uma boa parcela de projetos destinados à terceira

idade. Cresceu também a pós-graduação, tanto em cursos de especialização quanto de mestrado e doutorado.

As exigências da pós-graduação *Stricto Sensu*, situadas na Área 21 da organização da CAPES, juntamente com os cursos de Fisioterapia, Enfermagem e Fonoaudiologia, valorizaram os estudos cujos resultados, sob a forma de artigos, deviam ser publicados em revistas bem avaliadas que pertenciam muito mais ao campo das áreas ditas duras que das ciências sociais e humanas. As áreas biológicas se fortaleceram pelo maior consenso em torno da pesquisa experimental, com dados quantitativos e tratamentos estatísticos.

As correntes do entorno e da área puxavam na direção de um novo domínio dos enfoques derivados das ciências biológicas em detrimento dos fundamentados pelas ciências sociais e humanas. Parece-nos que o enfoque originário, baseado sobretudo na relação entre os estímulos físicos e a resposta biológica, foi retomado com grande força. Houve uma queda na importância das pesquisas sociais e humanas que tinham sido significativas na crítica da Educação Física orientada para o desempenho atlético, cuja força teria sido considerável durante a Ditadura Militar (LOVISOLO; VENDRUSCOLO; GOIS JUNIOR, 2015).

A separação entre bacharelado e licenciatura nos cursos de graduação com as respectivas regulações isolou as áreas pedagógicas e sociais nos cursos de licenciatura, e, de várias formas, as pós-graduações refletiram a nova institucionalização com a transferência de pesquisadores oriundos das ciências humanas e sociais para os programas de pós-graduação em Educação.

Enfim, na vida democrática, a partir da década de 1980, foram atendidos paulatinamente os reclamos de acesso às práticas de Educação Física com uma crescente demanda. De fato, qualidade de vida, igualdade, inclusão e glória esportiva eram objetivos não necessariamente convergentes, formando as tribos da Educação Física (LOVISOLO, 2000). O crescimento do acesso a uma “vida ativa”, nos esportes e jogos, não necessariamente se transformaria em glória competitiva que demanda outro tipo de gestão, de investimentos e de conhecimentos aplicados.

A política de inclusão democrática favoreceu a expansão de programas para crianças, jovens e adultos, mas, dessa vez, sobretudo para os idosos e homens e mulheres chamados hoje de “jovens de meia idade”, com objetivos de saúde, beleza, prazer e lazer. A intervenção se tor-

nou gradualmente mais acessível, porém não revolucionária.

A atividade física ganhou força contra o sedentarismo, enquanto vetor de saúde individual e de menores gastos estatais ou de utilização mais eficiente dos recursos. Já em no nosso século, as prefeituras encheram as praças públicas de aparelhos para a terceira idade. A expressão máxima do individualismo da prática talvez seja o *personal trainer*, que criou uma oferta que garantiu a sobrevivência de muitos profissionais da Educação Física.

Mediante os princípios mais individuais de acesso às práticas de educação física, em relação com a saúde, o rejuvenescimento, o protelamento da juventude, a fisiologia e a biomecânica pareciam contar com protocolos de pesquisa mais adequados para avaliar a incidência da atividade física e de suas modalidades. Assim, essas demandas reforçadas por um mercado, mas também por políticas públicas de serviço ao cidadão, tomaram e reforçaram argumentos fisiológicos e biomecânicos também no campo do desenvolvimento social.

No campo da saúde, as lutas contra o sedentarismo e a obesidade ocuparam o centro da profilaxia das doenças cardiovasculares e mesmo mentais, como a depressão. As pesquisas se multiplicaram embora os resultados fossem redundantes e, por vezes, mais modestos que o desejado.

Concomitantemente, as ciências sociais e humanas não pareciam contar com receitas eficazes para se atingir o rejuvenescimento, para controlar doenças, para maximizar o desempenho esportivo e nem para modelar os corpos segundo os padrões dominantes. Elas contavam com poucas respostas aos anseios e desejos dos indivíduos e precisam renovar suas estratégias, problemas e estudos no século XXI. Nada a estranhar quando se localiza os indivíduos como formadores da demanda que deverão satisfazer.

Passamos a viver em um mundo no qual, crescentemente, a oferta parecia ser um componente estratégico da demanda. A chamada “atividade física” se tornou um “dever de conservação” da juventude no campo da saúde, no qual as formações acadêmica e profissional da área são mais reconhecidas.

Enfim, mediante diferentes apropriações dos objetivos da saúde na formação profissional em Educação Física, foi possível observar o deslocamento de uma formação centrada na saúde dos jovens como

bem da nação em uma perspectiva mais coletiva, para uma crescente valorização das demandas e desejos dos indivíduos em relação à conquista de uma velhice ativa, uma velhice potencializada por características próprias ligadas à juventude.

Referências

ARIÈS, Phillipe. **O Homem diante da Morte**. São Paulo: EdUnesp, 2013.

BETTI, Mauro. **Educação Física e Sociedade**. São Paulo: Movimento, 1991.

BRACHT, Valter. A criança que aprende as regras do jogo... capitalista. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v.7, n.2, p. 62-68, jan. 1986.

CASTELLANI FILHO, Lino. **Educação Física no Brasil: a história que não se conta**. Campinas: Papirus, 1988.

CERASOLI, Josianne Francia. **Modernização no Plural: obras públicas, tensões sociais e cidadania em São Paulo na passagem do século XIX para o XX**. 342 f. Tese (Doutorado em História) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

CERTEAU, Michel de. **A escrita da história**. Rio de Janeiro: Forense, 2011.

CHALHOUB, Sidney. **Trabalho, lar e botequim: o cotidiano dos trabalhadores no Rio de Janeiro da belle époque**. 3. ed. Campinas: Editora Unicamp, 2012.

DALBEN, André; GÓIS JUNIOR, Edivaldo. Embates esportivos: o debate entre médicos, educadores e cronistas sobre o esporte e a educação da juventude (Rio de Janeiro e São Paulo, 1915-1929). **Movimento**, v. 24, p. 161-171, 2018.

DALBEN, André *et al.* Criação do departamento de educação física do estado de São Paulo (1925-1932). **Cadernos de Pesquisa**, v. 49, p. 264-286, 2019.

EDUCAÇÃO CIVICA. **Correio Paulistano**, São Paulo, p. 5, 8 set. 1938.

ELIAS, Norbert. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge

Zahar, 1994.

ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos**: envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2001.

EM PROL de uma raça mais forte. **Correio Paulistano**, São Paulo, n. 13, p. 5, ago. 1930.

GHIRALDELLI JUNIOR, Paulo. **Educação Física Progressista**. São Paulo: Loyola, 1988.

GOIS JUNIOR, Edivaldo; MELO, Victor Andrade de; SOARES, Antônio Jorge Gonçalves. Para a construção da nação: debates brasileiros sobre educação do corpo na década de 1930. **Educação e Sociedade**, v. 36, n. 131, p. 343-360, 2015.

KELLEHEAR, Allan. **Uma história social do morrer**. São Paulo: EdUNESP, 2013.

KRÜGER, Michael. Body Culture and Nation Building: The History of Gymnastics in Germany in the Period of its Foundation as a Nation-State. **International Journal of the History of Sport**, v. 13, n. 3, p. 409-17, 1996.

LOVISOLO, Hugo R. **Educação Física**: a arte da mediação. Rio de Janeiro: Sprint, 1995.

LOVISOLO, Hugo R. **Atividade física, educação e saúde**. Rio de Janeiro: Sprint, 2000.

LOVISOLO, Hugo R.; VENDRUSCOLO, Rosecler; GÓIS JUNIOR, Edivaldo. Recorte dos estudos socioculturais no campo da educação física. In: STTIGER, Marco Paulo (org.). **Educação Física + humanas**. Campinas: Autores Associados, 2015. p. 181-202.

LUNDEVALL, Suzanne. From Ling Gymnastics to Sport Science: The Swedish School of Sport and Health Sciences, GIH, from 1813 to 2013. **International Journal of the History of Sport**, v.32, n. 6, p. 789-799, 2015.

MACRAE, Eilidh H.R. Exercise and education: facilities for the young female body in Scotland, 1930-1960. **History of Education**, v.41, n. 6, p. 749-769, 2012.

MEDINA, João Paulo Subirá. **A Educação física cuida do corpo e...**

mente. Campinas: Papirus, 1983.

OKAY, Cüneyd. Sport and Nation Building: Gymnastics and Sport in the Ottoman State and the Committee of Union and Progress, 1908-18. **International Journal of the History of Sport**, v. 20, n.1, p. 152-156, 2003.

OLIVEIRA, Vítor Marinho de. **Consenso e Conflito da Educação Física Brasileira.** Campinas: Papirus, 1994.

OLIVEN, Ruben G. Cultura e modernidade no Brasil. **São Paulo Perspec.**, v. 15, n. 2, p. 3-12, 2001.

PAULILO, André Luiz. As estratégias de administração das políticas públicas de educação na cidade do Rio de Janeiro entre 1922 e 1935. **Revista Brasileira de Educação**, v. 14, n. 42, p. 440-455, 2009.

SCHARAGRODSKY, Pablo. El discurso médico y su relación con la invención del oficio de 'educador físico': entre la heteronomía solapada y la autonomía vigilada (Argentina, 1901-1931), *In*: SCHARAGRODSKY, P. **Miradas médicas sobre la cultura física en Argentina (1880-1970).** Buenos Aires: Prometeo, 2014. p.101-148.

SENNETT, Richard. **Carne e Pedra:** o corpo e a cidade na civilização ocidental. Rio de Janeiro: Record, 1997.

SEVCENKO, Nicolau. **Orfeu Extático na Metrópole:** São Paulo nos frementes anos 20. 4. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

SEVCENKO, Nicolau. O prelúdio republicano, astúcias da ordem e ilusões do progresso. *In*: SEVCENKO, N.(org). **História da vida privada no Brasil.** São Paulo: Companhia das Letras, 1998. v. 3, p. 7-48.

SILVA, Ana Márcia. Entre o corpo e as práticas corporais. **Arquivos em Movimento**, v. 10, n.1, p.5-20, 2014.

SILVA, Carlos Leonardo Bahiense da; MELO, Victor Andrade de. Fabricando o soldado, forjando o cidadão: o doutor Eduardo Augusto Pereira de Abreu, a Guerra do Paraguai e a educação física no Brasil. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 337-354, jun. 2011.

SOARES, Carmem Lucia *et al.* **Metodologia do Ensino da Educação Física.** São Paulo: Cortez, 1992.

SOARES, Carmen Lucia. **Educação física, raízes européias e Brasil**. Campinas: Autores Associados, 1998.

SOARES, Carmen Lucia. Três notas sobre natureza, educação do corpo e ordem urbana (1900-1940). In: SOARES, Carmen Lucia. **Uma educação pela natureza: a vida ao ar livre, o corpo e a ordem urbana**. Campinas-SP: Autores Associados, 2016. p. 09-45.

SOARES, Carmem Lucia; SANTOS NETO, Samuel Ribeiros. À sombra das árvores... respirando ar puro: educação e divertimentos junto à natureza na São Paulo dos anos 1920. **Educação em revista**, v. 34, p. 418-431, 2018.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. Josué de Castro e a Geografia da Fome no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v, 24, n. 11, p. 2710-2717, nov. 2008.

VIEIRA, Lellis. Pela Raça! **Correio Paulistano**, São Paulo, p. 3, 16 ago. 1939.

VIGARELLO, Georges. A invenção da ginástica no século XIX: movimentos novos, corpos novos. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 25, n. 1, p. 9-20, 2003.

WELSHMAN, John. Physical culture and sport in schools in England and Wales, 1900-40. **International Journal of the History of Sport**, v. 15, n. 1, p. 54-75, 1998.

Saúde coletiva e saúde pública nos cursos de Educação Física

Giannina do Espírito-Santo

Diogo Gonçalves de Souza de Oliveira

Heitor Martins Pasquim

Renata Veloso Vasconcelos de Andrade

No Tratado de Educação Física e Moral, publicado por Luiz Carlos Moniz Barreto, em 1787, são abordadas questões sobre eugenia, hereditariedade, alimentação, higiene, puericultura, concepção, gravidez e parto. Nas páginas iniciais, o autor destaca que é necessário a

Educação Física desde o berço, especificando o trabalho que deveria ser atribuído a cada uma das idades e demonstrando alguns conhecimentos de fisiologia [...] afirma ser uma necessidade a vida ao ar livre, bem como um erro reprimir a expansão das crianças em seus jogos e brinquedos (MARINHO, 1980, p 18-19).

Assim, uma determinada Educação Física e moral do século XVIII já integrava aspectos associados à saúde-doença. No século XIX, a ginástica, enquanto conteúdo privilegiado da cultura corporal, foi tratada como prática institucionalizada em diversos relatórios da Junta Central de Higiene Pública, órgão da Corte Imperial brasileira. Ela foi considerada uma estratégia pedagógica indispensável à terapêutica de moléstias de diferentes naturezas (MELO; PERES, 2016). Como pode ser visto, a relação da Educação Física com a saúde e a saúde pública não é recente. Mesmo que naquela época, e ainda hoje em alguma medida, a educação do corpo fosse primordialmente domínio do saber médico (LUZ; BARROS, 2012).

O recente processo de consolidação da profissão Educação Física no Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre a partir da publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS (BRASIL, 2006; 2014),

da criação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (BRASIL, 2008) e da atribuição de código permanente para a profissão no Código Brasileiro de Ocupações - CBO em 2020².

Na medida em que há esse processo de consolidação, o papel das práticas corporais na saúde pública brasileira ganha destaque, evidenciando a necessidade de uma formação em nível de graduação que contemple o pensamento social em saúde. Campo marcado por profundas contradições e diferentes modelos, alguns antagônicos.

Fundada na América Latina em meados de 1970, a Saúde Coletiva reposiciona o pensamento social em saúde no plano da coletividade. Assim, a dimensão coletiva é produtora e reprodutora de adoecimentos e vitalidades (GARCIA, 1989; BREILH, 1988; LAURELL, 1982). Essa nova perspectiva do pensamento em saúde alcança a Educação Física a partir da década de 1990. Um dos primeiros trabalhos na área, que toma como referência a Saúde Coletiva, é a dissertação de mestrado de Yara Maria de Carvalho, em 1993, com orientação do médico sanitário Gastão Wagner de Sousa Campos.

É possível dizer que o Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte (CBCE), em especial o Grupo de Trabalho Temático Atividade Física e Saúde (GTTAFS), é um ator privilegiado do processo de aproximação da Educação Física com a Saúde Coletiva e que participa ativamente desse debate desde 2001.

Por isso, cabe aqui destacar um breve histórico sobre o CBCE. Criado em 1979, ele tem sido um dos principais *locus* para realização de debates científicos no campo das Ciências do Esporte. Inicialmente, tinha como perspectiva ser uma espécie de *American College of Sport Medicine* brasileiro. Porém, através das disputas de campo que ocorreram a partir da década de 1980, quando alguns professores/pesquisadores realizaram o mestrado/doutorado na área da Educação, o CBCE começa a privilegiar outros debates para além das abordagens lineares e causais que focalizam os saberes fisiológicos.

Em 1997, foram criados os Grupos de Trabalhos Temáticos (GTT), entre eles o GTT AFS (SOARES, 2003). Em 2002, Marcos Bagrichevsky e Alexandre Palma de Oliveira, que eram, respectivamente, coordenador e vice-coordenador do GTT AFS, organizaram o I Ciclo de Conferências *A saúde em debate na Educação Física* na Faculdade

2 Disponível em: <http://www.mteco.gov.br/cbsite/pages/home.jsf> Acesso em: 29 maio 2020

de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas. Esse ciclo de conferências contou com diversos participantes, a exemplo de Yara Maria de Carvalho. O evento culminou com a publicação do livro de mesmo nome, organizado por Bagrichevsky, Palma e Estevão (2003), que agregou diferentes pesquisadores da área de Saúde Coletiva, como William Waissmann, Luis David Castiel, Sandra Caponi, entre outros. Pode-se dizer que esse trabalho realizado por Bagrichevsky e Palma se tornou uma grande alavanca para um posicionamento crítico do GTT AFS.

Em 2006 e 2007, Bagrichevsky, Palma e Estevão deram continuidade à coleção de livros *A saúde em debate na Educação Física*, mais uma vez, agregando importantes pesquisadores da área da Saúde Coletiva e da Educação Física (BAGRICHEVSKY *et al.*, 2006; BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO; PALMA, 2007).

Diversas publicações surgiram a respeito da produção do GTT AFS (ESPÍRITO SANTO, MOURÃO, 2004; NEVES, FERES NETTO, 2006; ESPÍRITO-SANTO *et al.*, 2015, MENDES *et al.*, 2017). É importante destacar que todas as publicações citadas tiveram como autores membros do comitê científico do GTT AFS, demonstrando que o grupo tem se renovado e segue atento para a necessidade de novos olhares sobre a Saúde Coletiva e a Saúde Pública. O desenvolvimento desse debate culminou com a temática de aprofundamento em relação à formação em saúde na Educação Física para o biênio 2017-2019 daquela gestão do GTT AFS e motivou a produção do presente capítulo.

Em 2020, foi publicada uma coleção de livros do CBCE em comemoração aos seus 40 anos. Essa coleção tem um volume dedicado à Atividade Física e Saúde. O livro conta com vários autores que fizeram e fazem parte da história do CBCE e do GTT AFS.

Dando continuidade à contribuição do GTT AFS ao debate das Práticas Corporais/Atividade Física (PCAF) na Saúde Pública brasileira, o objetivo desse estudo foi analisar as abordagens em Saúde Coletiva e Saúde Pública nos cursos de bacharelado em Educação Física (EF) de universidades públicas brasileiras.

Foram realizados dois levantamentos em setembro de 2019. O primeiro se refere aos cursos de Bacharelado em Educação Física, por meio do portal do e-MEC de Instituições Públicas de Ensino Superior, e o segundo levantamento realizou buscas em seus sítios, para verificar

as matrizes curriculares, os projetos pedagógicos de curso e as ementas das disciplinas relacionadas à saúde, quando disponíveis. Como critério para a realização das buscas pelas disciplinas foi utilizada a seguinte estratégia: I) as que tivessem o termo “saúde” no nome; II) as relacionadas às práticas corporais integrativas, alternativas ou holísticas; III) todas que tivessem “epidemiologia” no nome; IV) que contivessem, na ementa, questões relativas à Saúde Coletiva e/ou Saúde Pública; e V) os estágios que tivessem ementas relacionadas às práticas de saúde.

O critério de exclusão de disciplinas para a análise foi não ter ementas e bibliografias de referência disponibilizadas, pois entende-se que as duas informações são primordiais para a investigação dos conteúdos latentes.

A análise das abordagens das disciplinas curriculares foi pautada nos modos enunciativos, propostos por Andrade (2018), para evidenciar as disputas existentes no campo da Saúde Coletiva e Saúde Pública na formação em Educação Física. Foi realizada uma análise a partir da Arqueologia do Saber de Foucault (2014), utilizando as buscas das ementas das disciplinas recuperadas através do portal do e-MEC de Instituições Públicas de Ensino Superior e de seus sítios, bem como as análises das bibliografias a elas vinculadas, como ferramentas arqueológicas para as análises discursivas.

A perspectiva foucaultiana considera que a gênese dos saberes se estabelece nas relações de poder. Portanto, a análise apresentada neste capítulo foi realizada por meio da genealogia, considerando o saber como um dispositivo político que, por sua vez, é compreendido como prática, materialidade e acontecimento, articulado com a estrutura econômica. A genealogia foucaultiana considera ainda que os domínios do saber se dão a partir de práticas políticas disciplinares (FOUCAULT, 1987; 2002; 2008; 2005).

Andrade (2018) apontou três modos enunciativos na produção de importantes entidades científicas da Educação Física (Sociedade Brasileira de Atividade Física & Saúde - SBAFS e GTTAFS do CBCE) que legitimam as PCAF no SUS: I) PCAF e gerencialismo eficaz e discurso prescritivo na operacionalidade da prevenção; II) Corpo cultural: sob a marca da proposição da adesão e da implementação de PCAF no SUS; e III) Resistência ao exercício da governamentalidade neoliberal.

Cursos de bacharelado em Educação Física

Nesta sessão, serão apresentados alguns dados de maneira mais geral, incluindo aqui todas as Instituições de Ensino Superior (IES) até mesmo aquelas que não disponibilizaram ementa e/ou bibliografia. Essa escolha pretende construir inicialmente um panorama amplo da oferta de disciplinas nos cursos.

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Educação Física, Resolução n. 6, de 18 de dezembro de 2018³, orientam uma formação que instrumentalize os futuros profissionais para atuação no SUS. Entretanto, a formação para o SUS ainda é apontada por diversos estudos (SANTIAGO; PEDROSA; FERRAZ, 2016; PASQUIM, 2010; FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2012; CARVALHO; PRADO; ALONSO, 2013) como uma necessidade e uma meta a ser alcançada nos cursos da área da saúde, incluindo a Educação Física.

Nesse sentido, chama atenção o número significativo de institutos e universidades públicas com disciplinas que citam diretamente em suas ementas o Sistema Único de Saúde como campo e/ou objeto de estudo, a saber: UFG; UFMT; UFMA; UFPE; UFAL; UFPel; UENP; UFSC; IFSULDEMINAS; UEMG; UFJF; UFLA; UFVJM; UFMT; UFES; UERJ; USP; UNIFESP; e UFSCar. Nenhuma na região Norte do país.

Foram encontradas disciplinas relacionadas diretamente à saúde em todas as regiões do Brasil. Contudo, a quantidade de disciplinas em uma única instituição pode variar bastante. Nesse caso, mais disciplinas relacionadas à saúde representam a possibilidade de um eixo da saúde na formação. É o caso da UNIFESP com 32 disciplinas identificadas, da UFMA com 12, da UFRGS com 11, da UFTM com 11, da UFG com 10, da UFES com 10, da UFSM com 9 e da UFPE com 8. Algumas possuem apenas uma disciplina relacionada diretamente à saúde, como UEM, UFMG, UERJ, UFRJ, USP, Faculdades Integradas Regionais Avaré e Universidade Tecnológica Federal do Paraná.

A totalidade das disciplinas revela algumas disparidades e homogeneidades. Todavia, as teorias explicativas da saúde-doença que embasam as disciplinas não estão evidenciadas, por isso, é muito difícil falar em afiliações definitivas a teorias específicas. Porém, é possível perceber

3 Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/55877795 Acesso em: 30 maio 2020

coerências e sinalizações desses modelos, por exemplo, em “determinantes de saúde” ou “determinantes sociais de saúde” (UFES, UFMT, UFAL, UEM, UEPG e UFRN), em “saúde e ecologia” (UFAM), em “fatores de risco” (IFSULDEMINAS e UENP), entre outros.

A partir desse cenário inicial, apresentamos, na próxima sessão, a análise de 71 disciplinas selecionadas (ementa e bibliografia), sendo 3 na região Norte, 14 na Centro-Oeste, 11 na Nordeste, 37 na Sudeste e 6 na Sul. A análise utilizou como referência os modos enunciados, conforme abordado anteriormente.

PCAF e Gerencialismo eficaz: discurso prescritivo na operacionalidade da prevenção

Associamos a esse modo enunciativo as disciplinas que são alinhadas em uma lógica de “racionalidade gerencial” (MORAES, 2016) a partir de um quadro normativo em que se associam ao chamado estilo de vida ativo e à prescrição fundada na marca de um regime neoliberal, através do autogerenciamento do risco e operado por meio de um enfoque biomédico-epidemiológico. Este aborda principalmente a gestão e o bloqueio do risco para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) para diminuição dos gastos de saúde a partir de um corpo biomedicalizado. “No presente modo enunciativo, ficam de fora as discussões sobre contextos sociais e possibilidades de utilização mais livre ou menos normatizada dos corpos e dos movimentos” (ANDRADE, 2018, p. 115).

Para além do predomínio da abordagem biomédica-epidemiológica, algumas disciplinas de estágio, como é o caso da UFAM, UFMT, UEPB, UFAL, UFG, IFSULDEMINAS, UFJF, UFLA, UFMT, UFSC, parecem priorizar bibliografias que instrumentalizam para uma intervenção pragmática e voltada ao mercado. Isso leva a crer que estariam em consonância com os preceitos neoliberais, mesmo quando o campo de intervenção são as unidades básicas de saúde, como nos casos de UFSC, UFLA e UFJF.

Algumas disciplinas teóricas identificadas nesse modo enunciativo se destacam por contradições aparentes, mas com conteúdos latentes prescritivos e normativos. Nesse caso, as disciplinas citam conceitos relacionados ao pensamento social em saúde e anunciam conteúdos críti-

cos, mas listam primordialmente conteúdos prescritivos e normativos. É o caso de “Saúde Coletiva” (IFULDEMINAS), “Práticas Corporais” (UFG, UFAL), “Promoção da Saúde” (UFG, IFULDEMINAS e UEMG), “Políticas de Saúde” (UEPB), “Saúde Pública” (UFAL e UEMG), “Programas e Sistemas de Saúde” (UFMT), “Sociedade” (UFES) e “Ecologia” (UFAM).

Em outras disciplinas, referências críticas surgem no meio de uma avalanche de referências prescritivas e normativas. Nesse caso, não é possível saber como o docente mobiliza os conteúdos, mas referências isoladas não parecem contribuir com um olhar que contemple as diferentes dimensões da reprodução social da saúde.

É o caso da UFAL, que possui a disciplina “Atividade Física e Saúde Pública”. Essa disciplina apresenta em sua ementa e bibliografia associações com o campo da Saúde Coletiva mais ampliado e com as Ciências Humanas e Sociais, mas seus conteúdos e bibliografias têm maior associação com a prescrição e vigilância sanitária. Há na bibliografia apenas um livro de Saúde Coletiva, a saber: Tratado de saúde coletiva, de Campos *et al.*. Outra disciplina, nessa mesma instituição, que teria uma maior probabilidade de abordagem ampliada de saúde, mas que a ementa e a bibliografia a associam mais à prescrição de práticas corporais, ainda que alternativas, foi a “Metodologia das Práticas Corporais Integrativas”. Seus conteúdos e bibliografias parecem mais alinhados com as técnicas dessas práticas do que com o contexto do seu desenvolvimento. O único livro na abordagem mais ampliada foi Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção, de Wachs e Fraga.

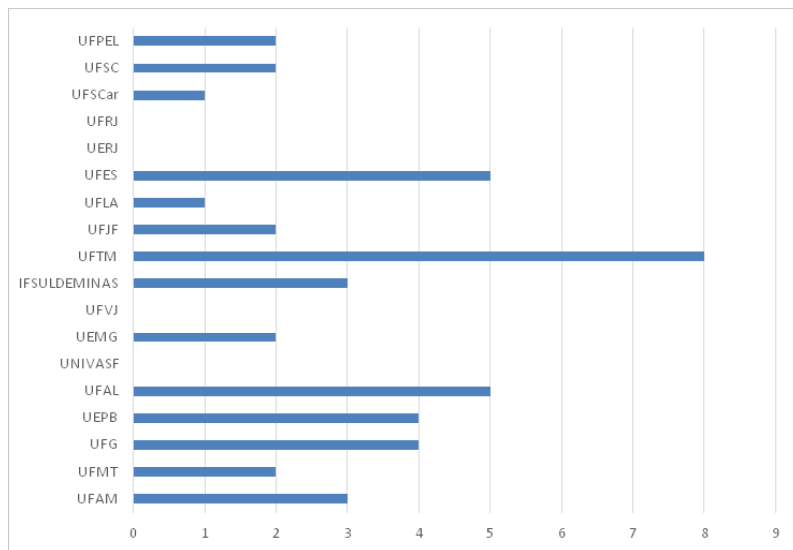
Na UFTM, apenas a disciplina “Planejamento e Avaliação de Serviços, Programas e Sistemas de Saúde” continha um livro que abordava o campo da Saúde Coletiva (Políticas e sistema de saúde no Brasil, de Giovanella *et al.*). Em “Saúde Pública e Promoção da Saúde” na UEMG, é possível encontrar em sua bibliografia o livro Tratado de saúde coletiva, de Campos *et al.*, mas é o único com essa perspectiva ampliada de saúde. Na matriz curricular da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), a disciplina “Qualidade de Vida e Atividade Física” traz em sua ementa conteúdos bem amplos que vão desde prescrição e tratamento de doenças, atividade física e promoção da saúde, até fundamentos de primeiros socorros. O único livro que aborda diretamente a promoção

da saúde é Saúde, promoção da saúde e Educação Física, de Farinatti e Ferreira.

Na UFMT, a disciplina “Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida” apresenta apenas um artigo do campo social, a saber: Qualidade de vida e saúde: um debate necessário, de Minayo, Hartz e Buss. Esse artigo trata a qualidade de vida de maneira ampliada, entretanto ele traz em seu bojo a discussão sobre maneiras de avaliar a qualidade de vida, talvez por isso esteja presente na disciplina. Tanto a ementa quanto a bibliografia levam ao foco da prescrição de exercícios para grupos específicos de pessoas, principalmente os idosos.

A Figura 1 apresenta a distribuição de disciplinas por IES nesse modo enunciativo. Ela favorece evidenciar que, em algumas IES, há uma concentração maior de disciplinas e que sinalizam para uma hegemonia da abordagem biomédica epidemiológica e que, por outro lado, existem algumas IES que não têm nenhuma.

Figura 1- Distribuição das disciplinas por IES no modo enunciativo 1



Corpo cultural: sob a marca da proposição da adesão e da implementação de PCAF no SUS

O segundo modo enunciativo é demarcado por uma relação com as Ciências Humanas e Sociais, que busca entender o corpo como um fenômeno cultural a partir de um contexto social, trazendo a “necessidade de adesão populacional (ainda que menos frequente e explícita) e de implementação de mais programas relacionados às PCAF” (ANDRADE, 2018, p. 160). O que revela, de certa forma, uma diferença em relação à lógica biomédica-epidemiológica (primeiro modo enunciativo) e a busca por um debate crítico da realidade social (terceiro modo enunciativo), contando, por sua vez, com possibilidades mais livres e menos normatizadas dos usos dos corpos e movimentos.

Esse modo enunciativo é significativamente menos frequente que o primeiro. Aqui é importante ressaltar que algumas IES que apresentaram disciplinas identificadas neste também apresentaram disciplinas dentro da lógica da prescrição, na abordagem biomédica-epidemiológica. Ademais, há disciplinas que trouxeram bibliografias antagônicas, identificadas com mais de um modo enunciativo, mas com menor quantidade de bibliografias relacionadas aos modelos prescritivos e normativos, o que pode estar associado a contrapontos problematizadores do conteúdo.

Dentro desse foco, podemos citar algumas disciplinas da UFG que trabalham em suas ementas com tecnologias leves, conforme Merhy (2002), e bibliografia em Saúde Coletiva, Educação, Documentos Governamentais Brasileiros e pesquisa social, são elas: “Práticas holísticas e saúde”; “Gestão e Políticas de Educação Física e Saúde”; “Educação Física, Saúde e Sociedade”; “Estágio Curricular Obrigatório II”; e “Práticas Corporais e Promoção da Saúde”. Na bibliografia dessas, além de clássicos da Saúde Coletiva (como os livros Tratado de saúde coletiva, de Campos *et al.* e Participação popular, educação e saúde: teoria e prática, de Valla e Stotz, por exemplo), estão presentes também bibliografias alinhadas ao segundo e terceiro modos enunciativos (Educação Física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção; A saúde em debate na Educação Física, de Bagrichevsky, Palma e Estevão; e O “mito” da atividade física e saúde, de Carvalho, por exemplo).

A disciplina do IFSULDEMINAS que se circunscreve nesse modo enunciativo foi “Gestão, Política, Esporte, Lazer e Saúde”. A sua

bibliografia tem o predomínio de autores críticos tanto da Educação Física quanto dos Direitos Sociais (Educação Física no Brasil: a história que não se conta, de Castellani Filho; Esporte e juventude pobre: políticas públicas de lazer na Vila Olímpica da Maré, de Melo, por exemplo).

A Universidade Federal do Vale do Jequitinhonha (UFVJ) tem uma disciplina intitulada “Políticas Públicas de Saúde”, que aborda as políticas de saúde e a atuação na atenção primária. A bibliografia tem livros de Saúde Coletiva (Tratado de saúde coletiva é um exemplo), artigos como A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS, de Malta *et al.*, Rede nacional de atividade física do Ministério da Saúde: resultados e estratégias avaliativas, de Knuth *et al.* e Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde, de Moretti *et al.* Possui ainda a dissertação de Fabiana Freitas, intitulada A Educação Física no serviço público de saúde. Nesse sentido, é possível inferir que trabalhe com a perspectiva crítica e que vá ao encontro da proposição de mais programas de atividade física.

“Políticas de Saúde” foi a única disciplina da UFTM identificada com elementos do segundo modo enunciativo. Sua ementa aborda o planejamento em saúde, e a bibliografia apresenta livros, como Tratado de saúde coletiva, documentos oficiais do Ministério da Saúde e o artigo Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde, de Moretti *et al.*, o que permite uma abordagem mais crítica e voltada para a proposição de mais programas de atividade física.

“Estágio Supervisionado em Educação Física e Saúde” é uma disciplina da UFES que tem uma abordagem bastante abrangente na ementa, mas a bibliografia traz autores como Ensaio Educação Física e esporte, de Della Fonte e Figueiredo e Educação do corpo e formação de professores: reflexões sobre a prática de ensino de Educação Física, de Vaz, Sayão e Pinto, que possuem um posicionamento mais crítico.

Na matriz curricular do curso da UERJ, foi possível localizar uma disciplina nos critérios de inclusão desse modo enunciativo: “Políticas Públicas de Saúde na Educação Física”. Em sua ementa, há destaques para promoção da saúde como ideário de políticas de saúde e para programas de promoção da atividade física. Saúde, promoção da saúde e Educação Física, de Farinatti e Ferreira e Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano, de Luz são

exemplos da bibliografia que corroboram a identificação dessa disciplina com o segundo modo enunciativo.

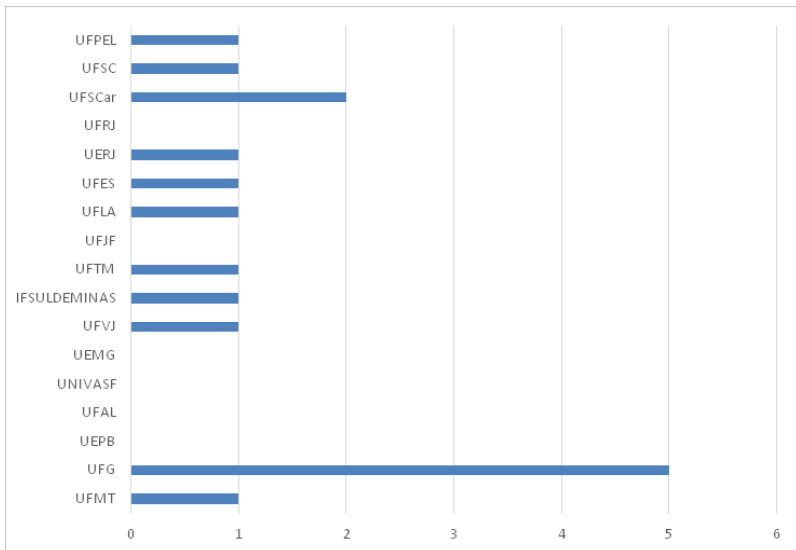
Embora “Noções de Saúde e Primeiros Socorros” da UFSCar anuncie um assunto mais instrumental, ela traz elementos mais críticos sobre políticas públicas e modelos de atenção à saúde. A sua bibliografia é composta por livros de políticas de saúde e documentos oficiais do Ministério da Saúde. Na mesma instituição, duas outras disciplinas também estão localizadas nesse modo enunciativo: “Práticas Corporais Alternativas” e “Educação Física na Atenção Primária à Saúde”. A primeira traz uma perspectiva ampliada para as práticas corporais, e a segunda analisa os serviços do território a qual pertence. A literatura que as fundamenta tem predominância da abordagem crítica, como a coleção de A saúde em debate na Educação Física, mas também do viés biomédico-epidemiológico em Epidemiologia da atividade física, de Florindo e Hallal.

A disciplina “Seminário de Aprofundamento em Atividade Física e Saúde” da UFSC aborda, entre seus conteúdos, SUS, Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), níveis de atenção à saúde e suas possibilidades de intervenção. Sua bibliografia básica inclui documentos oficiais do Ministério da Saúde, e a complementar artigos, mais críticos como Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde, de Campos e Domitti e Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade, de Ceccim e Feuerwerker. Dessa forma, contempla elementos que conciliam com esse modo enunciativo.

“SUS e Educação Física” na UFPEL apresenta, em sua ementa, questões relacionadas às políticas de saúde no Brasil e à possibilidade de intervenção do profissional de Educação Física. Na bibliografia, estão presentes documentos oficiais do Ministério da Saúde e livros que debatem a atenção à saúde (como Meta-análise da atenção básica à saúde-teoria e prática, de Hartz e Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro, de Souza).

A Figura 2 reúne o quantitativo de disciplinas por IES incluídas neste modo enunciativo.

Figura 2: Distribuição das disciplinas por IES no modo enunciativo 2



Resistência ao exercício da governamentalidade neoliberal

Esse modo enunciativo é marcado por “uma perspectiva crítica e de resistência ao exercício da governamentalidade neoliberal”. Ficam de fora aqui a “necessidade de adesão e implementação de mais programas de PCAF” (ANDRADE, 2018, p. 189).

As duas disciplinas da UFG que se alinham a esse modo enunciativo são “Introdução à Saúde Coletiva” e “Educação Física e Saúde”. Ambas trazem, em suas ementas, elementos críticos com uma bibliografia que respalda essa abordagem, como: Michael Foucault, Madel Luz, Maria Cecília Minayo, entre outros.

Na UEPB, apenas uma disciplina, entre seis que foram incluídas na análise, pode ser associada a esse modo enunciativo: “Antropologia e Sociologia da Saúde”. Nela, o corpo tem atribuição de significado biopsicossocial e cultural. Na bibliografia, são trazidos autores, como Le Breton, Foucault, Laplantine e Jodelet.

Na UNIVASF, a disciplina “Políticas de Saúde Pública” considera as vulnerabilidades e tematiza o controle social. Em sua bibliografia, constam Hannah Arendt, documentos oficiais e políticas sociais.

“História da Saúde e da Educação Física” e “Saúde Coletiva” são duas disciplinas oferecidas pela UEMG que apresentam elementos para um debate crítico ao analisarmos suas ementas e bibliografias. Políticas sociais de saúde, organização de recursos humanos para promoção, proteção e recuperação da saúde permitem serem debatidos com a bibliografia de Educação Física no Brasil: a história que não se conta, de Castellani Filho, Esporte e juventude pobre: políticas públicas de lazer na Vila Olímpica da Maré, de Melo, Tratado de saúde coletiva, de Campos *et al.*, O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano, de Merhy *et al.*, entre outros, dentro dessa mesma perspectiva.

“Saúde e Sociedade” é uma disciplina oferecida na UFTM que traz, em seu conteúdo, as Ciências Sociais na articulação do processo de saúde-doença no Município de Uberaba. Na bibliografia, predominam referências sobre Saúde Coletiva, a exemplo de Tratado de saúde coletiva, de Campos *et al.*

“Educação Física e Promoção da Saúde” e “Estado, Classes Sociais, Saúde e Educação Física” são disciplinas da UFES que estão circunscritas nesse modo enunciativo por terem uma abordagem crítica relacionadas às desigualdades sociais e sem uma marca com a proposição de mais programas de atividade física. Na bibliografia, constam livros de promoção da saúde e epidemiologia crítica (Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências, de Czeresnia e Freitas; Epidemiologia e determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, de Cesse, por exemplo).

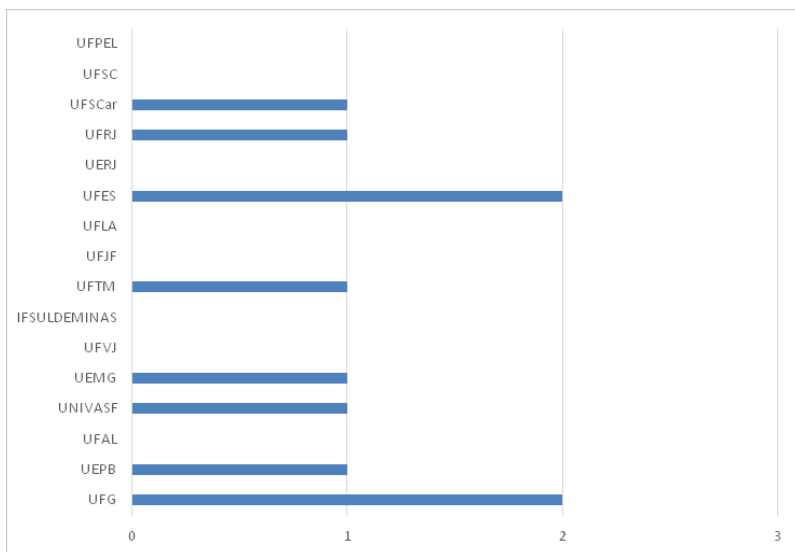
Há apenas uma disciplina no terceiro modo enunciativo na matriz curricular da UFRJ: “Educação Física e Saúde”. Sua ementa contempla o papel da Educação Física como corresponsável de atividade de promoção, manutenção e recuperação da saúde. A bibliografia tem quatro livros - Conversando sobre o corpo, de Bruhns, A arte da Mediação, de Lovisolo, O que é Educação Física?, de Oliveira e Conversas com quem gosta de ensinar, de Alves, que sustentam uma abordagem crítica e fora do foco de mais programas para a promoção de atividade física.

“Educação e Saúde” é uma disciplina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Sua ementa tem como foco a atuação da Educação Física como promotora da saúde. Na bibliografia, existem clássicos da Saúde Coletiva, a exemplo de Tratado de saúde coletiva, de Campos *et al.*, além de O “mito” da atividade física e saúde, de Carvalho e do

clássico artigo Educação Física, corpo e saúde: uma reflexão sobre outros “modos de olhar”, de Palma, que esteve entre os mais lidos da RBCE por bastante tempo.

A Figura 3 traz a representação da distribuição de disciplinas por IES nesse modo enunciativo.

Figura 3: Distribuição das disciplinas por IES no modo enunciativo 3



A análise dos modos enunciativos das 71 disciplinas selecionadas revela hegemonia e emergências (Quadro 1). Se é verdade que a hegemonia na formação em Educação Física segue tendo o enfoque biomédico-epidemiológico, também foi significativa a presença de conteúdos e abordagens diversas, aqui marcadas por modos enunciativos que revelam *corpo cultural* e *resistência ao exercício da governamentalidade neoliberal*. Cabe ressaltar que essas inferências estão relacionadas apenas às disciplinas que contemplaram os critérios de inclusão, logo, não foram analisadas todas as disciplinas dos cursos. Entretanto, o cenário apresentado fornece pistas bem relevantes para as abordagens realizadas.

Chama atenção que algumas ementas e bibliografias aparentam contemplar diferentes dimensões do fenômeno saúde-doença. Todavia, persiste o predomínio latente à perspectiva prescritiva e normativa. Essas ementas mobilizam frequentemente conceitos, como Promoção da

Saúde e Determinantes Sociais de Saúde, mas revelam apenas conexões isoladas e externas entre fatores aleatórios, que preservam a organização social.

Ressalta-se, ainda, que, dentro dessa supremacia do viés biomédico-epidemiológico, há um campo de disputas, visível principalmente em casos nos quais temos IES com predomínio do modo enunciativo 1, mas se fazem presentes com enunciados mais críticos referentes ao terceiro modo. Como pode ser visto no Quadro 1:

Quadro 1: Representação da distribuição das disciplinas por modos enunciativos e IES

Região	IES	Modo enunciativo 1	Modo enunciativo 2	Modo enunciativo 3	Total por IES
Norte	UFAM	3			3
Centro-Oeste	UFMT	2	1		3
	UFG	4	5	2	11
Nordeste	UEPB	4		1	5
	UFAL	5			5
	UNIVASF			1	1
Sudeste	UEMG	2		1	3
	UFVJ		1		1
	IFULDE-MINAS	3	1		4
	UFTM	8	1	1	10
	UFJF	2			2
	UFLA	1	1		2
	UFES	5	1	3	9
	UERJ		1		1
	UFRJ			1	1
	UFSCar	1	2	1	4
Sul	UFSC	2	1		3
	UFPEL	2	1		3
Total por modo enunciativo		44	16	11	71

Todo esse cenário retrata a necessidade de um olhar mais cuidadoso para organização dos currículos. É importante que não estejamos preocupados apenas na habilitação técnica-mercadorológica, mas em potencializar uma formação crítica-reflexiva que permita aos egressos serem profissionais que resistam à reprodução da governamentalidade neoliberal.

Andrade (2018) destaca que se torna necessário compreender

que a Ciência e seus métodos desvelam uma produção de narrativas e realidades criadas a partir de suas sínteses, sendo assim, a formação superior, de certa forma, direciona essas narrativas. Se essas apontarem apenas em uma direção, os estudantes terão dificuldades para fazerem escolhas dos caminhos que desejam trilhar, tendendo a optar pela hegemonia. A formação dialética favorece as possibilidades de escolhas.

Santos (2010, p. 60) considera que, para nos libertarmos das amarras de uma sociedade assombrada pelo colonialismo, patriarcado e capitalismo, é preciso utilizar ecologia dos saberes. O autor entende que essas amarras são baseadas em hierarquias concretas que “emergem do valor relativo de interações alternativas no mundo real. Entre os diferentes tipos de intervenção pode existir complementaridade ou contradição”, sendo constituídas por vários conhecimentos. “Deve dar-se preferência as formas de conhecimentos que garantam maior participação dos grupos sociais envolvidos na concepção, na execução, no controle e na fruição da intervenção”.

Veiga-Neto (2013, p. 51), ao analisar governamentalidades, neoliberalismo e educação, aponta que é necessário entender os constantes movimentos no mundo de construção e reconstrução, que passam pelos “modos de governar os outros e a si mesmo estão se modificando”. Esse cenário remete à necessidade de repensar teorias e práticas educacionais.

Essa forte associação com a prescrição, a normatização e as DCNT para o bloqueio do risco têm como foco um corpo biomedicalizado em uma relação medicamentosa da atividade física e saúde. Nesse cenário, há um predomínio de metodologias quantitativas (via epidemiologia clássica) que se vincula a lógica gerencialista eficaz.

Esta lógica é reforçada pelas recomendações de organismos internacionais (CDC, ACSM, OMS⁴) e coerente, por sua vez, com a racionalidade neoliberal, por meio de proposições apoiadas na liberdade de escolha, no individualismo e na felicidade vista como um dever (e que se torna demanda por tecnologias de melhoramento) (ANDRADE, 2018, p. 124).

Esse cenário fica evidenciado nas bibliografias das disciplinas

4 A OMS, no Plano de Ação Global para Prevenção e Controle das DCNT 2013-2020, destaca como meta de alcance do objetivo de reduzir os fatores de risco para DCNT, uma redução de 10% da prevalência de inatividade física (isso é entendido aqui como uma das apropriações do discurso biomédico-epidemiológico) e propõe que a prática da atividade física seja estimulada por meio de políticas públicas de saúde (WHO, 2013). Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-en.pdf?ua=1 Acesso em: 10 set. 2017.

vinculadas ao modo enunciativo 1, na medida em que são as frequentes referências aos livros do ACSM e outros que abordam as relações de maior risco para as DCNT e o sedentarismo.

A partir desse entendimento, a organização de currículos que majoritariamente está associadas a prescrição e normatização, terá sua capacidade de formação crítica-reflexiva limitada e, talvez, improvável.

Para finalizar, é importante ressaltar uma dificuldade encontrada para a realização dessa pesquisa. No portal do e-MEC, existem 82 cursos de Bacharelado em Educação Física, no entanto, apenas 18 disponibilizaram em seus sítios as ementas com as bibliografias (até setembro de 2019). Entendemos que essa é uma informação relevante para que os estudantes exerçam suas escolhas, além de ser importante para estudos que pretendam compreender a formação na Educação Física brasileira.

Referências

ANDRADE, R. V. V. de **Dossiê das Práticas corporais e atividades físicas no SUS: discursos nas produções científicas**. 2018. 256 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2018.

BAGRICHEVSKY, M. *et al.* **A saúde em debate na Educação Física**. Blumenal: Nova Letra, 2006. v. 2.

BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. (org.). **A saúde em debate na Educação Física**. Blumenau, SC: Edibes, 2003.

BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. (org.). **A saúde em debate na Educação Física**. Ilheus: Editus, 2007. v. 3.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Seção 1, n. 43, p. 38-42, 2008.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec,

2006, 2007, 2009.

CARVALHO, Y. M.; PRADO, A. R. do; ALONSO, A. T. Formação em Educação Física no Brasil: outros modos de pensar e intervir no serviço público de saúde. **Educación Física y Ciencia**, v. 15, n. 1, 2013. Disponível em: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/33651>. Acesso em: 28 set. 2020.

CASTELLANI FILHO, Lino. **Educação Física no Brasil: a história que não se conta**. 16. ed. Campinas: Papirus, 2009.

FOUCAULT, M. **A Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade: a vontade de saber**. 16. ed. São Paulo: Graal, 2005.

FOUCAULT, M. **Nascimento da Biopolítica**. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

FRAGA, A. B.; WACHS, F. (org.). **Educação Física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre, RS: Ed. da UFRGS, 2007.

FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M. de; GOMES, I. M. Políticas de formação em Educação Física e saúde coletiva. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 367-386, nov. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462012000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 jun. 2020.

FREITAS, F. F. **A Educação Física no serviço público de saúde**. 2003. 130 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Educação Física, São Paulo, 2003.

HARTZ, Z. **Meta-análise da atenção básica à saúde-teoria e prática**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. **Revista**

Latinoamericana de Salud, v. 2, p. 7-25, 1982. Disponível em: <https://www.amr.org.ar/amr/wp-content/uploads/2015/10/n19a061.pdf> Acesso em: 28 set. 2020.

LUZ, M.T.; BARROS, F.B. **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2012.

LUZ, Madel Therezinha. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 293-312, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 set. 2020.

MARINHO, I. P. **História geral da Educação Física**. São Paulo: Cia. Brasil, 1980.

MELO, M. P. **Esporte e juventude pobre: políticas públicas de lazer na Vila Olímpica da Maré**. Campinas: Autores Associados, 2005.

MELO, Victor Andrade de; PERES, Fabio de Faria. Relações entre ginástica e saúde no Rio de Janeiro do século XIX: reflexões a partir do caso do Colégio Abílio, 1872-1888. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1133-1151, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702016000401133&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 set. 2020.

MENDES, Maria Isabel Brandão de Souza *et al.* Em pauta a produção do Grupo de Trabalho Temático Atividade Física e Saúde do Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte (1997-2011). **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Porto Alegre, v. 39, n. 1, p. 17-23, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32892017000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 set. 2020.

MERHY, E. E. **A reestruturação produtiva na saúde, a produção do cuidado e a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: HUCITEC, 2002

MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORAES, D. R. de. **Entre Tiro, Porrada e Bomba**: esteroides anabolizantes androgênicos, gerencialismo arriscado e os discursos médicos moralizantes. 2016. 167 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – FUNDAÇÃO Oswaldo Cruz, Escola Nacional de saúde Pública, Rio de Janeiro, 2016.

PASQUIM, Heitor Martins. A saúde coletiva nos cursos de graduação em Educação Física. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 193-200, mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000100016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 jun. 2020

SANTIAGO, Maria Luci Esteves; PEDROSA, José Ivo Santos; FERAZ, Alex Soares Marreiros. A FORMAÇÃO EM SAÚDE À LUZ DO PROJETO PEDAGÓGICO E DAS DIRETRIZES CURRICULARES DA EDUCAÇÃO FÍSICA. **Movimento (ESEFID/UFRGS)**, Porto Alegre, p. 443-458, dez. 2015. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/57988>. Acesso em: 28 set. 2020.

SANTOS, B. Para além do pensamento abissal: as linhas globais a uma ecologia dos saberes. In: SANTOS, B. MENESES, M. P. (Orgs.) **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2010, p. 31-83.

SOARES, Carmen Lúcia. Do corpo, da Educação Física e das muitas histórias. **Movimento (ESEFID/UFRGS)**, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 125-147, dez. 2007. ISSN 1982-8918. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/2814>. Acesso em: 28 set. 2020.

VEIGA-NETO, A. Governamentalidades, neoliberalismo e educação. In: BRANCO, G. C.; VEIGA-NETO, A. **Foucault: filosofia & política**. Belo Horizonte: Autêntica, 2013. p. 37-52.

Inserção e possibilidades de atuação dos profissionais de Educação Física no Sistema Único de Saúde a partir da experiência do Programa Academia da Cidade de Recife – PE

Gledson da Silva Oliveira

Rodrigo Martins Teles

Ameliane da Conceição Reubens-Leonidio

Bárbara Amaral Bruno Silva

Neste capítulo, será feita uma abordagem acerca da atuação dos(as) profissionais/professores(as) de educação física (PEF) no âmbito da saúde pública com foco na sua atuação em programas e projetos de promoção da saúde que surgiram antes e após a instituição da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Foi realizada uma revisão da legislação e da literatura referente a essas políticas públicas que viabilizam a atuação do PEF no Sistema Único de Saúde (SUS), e ao contexto das Práticas Corporais e Atividades Físicas (PCAF) desenvolvidas. Com isto, procurou-se estabelecer uma relação da trajetória desses profissionais inseridos no SUS a partir dessas políticas e programas, sobretudo aqueles estabelecidos nas duas últimas décadas, e da sua influência sobre atual cenário das PCAF desenvolvidas nos diferentes níveis de complexidade do sistema.

Para tanto, foi analisada criticamente a atuação dos PEF na Atenção Primária à Saúde (APS), tanto nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB), como no Programa Academia da Saúde (PAS) e similares. Também se observou a inserção desses profissionais no âmbito da média complexidade, a partir dos exemplos trazidos pelas experiências de atuação dos PEF nos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) em Recife e em centros especializados de atenção à saúde. Ainda foi abordada a atuação dos PEF na alta complexidade enquanto integrantes das equipes

de saúde em hospitais. Por fim, trouxemos um breve relato da experiência dos PEF do Programa Academia da Cidade (PAC) em Recife-PE e das PCAF por eles ofertadas durante a situação de emergência de saúde provocada pela pandemia de Covid-19.

Breve resgate histórico sobre a atuação do Profissional/Professor de Educação Física na saúde

A história dessa atuação remete às mudanças nos estilos de vida, sobretudo das populações urbanas, no tocante à quantidade e qualidade das PCAF desenvolvidas antes e após a instituição do SUS (MONTEIRO *et al.*, 2020). A Constituição Federal de 1988 possibilitou, dentre outros avanços, o estabelecimento de políticas públicas em saúde que inverteram a concepção de saúde pública por parte da administração direta e levou os gestores brasileiros a se aproximarem do conceito de saúde defendido desde 1948 pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A cargo dessas perspectivas de saúde, não tão novas, foram criadas, em 2006, tanto a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) quanto a PNPS e, anteriores a essas, já surgiam projetos e programas municipais voltados a atender às necessidades populacionais de promoção e prevenção a riscos e agravos decorrentes, sobretudo das mudanças de hábitos comportamentais e alimentares após o processo de redemocratização do Estado brasileiro (DALLARI, 1988).

Desde a criação de Programas como o de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em 1991, do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 e, também, dos então chamados Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, e posteriormente, em 2011, do PAS, houve o fortalecimento da luta pela democratização do acesso à saúde.

Esses dispositivos de atenção à saúde promoveram a readequação das equipes de saúde na atenção primária e viabilizaram ações promotoras do cuidado integral à saúde dos indivíduos e dos territórios. Também acolheram um perfil diversificado de usuários desses espaços públicos destinados ao lazer, que outrora eram predominantemente ocupados por homens adultos jovens praticantes de desportos coletivos e exercícios de calistenia, por exemplo. Esses passam a ser procurados também por mulheres, crianças e pessoas idosas para o desenvolvimento cotidiano de práticas com fins de saúde e bem-estar, ainda mais, quando lhes foi ofertado o serviço de atenção à saúde com profissionais capazes de identificar,

orientar e encaminhar suas necessidades individuais e coletivas. Também são espaços influenciadores diretos da mudança de hábitos, relacionados às PCAF das comunidades adstritas (SIMÕES *et al.*, 2009).

Com isto, temos importantes avanços na definição do papel do PEF na saúde, no entanto, ainda se exige dessa categoria a construção de um conhecimento que consiga promover o crescimento dos saberes científicos pertinentes à práxis na Saúde Pública. A Educação Física na Saúde foi reconhecida pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 1998, ao considerá-la uma das profissões de nível superior que poderiam atuar no SUS. Finalmente esses profissionais foram incluídos na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) no ano 2013, ainda assim, de forma provisória e, apenas em 17 de fevereiro do ano de 2020, ficaram definidos a partir do novo CBO.

A definição dessa CBO seria um dos reconhecimentos e validação do trabalho desenvolvido pelos PEF e colabora inclusive com a formação em Educação Física, que, ainda no início da segunda década dos anos 2000, mesmo com o advento das políticas e programas nacionais, de acordo com Scabar, Pelicioni e Pelicioni (2012, p. 412), carecia de adequação para preparar melhor os futuros PEF para atuação nos campos de prática propostos por essas políticas públicas em saúde, quando afirma que “[...] a formação em educação física apresenta-se de forma distanciada da demanda imposta pelos serviços públicos de saúde”.

Destaca-se, sobre a atuação do PEF na saúde, o quão importante foi o movimento de vanguarda daqueles que já desenvolviam ações voltadas para saúde pública, antes mesmo de instituídas as políticas nacionais que hoje norteiam esse trabalho e que tiveram como inspiração experiências como: o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) em Vitória, ES, existente desde 1990, o Programa Academia da Cidade em Recife, PE, iniciado em 2002, e a Academia da Cidade em Aracajú, SE, atuante desde 2004 (CARVALHO; PINTO; KNUTH, 2020).

Alguns comentários sobre a Atenção Primária à Saúde

A APS possui como premissa o desenvolvimento das ações em saúde por meio de tecnologias leves ou leves-duras, e essas necessitam de “flexibilização” ao serem operadas dentro dos contextos, considerando as condições sociais, culturais, étnicas e econômicas que influen-

ciam no processo saúde-doença de cada indivíduo ou de um grupo populacional dentro do seu respectivo território, bem como cada um deles compreende a saúde e os mecanismos de cuidados para com ela (MERHY, 2007; MELO; VIANNA; PEREIRA, 2016).

Na APS, atua-se, sobretudo, com o trabalho ‘vivo’, que é aquele que acontece por meio das relações estabelecidas entre os sujeitos no desenvolvimento das ações de cuidados, porém, nos deparamos em situações nas quais o trabalho ‘morto’ se faz presente quando, por exemplo, o preenchimento das fichas de produtividade para prestação de contas das ações desenvolvidas remete à lógica da produção (MERHY, 2007).

É de suma importância a compreensão dos objetivos, dos princípios e diretrizes, dos atributos e da proposta de atuação da APS, assim como dos seus arranjos organizacionais dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e das tecnologias e ferramentas de trabalho utilizadas nesse nível de atenção, que são apresentados por meios de programas e políticas, por parte dos profissionais nela inseridos (OLIVEIRA; WACHS, 2018).

O NASF foi criado com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações das Equipes de Saúde da Família (eSF) e aumentar sua resolutividade, além de reforçar os processos de territorialização e regionalização na produção dos cuidados em Saúde na APS. Propõe-se que essas equipes multiprofissionais passem a complementar não só as eSF, mas também equipes de AB “tradicionais”, atualmente sendo denominado como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (BRASIL, 2017). Ele é composto por diversas categorias profissionais da saúde e áreas afins, a Educação Física (EF) é uma delas, sendo este um dos mais relevantes programas no que diz respeito à inserção do PEF no SUS. Em 2017, apontava-se que o PEF ocupava a quinta colocação no número de profissionais inseridos nas equipes NASF credenciadas no Brasil (SILVA, 2018).

Para que o NASF-AB possa alcançar os seus objetivos junto às equipes da APS, é proposto que a sua atuação seja pautada na lógica da tecnologia de gestão do cuidado denominada “apoio matricial” que apresenta uma forma de trabalho colaborativo com duas dimensões principais: a técnico-pedagógica e a clínico-assistencial, possibilitando assim um novo arranjo organizacional para a produção dos cuidados em Saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Esse “apoio” tem sua gênese no método Paideia proposto por

Campos (2000) e tem por finalidade a cogestão do cuidado por meio da democratização institucional, objetivando processos de trabalho construídos com análises críticas e com foco na qualidade. Campos, Chakour e Santos (1997) trazem os conceitos de *campo* e *núcleo* de saberes com o intuito de analisar as especialidades e propor estratégias de interação entre elas, onde os *núcleos* são referentes às práticas específicas de cada categoria e o *campo* é um local composto por vários saberes e núcleos profissionais, não pertencendo a uma categoria específica, contudo, caracterizado como um local das práticas profissionais na Saúde Coletiva, que se influenciam de forma dinâmica, mútua e mutável.

A compreensão desses conceitos é importante para subsidiar a organização das ações dos trabalhadores do NASF-AB. O equilíbrio e a interseção entre eles apresenta um potencial significativo no trabalho em equipe em conformidade com o Apoio Matricial (MELO; VIANNA; PEREIRA, 2016), visto que, quando analisamos a literatura, em especial sobre a Educação Física e o NASF-AB, incontestavelmente, nos deparamos com uma superioridade significativa dos trabalhos que privilegiam e buscam analisar e compreender as ações desses profissionais, relacionadas aos seus conhecimentos disciplinares.

As publicações sobre o NASF-AB elaboradas pelo Ministério da Saúde sugerem mecanismos para a implementação das equipes, seus princípios e diretrizes, atribuições, ferramentas metodológicas de atuação, organização de trabalho, dentre outros. Esses documentos têm o objetivo de contribuir com gestores e profissionais em uma prática que favoreça ações inter e transdisciplinares entre equipes multiprofissionais e, também, em atividades intersetoriais.

Aqui precisamos resgatar as duas dimensões de suporte da lógica de atuação do núcleo: a primeira é dimensão assistencial, que versa sobre o que chamamos de atendimento direto com o indivíduo ou a família, que deve e pode acontecer. Sobre ela, porém, é salientado não deve ser a exclusividade da atuação, talvez por implicar em alguns questionamentos, como a supervalorização das especialidades na Atenção Primária, uma maior utilização de tecnologias leve-duras e o predomínio de um modelo de atuação mais intervencionista, que venha, possivelmente, a propiciar uma fragmentação no cuidado. São pontos delicados e que necessitam de maiores discussões e, mais que isso, de reflexões rotineiras.

A segunda é a lógica técnico-pedagógica, que tanto está implicada

em ações de suporte para as equipes quanto nas atividades por elas desenvolvidas no território, bem como para com outros equipamentos nele presentes. Para essas competências, são sugeridas ferramentas tecnológicas de trabalho, como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST), a Clínica Ampliada, a Pactuação do Apoio etc. Para a utilização dessas metodologias, é de fundamental importância o conhecimento e a apropriação sobre os fundamentos de cada uma. E isso implica em uma formação profissional adequada, além de mecanismos de Educação Permanente e de Educação Continuada (MERHY, 2007; CAMPOS; DOMITTI, 2007; MELO; VIANNA; PEREIRA, 2016).

Possibilidades de atuação do(a) PEF no SUS: NASF AB

As possibilidades de atuação desses profissionais devem ser equilibradas entre os conhecimentos de *núcleo* e os de *campo*, pautadas na lógica do Apoio Matricial, utilizando ferramentas tecnológicas propostas para a realização desse suporte e sempre baseadas nas necessidades da comunidade. No eixo disciplinar, as PCAF devem ser alicerçadas, ressignificadas e fortalecidas como propõe a PNPS (BRASIL, 2014a).

É responsabilidade do PEF contemplar as diversas manifestações da cultura corporal presentes no território; identificar os locais potencialmente apropriados para as PCAF e de lazer e a presença de programas locais que ofereçam essas possibilidades; realizar atividades que estimulem o protagonismo dos sujeitos e as potencialidades do território, sendo a Educação Popular em Saúde um instrumento para essas questões. Além de reconhecer as redes de apoio e a própria rede de Atenção à Saúde; estimular e fortalecer o controle social e postura política nas construções de modos de vida salutar para toda a comunidade (BRASIL, 2010a; 2014a).

Também faz parte das possibilidades de ações a criação de espaços coletivos de discussões e planejamento, como as Interconsultas, as visitas domiciliares e o apoio às ações no território, além de uma postura profissional que seja norteadada pelo acolhimento, escuta, vínculo e atuação transdisciplinar (BRASIL, 2010b).

O PEF desenvolve atividades na perspectiva da promoção da saúde, da prevenção de doenças, da reabilitação e do tratamento, através de ações individuais ou coletivas com as equipes de referência e aquelas

de caráter intersetorial, por exemplo, com o setor Educação através do Programa Saúde na Escola (PSE). As intervenções específicas do PEF devem ser desenvolvidas por meio de avaliação, prescrição, orientação e supervisão de atividades e/ou de exercícios físicos, práticas corporais, além da utilização de jogos e brincadeiras, de atividades educativas e de aconselhamento etc (SILVA, 2016).

Todas essas ações devem ser elaboradas junto às equipes de referência, à comunidade e aos seus equipamentos sociais, priorizando a construção de espaços que favoreçam a integralidade do cuidado e possibilitem sentidos na realização das práticas corporais dentro de um contexto sociocultural (BRASIL, 2014a).

A ginástica e a caminhada são as duas modalidades mais apontadas na literatura como intervenções do PEF dos NASF-AB (RODRIGUES *et al.*, 2015; CARVALHO *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2017), tendo a Educação em Saúde ou “para” a Saúde também um destaque nos estudos (RAMOS, 2003; FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2010; VERDI; BUCHELE; SILVA, 2010). O que se percebe com isso é uma atuação ainda uma tanto que intervencionista e padronizada, que possa vir a reforçar o modelo biomédico em que, muitas vezes, a realização dessas atividades estaria implicada na perspectiva da prevenção ou do controle de doenças sem maiores significados para essas práticas, fortalecendo assim, a ideia de que a adoção ou não de PCAF por parte do indivíduo é uma questão quase que individualizada, sem considerar o contexto (NOGUEIRA; BOSI, 2017; COSTA, 2019).

Esses apontamentos não se tratam de uma crítica em seu fim, mas de um reconhecimento de fatos que objetivam propiciar reflexões sobre esses entraves e, com isso, vislumbrar atitudes que possam gerar mudanças. Cabe ressaltar que uma das diretrizes do NASF-AB destaca que “na elaboração conjunta de propostas de intervenção, quando diretamente na realização de ações clínicas ou coletivas, com os usuários quando se fizer necessário, de modo integrado e corresponsável” (BRASIL, 2014b, p. 22), o que permite compreender a necessidade de abordagens transdisciplinares e uma construção do cuidado de forma compartilhada e corresponsabilizada.

Quando comparamos as práticas realizadas pelos PEF que atuam nos NASF-AB disponíveis na literatura, percebemos um desequilíbrio entre as duas vertentes trazidas pela proposta do Apoio Matricial com

predomínio das ações clínico-assistenciais. É significativa a escassez das publicações referentes às atividades que demandam uma intervenção transdisciplinar, àquelas ações voltadas à vertente técnico-pedagógica, à utilização das tecnologias leves e às ferramentas tecnológicas de trabalho dos núcleos de apoio (OLIVEIRA; WACHS, 2018).

Outro detalhe importante é que as poucas pesquisas que se disponibilizam a avaliar o domínio e a utilização dessas tecnologias por parte dos PEF demonstram uma apropriação pouco significativa (FERREIRA *et al.*, 2016; PRADO; CARVALHO, 2016; CARVALHO *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2017). Autores apontam que esse fenômeno é produto de organização gerencial distante da que é proposta pelo programa e, principalmente, é devido a uma formação acadêmica ainda muito pautada em um prisma biologicista, com privilégio à prática uniprofissional e com um distanciamento entre as demandas da população, as necessidades do sistema de saúde e a formação curricular (SANTOS; BENEDITTI, 2012; SCABAR; PELICIONI; PELICIONI, 2012; RODRIGUES, 2013; MACEDO, 2015; COSTA, 2019).

Essas fragilidades na formação se evidenciaram com a inserção do PEF no SUS de um modo geral (FALCI; BELISARIO, 2013), em especial nos NASF-AB, por se tratar de um dispositivo com uma lógica de organização de trabalho ainda mais inovadora. Podemos destacar alguns pontos que possam ter contribuído para isso, como: a rigidez e burocracia na formação; a prioridade para o aspecto hospitalocêntrico, fragmentado e corporativo das especialidades; a formação ainda muito “esportivizada”; a ausência de conteúdos específicos sobre a atuação no sistema de saúde; o distanciamento do processo ensino-serviço-comunidade; e a ausência de metodologias inter e transdisciplinares (SOUZA; LOCH, 2011; RODRIGUES, 2013; COSTA, 2019). Destacamos essa última colocação como aquela que necessita de reflexões mais urgentes.

É preciso entender que os propósitos do NASF-AB, enquanto dispositivo inovador, serão certamente alcançados e reconhecidos quando os profissionais que nele estejam inseridos tiverem conhecimento, apropriação e manejo sobre suas ferramentas tecnológicas, alicerçando suas práticas em uma perspectiva inter e transdisciplinar ao equilibrarem suas ações entre os saberes de *núcleo* e de *campo*, bem como compreender as singularidades da APS.

Pensar o SUS como campo de atuação da Educação Física, aqui em destaque o NASF-AB, torna necessário refletir sobre uma formação acadêmica que inclua – nos seus propósitos formativo-pedagógicos – conceitos, princípios, diretrizes, metodologias e ferramentas de trabalho que são fundamentais para a práxis no campo da Saúde Coletiva, e que aproxime o ensino da realidade dos serviços de Saúde e da dinâmica das comunidades.

Programas Academia da Saúde e o Academia da Cidade

O PAS foi instituído em 2011 pelo Ministério da Saúde (MS) e veio para ampliar a universalidade do SUS com a criação e requalificação de espaços públicos destinados para as PCAF e atividades de educação em saúde. Além de serem, desde sua construção, espaços de trocas de saberes potentes às mudanças no modo de vida dos usuários do SUS e da comunidade adstrita. Nos municípios que têm NASF-AB, esses polos têm um potencial ainda maior de desenvolver atividades multidisciplinares e alcançar a integralidade (BRASIL, 2013).

Em um dos seus eixos, o PAS viabiliza o desenvolvimento de PCAF em espaços públicos com aulas de ginástica, danças, capoeira, lutas, orientação e supervisão de caminhada e corrida, eventos de lazer e celebrações de datas comemorativas locais e do calendário da saúde. Também promove o compartilhamento de saberes em saúde e fomenta espaços de participação social no SUS.

Ainda em seu processo de implantação, o PAS passou a ter o objetivo de: “[...] contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados” (BRASIL, 2013, p. 37), buscando dar ênfase ao fortalecimento dos vínculos do programa com a rede de atenção básica, com mudanças sutis no seu objetivo original.

Ao unir o conceito de promoção da saúde ao termo: “[...] produção de cuidado e de modos de vida saudáveis da população [...]” (BRASIL, 2013, p. 37), o programa amplia seu conceito de saúde dando mais ênfase à autonomia dos sujeitos. Mantendo seus objetivos de implantação, naqueles municípios habilitados, também conservou o termo infraestrutura. No entanto, de forma menos restritiva, possibilitou a

adequação e requalificação de espaços pré-existentes à própria criação do PAS, como aqueles programas que se enquadram na categoria de polos similares.

Ainda nesse objetivo, ao citar “[...] polos com infraestrutura e profissionais qualificados” (BRASIL, 2013, p. 37) reforçou os preceitos anteriormente citados, porém agora com a identificação frasal dos “polos”. Anteriormente, eram identificados como “equipamentos”, o que carrega em si um conceito estruturado de espaço qualificado, devidamente equipado e destinado não apenas ao PCAF, mas também, a diversas ações de saúde no território passíveis de condução e participação de outros profissionais de saúde que não apenas os PEF. Reduzindo, dessa forma, a ociosidade dos polos já construídos ou requalificados em municípios carentes de PEF, o que adequou melhor o PAS aos variados contextos do território nacional e aos objetivos da PNPS.

Especificamente no Programa Academia da Cidade (PAC), em Recife-PE surgiu a partir de um projeto de extensão universitária da Universidade de Pernambuco (UPE), chamado “Projeto Exercício e Saúde”, e passou a fazer parte das ações da gestão municipal da saúde em 2002. Foi criado com o objetivo de somar-se às demais estratégias de enfrentamento à morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis DCNT’s, diretamente relacionadas ao sedentarismo e aos maus hábitos alimentares da população recifense, que, assim como a brasileira, alterou seu quadro epidemiológico (CARMO *et al.*, 2003; CAZARIN, 2019).

Em Recife, o PAC tem hoje 42 polos, dos quais 21 são cadastrados como similares Programa Academia das Cidades (PACID)⁵ e ao PAS, e 17 outros polos são similares apenas ao PAS (PERNAMBUCO, 2019), estando distribuídos nos 8 distritos sanitários do município. Por ser uma política anterior ao PAS, o PAC guarda autonomia de atuação agregando, ao seu escopo, as diretrizes advindas do programa nacional. Dentre as peculiaridades do PAC, temos que, desde 2008, todo o seu corpo de profissionais é composto por PEF, ao contrário do que ocorre em polos do PAS, onde atuam outros profissionais de categorias diversas como enfermagem, administração e fisioterapia (PAIVA NETO *et al.*, 2019).

5 O PACID foi criado com base na experiência exitosa do município do Recife com o Programa Academia da Cidade (PAC), na perspectiva de implantar um programa semelhante em todos os municípios do estado de Pernambuco (PERNAMBUCO, 2019).

Esse detalhe torna o PAC Recife uma experiência peculiar para a categoria dos PEF por ser um programa de grande porte e historicamente gerido por PEF, isso amplia a atuação desses profissionais na saúde pública, levando-os a executar desde o planejamento até interação intra e intersetorial, bem como o matriciamento dos demais profissionais da rede de saúde, ao organizar, e, por vezes, executar os processos de educação permanente (SEMINÁRIO DE EXPERIÊNCIAS E INOVAÇÕES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2018). Também são co-gestores de ações em saúde junto às coordenações de políticas como o PSE, o Programa Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PMPICS) entre outras, e demais secretarias do município, como as de Cultura, de Direitos Humanos, e a de Esporte e Lazer. Também, por serem similares ao PACID, pelo menos metade dos seus polos têm interação regular com a Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE).

O planejamento das PCAF ofertadas por cada equipe de PEF é adequado às demandas provindas do território, e por ações acordadas com outros atores, e ainda, respeita a afinidade de cada profissional com as práticas as quais tem mais domínio. Isto lhes permite atuar em parceria com outros profissionais, estudantes e projetos que tenham objetivos comuns ao programa fazendo com que a oferta à população seja variada e passível de evolução de acordo com os arranjos desenvolvidos em cada território. Os mesmos PEF também são responsáveis pelo planejamento e execução dos protocolos de avaliação física, de fluxo na rede de saúde, tendo a APS como ordenadora, e no de atendimento às pessoas com DCNT's, esse último, criado pelo programa em parceria com a UPE.

No item a seguir abordaremos as possibilidades de atuação dos PEF na média complexidade do SUS tomando como exemplo projetos e parcerias realizadas pelo PAC em Recife-PE e analisando de que forma seu trabalho pôde contribuir na articulação entre os diferentes tipos de complexidade.

Média Complexidade

O escopo de ações do PAC vem se expandindo ao longo de sua história e, a partir dele, emanam experiências e projetos que ampliam seu campo convencional de prática na APS, em praças e parques da cidade, e passam a ocupar espaços dentro das unidades de média comple-

xidade no intuito de ser um elo entre esses níveis de cuidado. Esse lócus de produção de cuidado é composto por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2007).

Em Recife, o Projeto Bom Dia (PBD) funciona desde 2013 na unidade de referência municipal para tratamentos de pessoas com hipertensão, diabetes e glaucoma, o Centro Médico Ermírio de Moraes (CMEM). Atualmente são realizadas atividades com basicamente dois grupos etários, em dias intercalados: pessoas idosas; e crianças e adolescentes entre 08 e 14 anos e, semanalmente, com uma atividade intergeracional.

As atividades rotineiras da equipe de PEF vão desde o monitoramento da glicemia capilar dos diabéticos, monitoramento da pressão arterial de todos os participantes, antes, durante e após os treinos, até o planejamento e monitoramento do trabalho aeróbico em pista ou em ergômetros. Também desenvolvem atividades lúdicas como jogos e danças, além de importantes momentos de educação em saúde com metodologias participativas. O trabalho é multidisciplinar e reúne, além de PEF, uma fisioterapeuta cardiopulmonar e a equipe médica do CMEM (SILVA, 2015).

Ainda na média complexidade, desde a implementação do PAC, houve uma pactuação com a política municipal de Saúde Mental, marcando uma transição epistemológica do modelo de atenção, desembocando na necessidade de novas tessituras técnico-assistenciais e de transformações socioculturais dos significados da loucura. O objetivo dos PEF nos serviços de saúde mental é promover a integração social e familiar, através de atividades terapêuticas e projetos individuais, visando a autonomia e o exercício da cidadania dos usuários (CRUZ; ALBUQUERQUE; DAMASCENA, 2013).

Em seu núcleo, os PEF do PAC eram responsáveis pelo Grupo Movimento nos CAPS e Unidades de Acolhimento (UA), que tinha como principal ferramenta as PCAF. Leonidio (2015) identificou que esse grupo foi instituído sob a perspectiva terapêutica, tendo como práticas mais recorrentes as atividades esportivas, atividades de percepção corporal, ginástica, dança, jogos de salão e momentos de educação em

saúde. No entanto, muitas PCAF eram transportadas dos polos comunitários do PAC e de outros espaços de atuação dos PEF, o que aumentava a necessidade constante de ajustes epistemológicos e técnico-assistenciais para a realidade “desinstitucionalizante” da atenção à saúde mental.

Em 2018, houve uma saída dos PEF do PAC dos serviços de saúde mental. No entanto, esse campo de prática permanece ativo com o trabalho de PEF vinculados aos programas de residências multiprofissionais e outros profissionais cedidos pelo PAC, na ocasião do encerramento da parceria.

Vale ainda ressaltar que os constantes ataques à política de saúde mental no Brasil, como a ampliação do financiamento para hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas; redução do cadastramento de CAPS; restauração da centralidade do hospital psiquiátrico; recriação do hospital-dia associado ao hospital psiquiátrico e o ambulatório de especialidade, ambos sem referência territorial (DELGADO, 2019), põem em risco não só a permanência dos profissionais – incluem-se também os PEF – que atuam na Rede de Atenção Psicossocial, como também a própria política de saúde mental em vigor.

Alta Complexidade

Ao entrar em cenários menos convencionais, o PEF é desafiado a aumentar o seu repertório conceitual necessário para a prática no cotidiano, já que entrará em contato com conhecimentos e formas de cuidado praticado em equipe por outros núcleos profissionais, com grande tradição na saúde, como a medicina e enfermagem. Os hospitais estão dentre esses ambientes ainda pouco explorados pelos PEF.

O ambiente hospitalar dá assistência a média e alta complexidade em regime de internação, e envolve prioritariamente tratamento direto. Ainda é considerado um centro de excelência da prática médica e é também enxergado pela mídia e população como verdadeira expressão do sistema de saúde (BRAGA NETO *et al.*, 2008; DIAS; ANTUNES; ARANTES, *et al.*, 2014; CÉSAR, 2019).

No entanto, os avanços no cuidado em saúde, em especial as estratégias multiprofissionais, têm permitido promover a assistência de

forma integral, rompendo com os tradicionais modelos hospitalocêntricos e biomédicos. Ao longo do tempo, os hospitais passam a representar um espaço de atuação multiprofissional que contempla médicos e enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e PEF (DIAS; ANTUNES; ARANTES, 2014).

As ações multiprofissionais favorecem a inserção do PEF dentro do contexto hospitalar, em grande parte das vezes, realizando ações que visam o cuidado integral em saúde e pretendem superar o olhar biologicista e promover o enfoque nas ações do cuidar (ANJOS; DUARTE, 2009; FERIOTTI, 2009; DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015). Realizar acolhimento após encaminhamento de outros profissionais de saúde, avaliar, priorizando uma escuta qualificada, prescrever e monitorar as PCAF que fazem parte do tratamento com base na melhoria da qualidade de vida em todos os seus domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) são ações que permitem que os PEF transcendam a perspectiva meramente biologicista.

Embora exista o trabalho multiprofissional, ainda se percebe que há duas óticas: uma positiva, enquanto possibilidade do trabalho em equipe e consequentemente um melhor cuidado na assistência à saúde, e outra vista como um fator dificultador quando relacionado à hierarquização das profissões, fator este que busca ser superado realizando práticas que correlacionem as diversas profissões (DIAS; ANTUNES; ARANTES, 2014). A atuação do PEF em conjunto com outras profissões da área de saúde acarreta benefícios para os usuários/pacientes, já que os exercícios físicos, entre outras PCAF, são como uma extensão dos cuidados em diferentes espaços e contribuem para o plano de tratamento e recuperação desses indivíduos.

Na alta complexidade, as áreas de atuação contemplam toda e qualquer especialidade a qual se reconhece os benefícios do exercício físico, como: Oncologia, Pneumologia, Cardiologia, Obstetrícia, Endocrinologia, Traumatologia, Geriatria, Infectologia, Medicina do Trabalho, entre outras. As atividades desenvolvidas podem ser realizadas tanto dentro da área do hospital quanto em ambientes externos. Há alguns hospitais que dispõem de um espaço, no interior do mesmo, específico para a realização de exercícios físicos. Naqueles que não possuem esse local, as atividades podem acontecer nas áreas ambulatoriais e de internação, centros cirúrgicos, unidades de terapia semi-intensiva e unida-

des de reabilitação. Em alguns hospitais, os PEF podem atuar através de visitas domiciliares e de internação domiciliar e na rede assistencial de suporte em saúde, desde que realizadas pela equipe hospitalar.

Há ainda algumas instituições hospitalares que possuem a área de atenção em Cuidados Paliativos, que são aqueles cuidados ativos e totais promovidos por uma equipe de saúde multidisciplinar, com o intuito de melhorar a qualidade de vida da pessoa e dos seus familiares diante de uma doença que ameace a vida por meio da prevenção e alívio do sofrimento e da dor, da mesma forma que de outros problemas físicos, sociais, psicológicos (WHO, 2012). Contempla a oferta de cuidados relacionados às PCAF, junto a equipes multiprofissionais, a indivíduos com condições crônico-degenerativas potencialmente fatais e que estão em tratamento sem condições de modificação da doença. Os Cuidados Paliativos podem ser realizados tanto dentro dos hospitais quanto em intervenções extra hospitalares.

Dentro do espaço hospitalar é fundamental a humanização por parte de todos os profissionais, e isso tem sido fortemente preconizado no atual contexto de assistência à saúde. Esse processo visa responder aos princípios da integralidade e equidade, proporcionando dignidade aos indivíduos que necessitam dos serviços de saúde. Desde os anos 90, a humanização é trabalhada como política pública dentro dos hospitais e, atualmente, vem sendo direcionada para todos os níveis de atenção de saúde. O processo de humanização constitui-se como desafio para a Educação Física à medida que deixa de priorizar a dimensão física e biológica e passa a considerar o sujeito e a subjetividade (FORTES, 2004; CASATE; CORREA, 2005; DESLANDES, 2004; CARVALHO, 2006).

Embora seja importante, a inserção do PEF em um ambiente hospitalar é recente e pouco estudada. Os primeiros editais de concursos que ofereciam vaga para PEF na área hospitalar são do ano de 2006 na Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) tornou possível ampliar a inclusão dos PEF na área hospitalar. Cada Hospital Universitário (HU) administrado pela EBSEH tem particularidades, e, dessa maneira, em cada unidade que conta com o PEF, há uma atuação diferente. No Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), o PEF executa as suas atividades no Serviço de Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. Há ações de avaliação, monitoramento, prescrição de exercícios e

educação em saúde (palestras e orientações) para pacientes da área de Respiratória, Reumatologia, Doenças Infeciosas, Cirurgia geral, Endocrinologia e Saúde do trabalhador.

Alguns hospitais particulares também contam com atuação dos PEF, contudo, são poucas unidades que oferecem essa possibilidade e, quando a tem, está relacionada a clínicas particulares, e não a um serviço oferecido pela própria unidade hospitalar.

Apesar do reconhecimento, a ampliação da inserção ainda é necessária. É preciso divulgar atividades realizadas, publicar pesquisas e protocolos desenvolvidos. Os diálogos com as equipes multiprofissionais também precisam ser fortalecidos. Dessa maneira, a Educação Física no contexto hospitalar terá possibilidade de se solidificar enquanto área de atuação.

A experiência do Programa Academia da Cidade-Recife no contexto da Pandemia de Covid-19

Em março de 2020, ocorreu, por força da necessidade de distanciamento social devido a Pandemia de COVID-19, a suspensão das atividades de diversos serviços à população, dentre eles, as academias e espaços de PCAF, públicas e privadas, por tempo indeterminado.

Os PEF tanto do PAC, como do Programa de Esporte e Lazer na Cidade (PELC), reuniram-se, em caráter emergencial, para o planejamento e execução de um aplicativo, sugerido pela gestão, como uma das medidas tomadas para manutenção do serviço ofertado pelo município na promoção das PCAF. Com isso, foi elaborado o aplicativo para *smartphones* (APP) “Movimenta Recife”, dando início a uma série de atividades remotas planejadas pelos PEF atuantes nas academias públicas do Recife, com vista para adequação do seu processo de trabalho durante esse período. O desafio a ser encarado era o de manter a população fisicamente ativa apesar da necessidade de manter-se em casa (FERREIRA *et al.*, 2020).

Após a conclusão das gravações para o APP, profissionais do PAC se organizaram no planejamento e produção de vídeos e materiais, inicialmente com insumos próprios, e, mais tarde, com a aquisição de *tablets* e conexão à internet pela gestão do Programa, esse trabalho foi

potencializado. Com isso, foi também contemplada uma demanda de informatização dos polos, anterior a essa situação. Foram elaborados desde infográficos de rotinas de treinamento até transmissões ao vivo de PCAF, orientadas através do Facebook®, Instagram® e videoconferências em outras plataformas virtuais.

Os PEF passaram também a atuar no suporte logístico das campanhas de vacinação para Influenza H1n1, nas ações educação em saúde com orientações gerais sobre a Covid-19 e em informações específicas aos seus territórios de prática. Também deram suporte a outras iniciativas destacadas pelo *Comitê Municipal de Resposta Rápida nas ações do Plano de Contingência da Covid-19*, como apoio no atendimento remoto por contato telefônico a partir de casos identificados em outro APP, o “Atende Em Casa”⁶, e passaram a dar apoio administrativo e logístico em algumas unidades de saúde.

Em seguida, com a necessidade de adequação e otimização dos processos de trabalho, foi lançado e desenvolvido, a partir de Abril de 2020, com atenção às determinações do Plano municipal de contingência, o *Plano de Ação de Atividades Remotas do PAC durante a Pandemia de Covid-19*, que passou a orientar de forma mais específica os procedimentos e atividades do PAC e que objetivou dar um padrão de qualidade e identidade visual equânimes entre as atividades já desenvolvidas por esses profissionais nos espaços virtuais pré-existentes ligados direta ou indiretamente ao programa.

A capacidade de reação a essa emergência sanitária deu-se, sobretudo, devido à organização e expertise do PAC adquiridas ao longo dos seus 18 anos de história e à sua consolidação como uma das principais políticas estratégicas de promoção da saúde na cidade do Recife, O trabalho desempenhado pelos PEF na saúde ajudou a construir o reconhecimento de seu do papel no campo da Promoção da Saúde, sobretudo nos contextos urbanos.

Assim, a partir de sua consolidação como política pública de promoção da saúde, o PAC mostrou-se capaz de se adequar e se reinventar,

6 “Atende em casa” - Serviço proveniente da parceria entre a Prefeitura do Recife e o Governo do Estado de Pernambuco, foi criado durante a pandemia para garantir assistência virtual às pessoas com suspeita de Covid-19, evitando que elas se dirijam às unidades de saúde sem necessidade. Após triagem feita através de um questionário para avaliação inicial da gravidade de cada caso, o usuário recebe instruções para se cuidar em casa e ficar isolado ou buscar atendimento médico. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/noticias/22/06/2020/atende-em-casa-passa-disponibilizar-canal-direto-de-apoio-emocional-e-marcacao>

diante de uma crise sem precedentes. Com a autonomia e credibilidade a ele dispensada pela gestão municipal e população atendida, soube se colocar de forma eficiente e criativa, levando o nome e as portas do SUS a um patamar inovador.

Considerações finais

Conforme exposto neste capítulo, concluímos que a consolidação da atuação dos PEF na saúde, tais como a própria disseminação das PCAF e dos saberes em saúde trazidos por estes, dependem do fortalecimento de políticas públicas que garantam o fomento de projetos e programas capazes de integrá-los às demais práticas em saúde. Isto implica na abertura de diálogos com as demais categorias profissionais, na produção científica que legitima suas ações e também na criação de espaços e aquisição de equipamentos favoráveis às PCAF. Vimos também que o potencial de mobilização social desses profissionais pode contribuir sensivelmente no apoio às iniciativas de diversos atores da rede de saúde e da sociedade civil, apresentando-se com um elo forte entre os diferentes níveis de complexidade no SUS.

Referências

ANJOS, Tatiana Coletto dos; DUARTE, Ana Cláudia Garcia de Oliveira. A Educação Física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1127-1144, 2009.

BRAGA NETO, Francisco Campos *et al.* Atenção Hospitalar: Evolução Histórica e Tendências. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 665-704.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 24 ago. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2007. (Coleção Progestores: Para entender a gestão do SUS, v. 9).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. (Série B: Textos Básicos de Saúde; Cadernos HumanizaSUS, v. 1).

BRASIL. **Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em:<http://redehumanizasus.net/politica-nacional-de-humanizacao/>. Acesso em: 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 8 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 8 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 13 nov. 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 22 set. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; CHAKOUR, Maurício; SANTOS, Rogério de Carvalho. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, jan. 1997.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CARMO, Eduardo Hage; BARRETO, Maurício Lima; SILVA JÚNIOR, Jarbas Barbosa da. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 2, p. 63-75, jun. 2003.

CARVALHO, Anderson dos Santos; ABDALLA, Pedro Pugliesi; BUENO JÚNIOR, Carlos Roberto. Atuação do profissional de educação física no sistema único de saúde: revisão sistemática. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 3, p. 1-11, 2017.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de; PINTO, Thatiana de Jesus Pereira; KNUTH, Alan Goularte. Atividade Física e Prevenção de Câncer: Evidências, Reflexões e Apontamentos para o Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. 2, p. e-12886, jun. 2020.

CARVALHO, Yara Maria de. Saúde, sociedade e vida um olhar da educação física. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v.27, n.3, p.153-168, maio 2006.

CASATE, Juliana Cristina; CORREA, Adriana Katia. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.13, n.1, p.105-111, 2005.

CAZARIN, Gisele. **Avaliação da contribuição e da sustentabilidade do Programa Academia da Cidade no município do Recife, Pernambuco, Brasil**. 2019. 184 f. Tese (Doutorado em Saúde Internacional) – Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2019.

CÉSAR, Maurício da Silva. **Os desafios do trabalho do professor de educação física na oncologia pediátrica no âmbito hospitalar**. 2018. 46 f. Monografia (Residência Integrada Multiprofissional em Saúde) – Hospital das Clínicas, Porto Alegre, 2019.

COSTA, Felipe Ferreira da. Novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Educação Física: oportunidades de aproximações com o SUS? **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 24, Editorial, 06 set. 2019.

CRUZ, Danielle Alencar; ALBUQUERQUE, Geórgia; DAMASCENA, Wilson. **Programa Academia da Cidade do Recife: minimizando contrastes sociais**. 2013. Disponível em <http://dssbr.org/site/experiencias/programa-academia-da-cidade-do-recife-minimizando-contrastes-sociais/>. Acesso em: 24 ago. 2020.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Revista de Saúde de pública**, São Paulo, v.22, n. 1, p. 57-63, 1988.

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, Editorial, 2019.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DIAS, Larissa Alves; ANTUNES, Priscila de Castro; ARANTES, Victor Hugo de Paiva. Expectativas de atuação profissional de professores (as) de educação física em hospitais públicos brasileiros. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Florianópolis v. 36, n.2, supl. p. S75-S9, abr./jun. 2014.

DOMINGOS, Carolina Milena; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; CARVALHO, Brígida Gimenez. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1221-1232, dez. 2015.

FALCI, Denise Mourão; BELISARIO, Soraya Almeida. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 885-899, dez. 2013.

FERIOTTI, Maria de Lourdes. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. **Vínculo**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 179-190, dez. 2009.

FERREIRA, Maycon Junior *et al.* Vida Fisicamente Ativa como Medida

de Enfrentamento ao COVID-19. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 114, n. 4, Editorial, abr. 2020.

FERREIRA, Talitha *et al.* A inserção do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: visão dos profissionais. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.21, n. 3, p. 228-236, maio/jun. 2016.

FIGUEIREDO, Maria Fernanda Santos; RODRIGUES NETO, João Felício; LEITE, Maísa Tavares de Souza. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 117-21, jan./fev. 2010.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 30-35, 2004.

LEONIDIO, Ameliane da Conceição Reubens. **Educação física no território da saúde mental: entre sentidos, percepções e motivações**. 2015. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

MACEDO, Lyvia Rostoldo. A inserção do profissional de educação física no sistema único de saúde (sus) e suas relações multiprofissionais. In: CONBRACE, 19.; CONICE, 6., 2015, Vitória/ES. **Anais...** Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2015.

MELO, Eduardo Alves; VIANNA, Eliane Chaves; PEREIRA, Luciana Alves (org.). **Caderno do Curso Apoio Matricial na Atenção Básica com Ênfase nos Nasf: aperfeiçoamento**. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: EAD/ENSP/FIOCRUZ, 2016.

MELLO, Rosângela Aparecida. **A necessidade histórica da Educação Física na escola: a emancipação humana como finalidade**. 2009. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MONTEIRO, Luciana Zaranza *et al.* Hábitos alimentares, atividade física e comportamento sedentário entre escolares brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015. **Revista Brasileira de**

Epidemiologia, Rio de Janeiro, v. 23, 18 mai. 2020.

NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devidé; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Saúde Coletiva e Educação Física: distanciamentos e interfaces. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1913-1922, jun. 2017.

OLIVEIRA, Bráulio Nogueira; WACHS, Felipe. Educação física, atenção primária à saúde e organização do trabalho com apoio matricial. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Porto Alegre, v. 41, n. 2, p. 183-189, jun. 2019.

PAIVA NETO, Francisco Timbó de *et al.* Barriers to implementation of academia da saúde program in Santa Catarina. **Journal of Physical Education**, Maringá, v. 30, 2019.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. **Curso de aperfeiçoamento em ações estratégicas para profissionais dos programas academia das cidades e academia da saúde de Pernambuco**. Recife: Escola de Governo de Saúde Pública, 2019.

PRADO, Alessandro Rovigatti; CARVALHO, Yara Maria de. Formação em Educação Física: experiências de integração ensino-serviço na atenção básica em saúde. **Movimento**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 635-646, abr./jun. 2016.

RAMOS, Flávia Regina Souza. Acerca de diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: /um início de reflexão - comentários ao texto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 340-342, 2003.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Academia da Cidade**. Nota técnica, 2009.

RECIFE. Decreto nº 33.513, de 16 de março de 2020. Dispõe sobre medidas temporárias preventivas a serem adotadas no âmbito da administração pública municipal para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do novo coronavírus (covid-19). **Diário Oficial Municipal**. Recife, PE, Edição 29, 16 mar. 2020.

RECIFE. Decreto nº 33.522, de 17 de março de 2020. Dispõe sobre restrições ao funcionamento de equipamentos públicos, sobre suspensão temporária da comprovação anual de vida disciplinada pelo Decreto nº 32.091, de 21 de janeiro de 2019, e sobre recomendações restritivas à iniciativa privada no curso da situação de emergência declarada pelo

Decreto nº 33.511, de 15 de março de 2020. **Diário Oficial Municipal**. Recife, PE, Edição Extra, n. 4, 17 mar. 2020.

RECIFE. Portaria nº, de 02 de abril de 2020. Dispõe sobre o exercício das funções dos servidores da Secretaria municipal de saúde. **Diário Oficial Municipal**. Recife, PE, n.37, 04 abr. 2020.

RODRIGUES, José Damião *et al.* Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 18, n. 1, p.5-15, jan. 2013.

RODRIGUES, José Damião *et al.* Perfil e atuação do profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na região metropolitana de João Pessoa, PB. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 20, n. 4, p. 352-365, 2015.

SANTOS, Sueyla Ferreira da Silva dos; BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 17, n. 3, p. 188-194. jun. 2012.

SANTOS, Sueyla Ferreira da Silva dos *et al.* Apoio Matricial e a atuação do Profissional de Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 22, n. 1, p. 54-65, jan./fev. 2017.

SCABAR, Thaís Guerreiro; PELICIONI, Andrea Focesi; PELICIONI Maria Cecília Focesi. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Journal of the Health Sciences Institute**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 411-418, 2012.

SEMINÁRIO DE EXPERIÊNCIAS E INOVAÇÕES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 1., 2018, Recife. **Experiências finalistas**. 1. ed. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2018.

SILVA, Marília Santana da. **Trajetória assistencial de um evento sentinela: avaliação da atenção integral ao usuário diabético no SUS a partir da Retinopatia Diabética Grave**, 2015. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

SILVA, Paulo Sérgio Cardoso. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: aspectos legais, conceitos e possibilidades para a atuação dos Profissionais de Educação Física.** Palhoça: Unisul, 2016.

SILVA, Paulo Sérgio Cardoso. Physical Education Professionals in the Unified Health System: an analysis of the brazilian registry of health institutions between 2013 and 2017. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 23, p. 1-8, 23 maio 2018.

SIMÕES, Eduardo José *et al.* Effects of a community-based, professionally supervised intervention on physical activity levels among residents of Recife, Brazil. **American journal of public health**, v. 99, n. 1, p.68-75, 2009.

SOUZA, Silvana Cardoso de; LOCH, Mathias Roberto. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 16, n. 1, 5-10, jan./mar. 2011.

VERDI, Marta; BUCHELE, Fátima; SILVA, Heitor Tognoli. **Especialização em Saúde da Família: Modalidade a Distância. Educação em saúde [Recurso eletrônico]**. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer control: knowledge into action: WHO Guide for Effective Programmes: Palliative Care** [online], 2012.

**O tema da saúde em cursos de licenciatura
em Educação Física de universidades federais
brasileiras:
entre conservação e ampliação**

Cristiano Mezzaroba

João Paulo Oliveira

Priscilla de Cesaro Antunes

Ueberson Ribeiro Almeida

Victor José Machado de Oliveira

Este capítulo analisa e discute o conteúdo de ementas de disciplinas vinculadas ao tema da saúde nos Cursos de Licenciatura em Educação Física (EF) de universidades federais brasileiras. Nosso objetivo foi o de compreender as ênfases acerca do debate do tema da saúde na formação de professores de EF para atuação nas escolas.

Refletimos sobre como a formação em licenciatura em EF está preparando os docentes para lidar com a complexidade e reordenação que o conceito de saúde vem tomando nas últimas quatro décadas, desde as críticas feitas pelo Movimento Renovador da EF na década de 1980 e a aproximação dessa área com a Saúde Coletiva nos anos 1990⁷.

O estudo em tela pode auxiliar a entender como os Cursos de Licenciatura em EF – a partir da reforma curricular promovida pela Resolução CNE/CP 01/2002, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica – vêm realizando e propondo a formação em saúde nos seus currículos diante do debate acerca da ampliação do conceito de saúde (MATTA, 2007), bem como em relação a especificidade pedagógica exigida pelo contexto escolar.

7 Produções pioneiras como as de Aguinaldo Gonçalves (1988; 1997) e de Yara Carvalho (1994) demarcam discussões ampliadas sobre saúde na Educação Física, sendo que a relação entre Educação Física e Saúde Coletiva se intensifica nos anos 2000.

É importante lembrarmos que a vinculação histórica da EF com a saúde na Modernidade foi construída e sustentada sob os pilares do conceito de saúde do ponto de vista biológico da Medicina convencional positivista, portanto, como prevenção e ausência de doenças, firmado como índice de “integridade” biológica do funcionamento orgânico e das frequências estatísticas de normalidade das populações (BRACHT, 2013; 2019). No que diz respeito ao conceito de saúde, será sob a fórmula “atividade física é saúde” que a EF sustentará sua legitimidade social e pedagógica⁸ no currículo escolar.

Sob forte influência do pensamento médico-higienista europeu dos séculos XVIII e XIX, o qual compôs o projeto liberal burguês de educação, a EF, principalmente por meio da ginástica, atuava na educação/formação de corpos produtivos, resistentes, dóceis, tidos como saudáveis, que interessavam ao desenvolvimento urbano e industrial naquela sociedade (BRACHT, 2001). Assim, a promoção da saúde estava vinculada ao entendimento de que o *stress* produzido durante o movimento corporal (leia-se no exercício físico) era elemento essencial para a produção de sujeitos resistentes às moléstias e, portanto, saudáveis e com a aptidão física e moral necessária para viver em uma sociedade que estava em intensa expansão industrial capitalista e que almejava, dentre outras questões, a educação de gerações fortes corporalmente e preparadas para o mundo do trabalho (ALMEIDA; OLIVEIRA; BRACHT, 2016).

O conceito de saúde como ausência de doenças e integridade biológica, ao menos no Brasil, desde a década de 1970 via Reforma Sanitária Brasileira, vem sofrendo inúmeras críticas. Ou seja, aquele conceito de saúde que foi a grande base sustentadora da EF na escola da Modernidade (por meio da atividade física) encontra-se desgastado diante do

8 Embora a EF seja um componente curricular legal e obrigatório na LDB 9394/1996, estudos da área acadêmica mostram que essa disciplina apresenta dificuldades em afirmar/legitimar sua importância pedagógica no currículo da escola da sociedade democrática. Apêndice de outras disciplinas escolares, função de “movimentar e cansar os estudantes” para desestressá-los da sala de aula, redução do número de aulas de EF em detrimento do aumento de disciplinas consideradas mais “cognitivas”, dentre outros, são indicadores que mostram que a EF escolar, embora Legal, ainda busca a construção de sua legitimidade pedagógica como um componente curricular da escola, imprescindível à formação humana via tematização e experimentação das práticas corporais (BRACHT, 2019). Referimo-nos à legitimidade pedagógica da EF no que diz respeito a uma defesa de que a saúde seja tratada como um importante elemento pedagógico pelo componente curricular, não em sentido profilático e curativo (BRACHT, 2013). Ou seja, é preciso ir além dos discursos do “fazer pelo fazer” que envolve movimento corporal e que impacta na saúde dos participantes, em favor da problematização do tema e da educação em saúde.

reordenamento do conceito de saúde e da admissão de que não é possível estabelecer uma relação direta de causa-efeito entre atividade física e saúde, uma vez que tal relação, em determinadas condições, pode promover saúde, mas também ser fator prevalente para adoecimento, lesões e mortes (PALMA, 2009).

Diante da necessidade imposta à EF de se pensar na relação com a saúde – o que a área já vem discutindo, ao menos, desde os anos 1980 – torna-se importante compreendermos como tal debate da saúde tem se traduzido em políticas curriculares (currículos) de formação dos professores que atuarão nas escolas. Compreender como a saúde tem sido abordada nos cursos de licenciatura em EF poderá nos indicar também algum caminho no sentido de construirmos uma legitimidade pedagógica para a área que seja mais coerente com as demandas atuais e com a função social da escola na sociedade democrática.

Metodologia

Para acessar os cursos EF e as ementas das suas disciplinas de saúde, realizamos um levantamento documental em Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) de licenciaturas em EF de universidades federais brasileiras. O levantamento das ementas foi realizado em abril de 2019 por meio do mecanismo de busca das Instituições de Ensino Superior (IES) da base de dados e-MEC⁹

No site da base de dados, utilizamos a ferramenta “consulta avançada” e escolhemos as opções contempladas pelos seguintes critérios: a) grau: licenciatura; b) modalidade: presencial; c) situação: em atividade; d) instituição: pública (gratuita). Com a aplicação dos critérios, foi gerado um relatório com o total de 59 registros que correspondiam a IES e seus campi (havia IES duplicadas no relatório, pois em mais de um campus se oferta o curso de licenciatura).

Com essas informações, procedemos a busca manual nos *sites* dessas IES à procura dos seus PPCs e, na sequência, pelas disciplinas que apresentassem, em seu título e/ou ementa o termo “saúde”. Com esses critérios, excluímos três IES por não encontrarmos informações sobre seus PPCs no *site*. Por questões éticas, manteremos tanto as IES quanto os Cursos investigados em anonimato.

⁹ Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/> Acesso em: 20 abril 2019.

O segundo passo foi selecionar as disciplinas que apresentavam ementas que somariam o corpus das análises para o presente estudo. Nessa fase foram excluídas 26 IES devido aos seguintes critérios: a) não apresentaram as ementas das disciplinas, ou b) apresentaram uma ementa que não condizia com o debate da saúde (por exemplo, disciplinas correlatas apenas às medidas e avaliação ou ao treinamento de escolares).

No final, obtivemos 30 IES e seus campi espalhadas pelas cinco regiões brasileiras, das quais somaram 51 disciplinas, sendo 27 obrigatórias, 19 optativas e 5 não definidas (sem informações, se obrigatórias ou optativas).

Com posse dos dados das 51 ementas, nos reunimos virtualmente via aplicativo *Skype* e decidimos fazer uma leitura exploratória e “flutuante” (BARDIN, 2011) do material no intuito de elaborar, a partir dos dados, questões e categorias possíveis. Um segundo encontro entre os pesquisadores, via *Skype*, nos permitiu discutir sobre o material empírico e elaborar as seguintes “questões-guias” da categorização dos dados: (a) aspectos mais relacionados à saúde pública ou à perspectiva da saúde coletiva; (b) explicitação quanto a um trato mais conservador ou mais progressista em relação à abordagem da saúde na EF; (c) possibilidades em relação ao SUS; (d) o trato da saúde e suas relações com a EF escolar; (e) orientação dada pela disciplina e ementa quanto à dimensão da saúde na formação em EF relativa à prevenção, terapêutica, promoção etc.

Orientados pelas “questões-guias”, elaboramos uma tabela na qual mapeamos as ementas, extraímos seus conteúdos e os alocamos de acordo com cada questão orientadora. O mapeamento das ementas gerou um relatório de aproximadamente 40 páginas. A categorização do material empírico nos possibilitou perceber que tínhamos que fazer escolhas (dado a amplitude do material) no sentido de eleger as categorias mais adequadas e convergentes com o objetivo do capítulo: identificar e analisar as ênfases dadas à saúde na licenciatura em EF. Nesse sentido, nos encontramos mais uma vez via *Skype*, discutimos e optamos por organizar o conjunto de dados em duas amplas categorias:

- (1) **Abordagem da saúde nas ementas:** caráter conservador ou progressista de saúde das ementas, suas relações com a abordagem da aptidão física, da Saúde Coletiva, bem como as diversas dimensões que envolvem a saúde (prevenção, terapêutica, promoção etc.);

(2) **Lócus de atuação:** relações entre o que prescreve a ementa no que diz respeito à saúde e o lócus/espço de atuação do licenciado em EF, seja a escola e/ou o SUS, os quais se mostram como campos de atuação que, embora devam relacionar-se, exigem diferentes intencionalidades dos professores de EF.

A seguir, passamos a apresentar as análises provenientes das ementas das disciplinas acessadas.

Abordagem da saúde nas ementas

Em primeiro lugar, buscamos compreender se as ementas expressam um trato “conservador” ou “progressista” em relação à abordagem da saúde. Consideramos “tendência conservadora” os enunciados que “conservam” como premissa a perspectiva da aptidão física e do modelo biomédico-epidemiológico como parâmetro para o trato da atividade física e da saúde no campo da EF.

Consideramos “tendência progressista” os enunciados vinculados aos fundamentos críticos elaborados pelo Movimento Renovador. Esse movimento, plural e multifacetado, com base nas Ciências Sociais e Humanas, colocou em questão o modelo biomédico de saúde como aptidão física e de corpo como máquina e mero objeto da razão científica positivista (BRACHT, 2007).

Também consideramos fazer parte de um trato progressista da saúde na EF os fundamentos que expressam sua relação com o campo da Saúde Coletiva, principalmente, em seus núcleos de saberes vinculados à Epidemiologia Social, Ciências Humanas e Sociais e Política, Planejamento e Gestão. Esses núcleos, em diálogo com a teoria crítica, estabeleceram uma ruptura epistemológica em relação à epidemiologia hegemônica de caráter quantitativo, estatístico e biomédico, o que possibilitou repensar tanto o método e a produção de saberes quanto as práticas em saúde, não apenas mensurando, mas contextualizando socialmente o processo saúde-doença (NOGUEIRA; BOSI, 2017).

Na análise das 51 ementas, vimos que, embora a “tendência conservadora” (31%) apresente substancial presença nos cursos, parece que uma “tendência mais progressista” de saúde vem “disputando o campo”

(BOURDIEU, 2004) e ganhando espaço na formação de professores de EF nas IES investigadas (Quadro 1).

Quadro 1 – Tendências conservadora ou progressista de saúde nas ementas

Disciplinas com tendência conservadora ou progressista de saúde			
Nº de disciplinas	Tendência conservadora	Tendência progressista	Tendência indefinida ¹⁰
51 (100%)	16 (31,4%)	24 (47%)	11 (21,6%)

Fonte: os autores.

Tendência conservadora de saúde

Nas disciplinas classificadas a partir de uma tendência “conservadora”, encontramos enunciados nas ementas referentes a três eixos principais de discussão: 1) Higiene; 2) Epidemiologia; 3) Atividade física como aptidão física e profilaxia.

No **eixo Higiene**, a saúde se expressa nas ementas por termos/temas como: “Higiene Individual”; “Higiene Mental: Estresse”; “Higiene das instalações esportivas”; “Higiene das aulas de EF”; “Efeitos climatológicos sobre o exercício físico”. São abordadas noções de higiene referentes a cuidados corporais, alimentares e de vestuário relacionados à prática de exercícios, bem como saneamento de locais para a prática de EF. Houve menção aos temas de primeiros socorros, urgência e emergência, acidentes nas aulas de EF, assistência a lesões e agravos decorrentes da prática de exercícios e medidas preventivas.

O **eixo Epidemiologia** contém as seguintes expressões e temas: “Epidemiologia aplicada à EF”; “Aspectos epidemiológicos”; “O método da estimativa”; “Estudo da prevalência”; “Fundamentos da medicina preventiva”. São ementas que incorporam conhecimentos relacionados à epidemiologia da atividade física, noções básicas, medidas e índices, principalmente, perfis de morbimortalidade e doenças, para aplicabilidade na escola ou na saúde pública.

10 Nomeamos de ‘tendência indefinida’ aquelas ementas que apresentam um ecletismo de conceitos e temas de saúde relacionados às tendências conservadora e/ou progressista, impossibilitando, portanto, defini-la como uma ou outra. Outro critério que orientou tal classificação foi o fato de as ementas desse grupo de disciplinas não apresentarem conteúdo suficiente que nos permitisse afirmar qualquer tendência de saúde.

O **eixo Atividade física como aptidão física e profilaxia**, comporta os termos e expressões: “Atividade física para aptidão física”; “Papel da atividade física na prevenção de doenças”; “Prescrição de exercício para grupos de risco com fins preventivos e terapêuticos”; “Processos biofisiológicos envolvidos na morbimortalidade das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)”; “Aspectos morfológicos, fisiológicos, funcionais e comportamentais”; “Saúde dos diversos aparelhos e sistemas”. As ementas desse eixo abordam a saúde como efeito direto da exercitação corporal numa relação de causalidade linear com a prevenção/tratamento de doenças e com as alterações de parâmetros biofisiológicos e comportamentais.

Vemos nesse conjunto de ementas que compõe os três eixos supracitados a presença de resquícios do higienismo, propalado fortemente na EF em sua gênese, bem como saberes que reforçam o olhar biomédico e quantitativo, também tradicionalmente constituinte da EF. Nessa perspectiva conservadora biomédica, a EF escolar é compreendida como disciplina que tem a função de abordar a saúde como objeto de estudo da fisiologia e epidemiologia e não como questão pedagógica (BRACHT, 2013). Sobretudo, tomar a saúde como mera dimensão biológica, além de reducionismo, é também um grande equívoco no modo de compreender a própria biologia e fisiologia.

Georges Canguilhem, em sua obra clássica “O normal e o patológico”, destaca a indissociabilidade entre regras fisiológicas (orgânicas) e normas sociais. Ou seja, para Canguilhem (2006), o que é considerado normal ou saudável depende de uma avaliação social, e não apenas de parâmetros biológicos e médias estatísticas. Isso quer dizer que as constantes fisiológicas não podem ser compreendidas como uma determinação prioritária e isolada para o estabelecimento da saúde e do normal, mas, ao contrário, elas são o resultado da atividade normativa do organismo que, na relação com o seu meio, é capaz de produzir e estabelecer normas que permitam proteger a vida.

Com base nessa indissociabilidade entre regras fisiológicas e normas sociais (meio social), a saúde como *questão pedagógica* nas aulas de EF escolar tem na biologia e fisiologia do organismo não exatamente uma explicação sobre quem é doente ou saudável, mas o mote para compreensão dos diferentes e complexos modos de vida, as iniquidades e os determinantes sociais de saúde, os quais produzem e/ou interferem

diretamente no acesso aos espaços públicos de lazer e na condição social de realização das práticas corporais pelas pessoas (PNUD, 2017). É justamente nesses termos que regras fisiológicas e biológicas – mas também estilos de vida mais e menos ativos, sedentarismo, obesidade, entre outros – são produzidos no tecido social e, portanto, tais questões são indispensáveis à pedagogização pela EF na escola.

Porém, sob o prisma “conservador”, a EF escolar tem seu foco reduzido às doenças e às morbidades e pouco se relaciona com a promoção da saúde. Esse modo de abordar a saúde na EF tem tomado os estudantes das escolas como meros objetos de estudos de prevalência ou de estimativas e como atuais ou futuros portadores de DCNT e comportamentos de risco.

Martins, Pereira e Amaral (2007) apontam que, sob essa égide, a relação estabelecida entre EF e saúde se dá apenas em nível discursivo. As narrativas desenvolvidas nesse marco teórico, majoritariamente, não se propõem a ultrapassar os limites das análises comparativas e avaliativas em nível antropométrico ou comportamental. Deixa-se de lado a reflexão sobre os aspectos socialmente relacionados aos resultados obtidos e a compreensão da complexidade das relações entre as categorias estudadas com o universo da escola.

Essa perspectiva “conserva” a subserviência da EF à área médica, desconsiderando sua condição de prática social caracterizada pela intervenção pedagógica. Mesmo que o Movimento Renovador tenha estabelecido a crítica a esse modelo de saúde, e a aproximação com a Saúde Coletiva venha ocorrendo, 31,4% das disciplinas analisadas não incorporaram perspectivas ampliadas, bem como indicam a redução da função da EF na escola.

Tendência progressista de saúde

Por outro lado, vemos que a “tendência progressista” se destaca com 47% das ementas das disciplinas estudadas (Quadro 1). Identificamos nas ementas quatro eixos principais: 1) Saúde Pública e Saúde Coletiva; 2) Determinação social da saúde; 3) Promoção da saúde; e 4) Visão de corpo.

No **eixo Saúde Pública e Saúde Coletiva**, observamos os temas: “políticas públicas de saúde no Brasil”; “políticas públicas de saúde e

educação”; “políticas públicas de promoção de saúde”; “contextualização histórica e conceitos de saúde coletiva, saúde pública”, além de menções ao SUS. Também, percebemos expressões forjadas no campo da Saúde Coletiva: “Direito à saúde”, “Atenção Básica/Primária”, “Cuidado e acolhimento em saúde”; “Equipe multidisciplinar e profissional de EF”; “Equipe de saúde da família”; “Processo de trabalho”; “Organização do trabalho em saúde”; “Saúde e comunidade”; “Relações da EF com a Saúde Coletiva”; “Conceito ampliado de saúde”.

Segundo Nogueira e Bosi (2017), a Saúde Pública constitui um projeto vinculado à emergência do capitalismo na Europa no contexto de industrialização, urbanização e crescimento da miséria, com efeitos sobre a saúde da população. Já a Saúde Coletiva, surge no Brasil na década de 1970, quando uma vertente no interior do campo da Saúde Pública questiona a posição dominante das teorias lineares de causalidade, buscando superar o modelo biomédico por conjunções críticas e interdisciplinares.

Apesar de a Saúde Coletiva se constituir no rompimento com a Saúde Pública, ela não a substitui. Na visão de Campos (2000), a Saúde Coletiva é um saber constitutivo e essencial de todas as práticas em saúde, mas reconhece que, também, se produzem conhecimentos, políticas e valores para saúde a partir da clínica e da reabilitação.

Nesse sentido, nossa análise não circunscreveu uma oposição Saúde Coletiva *versus* Saúde Pública, mas tensionou essa relação, já que os saberes e práticas da Saúde Coletiva permitem problematizar os da clínica tradicional. A presença da Saúde Coletiva nas ementas amplia as condições para um trato didático-pedagógico para além da tradição biomédica ancorada na EF. Destarte, os saberes da Saúde Coletiva corroboram para o tensionamento da fragmentação ainda operada no campo e reduzida à concepção anátomo-fisiológica (NOGUEIRA; BOSI, 2017).

Também houve casos nos quais as ementas apresentaram uma espécie de “meio a meio” de Saúde Pública e Saúde Coletiva ou nenhuma menção a esses termos. No primeiro, ficou em aberto se a disciplina prevê a análise crítica de um aparato conceitual por outro ou se ambos são tomados como sinônimos. No segundo, o problema é que o silenciamento dessa discussão pode acabar reforçando a abordagem de saúde biomédica na EF.

No **eixo Determinação social da saúde** foram observados os temas: “Saúde e condições de vida ou modos de vida”; “Determinação social do processo saúde-doença”; “Vulnerabilidade social”; “Análise histórica da saúde”; “Análise crítica dos contextos de saúde” e “Saúde e sociedade”.

Esses aspectos parecem remeter ao campo da Saúde Coletiva, segundo o qual o entendimento de determinação social considera o processo saúde-doença observando as leis históricas de produção e organização das sociedades, diferente de uma abordagem que remete à reificação do social, a um domínio estático e limitado da realidade, como ocorre, por exemplo, na noção de Determinantes Sociais da Saúde apresentada pela OMS (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017).

O **eixo Promoção da saúde e EF** é atravessado pelos temas: “Promoção e manutenção da saúde individual e coletiva”; “Saúde e suas relações educativas”; “promoção da saúde com foco na escola”; “promoção e prevenção da saúde na escola”; “Práticas corporais e promoção da saúde”.

Buss (2000) aponta para a polissemia do conceito de promoção da saúde em dois grandes grupos. Um voltado à mudança comportamental e individual dos estilos de vida das pessoas e outro envolvendo um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, com a autonomia ou empoderamento dos sujeitos e comunidades para lidar com os processos saúde-doença e com políticas públicas favoráveis ao desenvolvimento da saúde.

Considerando essa diferenciação conceitual, não foi possível delinear a qual grande grupo as ementas estão subjacentes. Contudo, ao analisarmos o contexto textual em que o conceito aparece, identificamos que a promoção da saúde, na maioria dos casos, esteve vinculada às disciplinas que expressaram um trato mais progressista. Enquanto nas disciplinas mais conservadoras, o conceito de prevenção foi mais frequente.

No primeiro caso, a promoção da saúde se associou a uma abordagem baseada em uma relação pedagógica que superou o caráter preventivo-intervencionista. No segundo, **observamos a compreensão da atividade física como prevenção de agravos relacionados às particularidades de grupos tidos como especiais, como pessoas com DCNT e idosos.**

Também identificamos uma “hibridização” dos conceitos promoção da saúde e prevenção de doenças. Percebemos contradições, por exemplo, quando a ementa mencionou políticas de saúde ou mesmo ações de “promoção da saúde”, mas denotou narrativas que retroalimentam proposições demarcadas pela mudança dos comportamentos em detrimento de uma dimensão ampliada de EF.

O **eixo Visão de corpo** apresentou as expressões: “Superação da dicotomia, utilitarismo e domesticação do corpo”; história do corpo e saúde”; “análise crítica do corpo”. Ressaltamos que o modelo de corpo pautado na racionalidade médica ocidental da anatomia do cadáver (corpo morto e a-histórico) e na ideia de corpo-máquina cartesiano foi, dentre outros, o substrato sobre o qual o Movimento Renovador da EF estabeleceu a crítica ao modo como o corpo vinha sendo concebido pela área. Isso significa que o trato mais progressista da saúde exige reconhecer a ontologia do corpo na constituição dos sujeitos e não meramente como um objeto obediente à razão, à mente. Assim, realizar o debate acerca das relações históricas entre corpo e saúde na formação de professores é condição *sine qua non* para o enfrentamento das dicotomias que envolvem essa relação, bem como para compreensão da saúde como “conceito político” (MATTA, 2007), por meio do qual cuida-se da pessoal inteira com toda sua história e condicionantes, e não apenas de um corpo físico.

Em síntese, observamos que uma maior presença da ênfase “progressista” circunscreve elementos da Saúde Coletiva e do SUS, o que se consolida com o fato de grande parte das ementas fazerem referência a temas e conceitos relativos às políticas do SUS, direito à saúde, Atenção Básica e Equipes de Saúde da Família etc. Aliado a isso, as menções à determinação social da saúde, à promoção da saúde e à ampliação da visão de corpo pelas disciplinas podem indicar um esforço e preocupação dos cursos de licenciatura de EF em elaborar um currículo no qual a saúde seja entendida como uma questão social e política e não meramente biológica e individual (MATTA, 2007). É importante lembrar, portanto, que o Movimento Renovador da EF, a partir da crítica à visão de corpo e ao papel reducionista que a EF vinha desenvolvendo na escola e em outros espaços, abre uma importante janela epistemológica para que as bases da ideia de saúde biomédica sejam repensadas na área, possibilitando, com efeito, uma condição favorável à aproximação e ao estabelecimento de interfaces com a Saúde Coletiva.

A seguir, elencamos o quadro 2 para compreendermos como as tendências “conservadora” e “progressista” estão distribuídas entre os tipos de disciplinas.

Quadro 2 – Relação entre tendências conservadora ou progressista de saúde e classificação das disciplinas

Classificação disciplinas	Quantidade/ (%)	Tendência conservadora	Tendência progressista	Tendência indefinida
Obrigatórias	27 (100%)	10 (37%)	11 (40,7%)	06 (22,3%)
Optativas	19 (100%)	06 (31,6%)	10 (52,6%)	03 (15,8%)
Outras	05 (100%)	00 (0%)	03 (60%)	02 (40%)
Total	51 (100%)	16 (31,4%)	24(47%)	11 (21,6%)

Fonte: os autores.

Se, no quadro 1, observamos uma predominância da tendência progressista em relação à conservadora, no quadro 2, vemos que, quando se trata de disciplinas obrigatórias (aquelas que todos os estudantes irão necessariamente cursar), praticamente, há um equilíbrio entre a tendência conservadora (37%) e a progressista (40,7%). Já entre as disciplinas optativas, a diferença entre as tendências de saúde se acentua, tendo a tendência conservadora com 31,6% e a tendência progressista com 52% das disciplinas.

Essa nuance é importante e pode indicar que, se das 51 disciplinas analisadas, a tendência progressista se destaca com 47% de presença nas ementas, quando se trata de conteúdo indispensável e fundamental (obrigatório) à formação de todos os estudantes matriculados nos cursos de licenciatura das IES pesquisadas, a tendência conservadora ainda divide o espaço curricular “meio a meio” com as perspectivas mais progressistas de trato com a saúde. O que esse dado pode nos indicar é que as perspectivas mais críticas e ampliadas de saúde têm avançado na área da EF, ou seja, ao menos do ponto de vista conceitual a área tem elaborado a crítica ao modelo biologicista de saúde (BRACHT, 2013). A questão é sabermos como tal mudança teórica tem produzido interferências nas práticas de saúde, tanto na formação de professores quanto nas escolas. Esses são temas que merecem e solicitam novos estudos e pesquisas na área.

Utilizando um ditado popular, a análise das ementas nos per-

mite dizer que temos um “meio caminho andado”, porém, ainda com bastante caminho a percorrer no que diz respeito a uma formação em licenciatura sob um prisma mais progressista e ampliado de saúde. De toda forma, o conjunto desses dados evidencia um importante avanço se pensarmos que a EF brasileira vem reelaborando a compreensão sobre um dos seus elementos mais tradicionais, a saúde, que, juntamente com o esporte, fortalecem uma certa representação social, ainda hegemônica, da função do professor de EF nos seus espaços de atuação.

Lócus de atuação

Outro ponto que se destacou nas ementas foi a relação de seu conteúdo com possibilidades de intervenção do professor de EF. Os espaços do SUS e da escola foram mencionados com frequência. A seguir, observamos a seguinte distribuição nas ementas:

Quadro 3 - Menções ao SUS nas ementas

Classificação das disciplinas	Não menciona o SUS	Menciona o SUS	Permite estabelecer relações com o SUS
Obrigatórias	12	05	10
Optativas	09	06	05
Não informa	02	01	01
Total	23 (45%)	12 (23,5%)	16 (31,3%)

Fonte: os autores.

No quadro 3 observamos que 45% das disciplinas (n=23) não fazem referência ao SUS em suas ementas. Por outro lado, 23,5% fazem referência ao SUS, nas quais destacamos quatro aspectos: 1) Temas vinculados ao papel e à atuação do profissional de EF no SUS, com ênfase na Atenção Primária e unidades de Saúde da Família, além da saúde mental e programas de intervenção. 2) Aspectos gerais sobre o SUS, principalmente, sua história, organização e legislação. 3) Políticas públicas de saúde, mormente, as de promoção da saúde; foram nomeados o Programa Estratégia Saúde da Família e os Núcleos Ampliados Saúde da Família. 4) Questões conceituais, nas quais o termo “promoção da

saúde” foi o mais citado.

Em 31,3% das disciplinas não houve uma explicitação do SUS, mas o texto deu margem para estabelecer algumas relações. Foi o caso de ementas que citaram o trabalho em equipe multiprofissional; acolhimento, cuidado, necessidades em saúde das pessoas, coletivos e populações; recursos humanos, controle social e gestão; relações intersetoriais e interinstitucionais da EF e saúde; aspectos epidemiológicos, promoção e educação em saúde, concepções e práticas populares em saúde. Algumas ementas, ainda, mencionaram “espaços não escolares” ou “outros espaços educativos” que tenham como objeto a promoção da saúde.

Esse conjunto de dados instiga algumas reflexões. O entendimento do SUS enquanto lugar de intervenção do licenciado em EF não é ponto pacífico nas regulações do SUS nem no interior do campo acadêmico-profissional. A portaria n. 256 de 11 de março de 2013 (BRASIL, 2013), que estabelece regras para o cadastramento das equipes NASF, incluiu a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) provisória do Profissional de EF na Saúde, admitindo o graduado em licenciatura ou bacharelado.

Em 2020, o Ministério do Trabalho fixou os profissionais de EF sob o código 2241-40, como aqueles que estruturam e realizam ações de promoção da saúde mediante práticas corporais, atividades físicas e de lazer na prevenção primária, secundária e terciária no SUS e no setor privado, requerendo formação superior em EF, com registro no Conselho Regional de EF (CREF).

Embora a CBO permanente não tenha deixado tão explícita a margem para atuação de licenciados, como a CBO provisória deixava, do ponto de vista desta regulação, o SUS também pode ser considerado *locus* de intervenção para os licenciados. No entanto, a exigência pelo registro nos órgãos de classe acaba tensionando esta afirmação, tendo em vista que os CREFs têm se posicionado pela atuação restrita dos licenciados às escolas. O SUS aparece como mais um elemento no cenário de disputas que envolve a relação conflituosa de longa data com os conselhos profissionais, a qual perpassa, também, o debate sobre a fragmentação da formação.

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de EF avançam ao mencionar o SUS na formação em EF, algo inédito para as políticas de formação da área (BRASIL, 2018). Apesar disso, Freitas,

Oliveira e Coelho (2019) entendem que existem paradoxos, uma vez que tais diretrizes apresentam um *design*, mormente, para o *fitness* e do empreendedorismo. Além disso, salientamos que o SUS aparece no documento na formação específica do bacharel e não é sequer citado na formação específica em licenciatura.

Se considerarmos os profissionais que atuam efetivamente hoje no SUS, observaremos que vários são formados na antiga configuração em licenciatura ampla¹¹ em EF. Santos (2012) consultou 296 profissionais de EF que trabalham nos NASF de todo o país e identificou que 74,7% possuem formação em licenciatura ampla. Os trabalhos de Furtado et al. (2017) e Martinez (2014) indicam que todos os professores de Educação Física que trabalham nos CAPS e NASF de Goiânia-GO, respectivamente, possuem tal formação.

A tese de Martinez (2014) indica que os professores de EF nos NASF consideram que sua formação inicial com base “humanista”, “integral”, “sócio-histórica” e “complexa” lhes garantiu uma compreensão ampliada para atuação em vários espaços sem restrição. Todavia, salientaram como dificuldades a ausência de conhecimentos sobre saúde pública na formação inicial, principalmente voltados a amparar sua prática pedagógica.

Ao discutir a atuação do professor de EF no Programa Saúde da Família, Quint et al. (2005) problematizam que a relação histórica da EF com saberes e práticas do campo educacional inaugurada pelo Movimento Renovador constitui um avanço para o trabalho no campo da saúde, tendo em vista a reconfiguração dos modos de atenção do modelo biomédico para a promoção da saúde. Nesse sentido, o aporte pedagógico que o licenciado detém é visto como uma qualidade para atuação no campo da saúde, pois corrobora a educação em saúde em perspectiva crítica e reflexiva.

É importante destacar que o SUS foi mencionado tanto em ementas que apresentaram um trato mais conservador da saúde, quanto nas mais progressistas, evidenciando que é um lugar de disputa epistemológica e conceitual no âmbito da formação em licenciatura. Ou seja, fez-se presente também a perspectiva de transposição de

11 Ao escrevermos “licenciatura ampla” estamos nos atendo à formação anterior à divisão da formação e das regulamentações que restringem os campos de atuação, também chamada Graduação Plena, Licenciatura Plena, Licenciatura Ampliada, entre outras denominações. Nesse sentido, anteriormente, o profissional de EF era formado para atuar amplamente, tanto nos espaços escolares quanto nos espaços não escolares.

concepções e práticas de saúde de viés individual, biológico e ambiental, vinculadas à tradição do campo da EF, para os serviços de saúde, em dissonância com o projeto do SUS construído no bojo da Reforma Sanitária brasileira.

Outro espaço de atuação apresentado nas ementas foi a escola, que também se mostrou um lugar de disputa. Vejamos o quadro 4.

Quadro 4 – Possibilidades da temática da saúde na dimensão escolar

Classificação disciplinas	Prevê a temática da saúde na escola	Não prevê a temática da saúde na escola
Obrigatórias	11	16
Optativas	07	12
Não informado	02	03
Total	20 (39,3%)	31 (60,7%)

Fonte: os autores.

Observamos que 60,7% das ementas não previram aproximações e possibilidades de trato pedagógico do tema da saúde na escola, enquanto em 39,3% seria possível tal articulação. Destarte, podemos supor certa dificuldade em pensar o trato pedagógico das questões que se referem à saúde quando pensamos nos saberes e fazeres da EF, mesmo diante da tradição que aproxima saúde e EF (SOARES, 2001). Também, identificamos diversidade de termos e nomenclaturas, que expõem uma variedade teórico-conceitual e de possibilidades de intervenção e de objetos de estudo nas questões que envolvem o termo “saúde” quando pensada pela EF brasileira, tal qual já apresentamos acima.

Algumas ementas consideram a discussão da temática da saúde no contexto escolar, mesmo que, em alguns casos, a perspectiva de saúde seja aquela vinculada à aptidão física. Nesses casos é mencionado: “Atividade física, aptidão física e promoção da saúde no ambiente escolar. Educação para um estilo de vida ativo na infância e adolescência”; “Aspectos epidemiológicos de acidentes, lesões esportivas e agravos associados à prática do esporte na escola. Concepções de prevenção de acidentes aplicadas à realidade escolar. Produção de conhecimentos e recursos pedagógicos para o ensino de emergências em EF”.

Já outro conjunto de ementas sinaliza possibilidades de outro tra-

to pedagógico com o tema da saúde na escola: “EF e Promoção da Saúde: marcos teórico-conceituais e aplicações no contexto escolar. Teorias pedagógicas da EF escolar aplicadas ao contexto da Saúde Pública e Saúde Coletiva brasileiras”; “Ações educativas e pedagógicas em promoção da saúde. Atividades de competência do professor de EF para a realização de programas de saúde coletiva na escola”; “Ação interdisciplinar em saúde escolar. Promoção da saúde na escola. Responsabilidade social da escola na promoção da saúde”; “Educação em saúde no espaço escolar”; “Escola, saúde e sociedade. Evolução de concepções e práticas de saúde-doença no contexto escolar. O fenômeno saúde como conhecimento a ser estudado no contexto da EF Escolar. O trato pedagógico da saúde na EF Escolar”.

Certamente, um dos dados mais “enigmáticos” se refere ao fato de 60,7% das disciplinas não preverem articulação da temática da saúde com as questões escolares/pedagógicas. Tendo em vista que as 51 disciplinas selecionadas para esta pesquisa constam no rol aqui analisado porque tratavam de “saúde” no contexto curricular de formação em licenciatura, por que não se considera (ou se oculta, ou se silencia) a dimensão do trato pedagógico que envolve o tema “saúde” quando trabalhamos com o aspecto formativo de professores de EF? Este interessante elemento paradoxal parece evidenciar uma dificuldade em tornar a saúde uma temática pedagógica à EF escolar.

Como todo estudo de caráter exploratório, que nos permite levantar problemáticas e intensificar a perspectiva de descoberta, a identificação dessa incongruência merece um olhar mais apurado, pois permite questionarmos o fato de ementas de disciplinas de cursos voltados à formação de professores de EF não estabelecerem uma mínima relação com a escola.

Apurar, diante disso, questões que são envolvidas por uma “roupagem” daquilo que seria pedagógico na discussão de saúde no contexto da EF escolar torna-se necessário a fim de refletir sobre as finalidades formativas de certos componentes curriculares. Há muita coisa “vestida” de “licenciatura”, mas que não é voltada para a dimensão pedagógica. Tal fragilidade pode reverberar na atuação profissional no âmbito escolar, gerando uma dificuldade do professor de EF pensar/realizar uma abordagem mais progressista sobre as questões da saúde pela via da EF escolar.

Para pensar possibilidades de articulação, retomando as discipli-

nas analisadas, observamos que algumas ementas se direcionam à intervenção no SUS, considerando-o como lócus de atuação, sobretudo a Atenção Primária. Contudo, algumas ementas não explicitam a intervenção, priorizando a contextualização histórica de criação e a organização do SUS, as políticas públicas e conceitos pertinentes a esta esfera.

Nesse sentido, os aspectos relacionados à Saúde Coletiva e ao SUS previstos nas ementas parecem sinalizar para a relevância de sua compreensão para além da intervenção profissional no SUS, abrindo possibilidades de pensá-los em relação com a escola, embora os nexos com a EF escolar não estejam presentes de modo evidente nas ementas.

Na tentativa de sistematizar alguns elementos reflexivos articuladores sobre estes dados, caberia indagar sobre a pertinência de temas relacionados à Saúde Coletiva e ao SUS para cursos de formação de professores. Qual a relevância de conhecer o SUS e discuti-lo nas aulas de EF escolar? E sobre os aspectos da Saúde Coletiva?

É notório o pouco conhecimento dos cidadãos brasileiros a respeito do SUS, seja porque não o utilizam (o que indica um pertencimento de classe social), seja porque habita no imaginário social uma (falsa) visão de “sistema falido” e “ineficiente”, restrito ao atendimento hospitalar. O conhecimento do processo histórico vinculado à Reforma Sanitária brasileira, da complexa organização do SUS, dos anúncios previstos na legislação e nas políticas públicas, torna-se interessante para que estudantes possam reconhecer uma série de direitos relacionados à saúde, bem como ampliar sua visão sobre o SUS e sobre a necessidade de sua defesa enquanto uma conquista social que almeja a vida com dignidade para toda a população brasileira (aspecto evidenciado e certamente fortalecido diante da pandemia do Covid-19 em 2020, com a maioria da população recorrendo aos serviços públicos de saúde e o SUS sendo reconhecido, internamente e internacionalmente, como um sistema que “freou” uma tragédia maior).

Além disso, o projeto do SUS ambicionado na reforma sanitária (PAIM, 2008) materializa um conjunto de concepções de sociedade, ser humano, saúde etc., subjacentes ao debate do tema da saúde na escola e que o próprio campo da EF (embora não o hegemônico) tem se debruçado academicamente, com vistas a contrapor a perspectiva limitada da aptidão física. Nesse sentido, estudar o SUS ao longo da formação e abordá-lo na escola pode ser um recurso interessante para a problemati-

zação de diferentes modelos de atenção à saúde, bem como das relações que estabelecem com a produção da vida na sociedade contemporânea.

A presença do SUS como tema na formação profissional em licenciatura, também, pode favorecer as ações intersetoriais entre os setores da educação e da saúde. Nesse sentido, destacamos como exemplo o Programa Saúde na Escola – PSE (BRASIL, 2011) como uma perspectiva para afirmação de conteúdos referentes à Saúde Pública e Saúde Coletiva nos currículos de licenciatura. Santos e Mezzaroba (2013) ponderam que não há uma relação direta entre EF e o PSE. Todavia, essa relação pode ser estabelecida, principalmente, pelo componente “Promoção da Saúde e Prevenção” a partir das práticas corporais e atividade física (OLIVEIRA; MARTINS; BRACHT 2015).

Outro enlace possível pode ser identificado na concepção de educação em saúde, intimamente associada à de promoção da saúde. Tanto o campo da Saúde Coletiva quanto o da EF possuem aportes teóricos interessantes que sustentam essa noção articuladora e que permitem indicar possibilidades de trabalho pedagógico na direção da necessária construção de autonomia para que as pessoas possam exercer maior interferência sobre questões individuais e coletivas de saúde, considerando seu contexto histórico e cultural, sobre as experiências com práticas corporais em diferentes tempos e espaços, além de subsidiar a luta política pela saúde.

Em síntese, afirmamos que a presença do SUS como *locus* de atuação do licenciado de EF nas ementas das disciplinas anuncia uma possibilidade de construção de intersetorialidade entre saúde e educação que pode enriquecer/complexificar a formação dos professores de EF no que diz respeito ao trato com a saúde tanto na escola quanto nas Unidades Básicas de Saúde, Equipes Multiprofissionais, Núcleos de Apoio de Saúde da Família, CAPS etc., desde que a saúde seja tratada como uma questão pedagógica e não somente em sua dimensão profilática e curativa. Ademais, embora a discussão do SUS possa parecer promissora ao debate da saúde no campo da EF, por si só, tal debate não garante uma formação em saúde mais ampla e crítica na licenciatura, pois como constatado nos dados que levantamos, disciplinas curriculares que apresentaram um trato mais conservador da saúde também tem incorporado o SUS em suas ementas numa abordagem médico-epidemiológica e estatística e prevencionista.

Outra questão importante a ser destacada é que, embora abordagens mais progressistas de saúde tenham ganhado espaço entre as

disciplinas de saúde dos cursos investigados, a articulação entre saúde e escola não aparece na maior parte das ementas (60,7%). Esses dados nos chamam a atenção e nos indicam que é necessário investigar como o avanço “progressista” do debate da saúde nas disciplinas de saúde dos currículos de formação de professores de EF tem produzido efeitos no trato didático-pedagógico da saúde que os docentes realizam nas escolas.

Considerações finais

Em vias de fecharmos o texto, percebemos que abrimos mais linhas possíveis de serem seguidas. Entendemos isso, no tocante à própria limitação que assumimos com esse estudo, que corresponde à análise restrita aos títulos e ementas das disciplinas curriculares. Nesse sentido, destacamos a pertinência de estudos futuros que também analisem os PPC (Projetos Políticos-Pedagógicos), observem as possíveis articulações com as disciplinas vinculadas à saúde com as demais e, principalmente, considerem o currículo em movimento, assim, analisando os professores em ação juntamente com a conjuntura institucional.

De forma sintética, as ementas das disciplinas de saúde pesquisadas nos possibilitaram observar que a ênfase progressista vem ganhando espaço nos cursos de licenciatura. No entanto, nos preocupou perceber que a maioria das disciplinas não apresentaram uma relação precípua com a EF escolar. Tal fato coloca o caráter urgente de debatermos a presença e as ênfases dadas ao tema da saúde nos cursos de licenciatura, com o perigo de tal tema ser silenciado, depois, no conjunto de saberes e fazeres que envolvem a EF como componente curricular escolar. Destaca-se, neste cenário, que algumas concepções estão em disputa, vide as diferentes conceituações sobre promoção da saúde, determinantes/determinação social da saúde, o próprio projeto do SUS e as políticas públicas de saúde.

Embora a relação com elementos da Saúde Coletiva e com as políticas do SUS possibilite ampliar o conceito de saúde no campo da EF, não fica evidente nas ementas estudadas como essa aproximação se articula à formação de professores dos cursos de Licenciatura (que atuarão nas escolas) e, conseqüentemente, à prática pedagógica desses. Nesse sentido, é importante que outros estudos possam se debruçar sobre essa

temática a fim de compreender como os professores de EF têm efetivado a transposição pedagógica na escola e nas aulas de EF dos conteúdos das disciplinas de cunho mais progressista de trato com a saúde.

Referências

ALMEIDA, U. R.; OLIVEIRA, V. J. M.; BRACHT, V. Educação física escolar e o trato didático-pedagógico da saúde: desafios e perspectivas. In: WACHS, F.; ALMEIDA, U.R.; BRANDÃO, F. F. (org.). **Educação Física e Saúde Coletiva: Cenários experiências e artefatos culturais**. Porto Alegre: Rede única, 2016. p. 87-112.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: Unesp, 2004.

BRACHT, V. Saber e fazer pedagógicos: acerca da legitimidade da Educação Física como componente curricular. In: CAPARRÓZ, Francisco E. (org.). **Educação Física escolar: política, investigação e intervenção**. Vitória: Proteoria, 2001. p. 67-79.

BRACHT, V. **Educação Física & Ciência: cenas de um casamento (in) feliz**. 3. ed. Ijuí: Unijuí, 2007.

BRACHT, V. Educação Física & Saúde Coletiva: reflexões pedagógicas. In: FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M.; GOMES, I. M. (Org.). **As práticas corporais no campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. v. 1, p. 178-197.

BRACHT, V. **A Educação Física Escolar no Brasil, o que ela vem sendo e o que pode ser: elementos de uma teoria pedagógica para a Educação Física**. Ijuí: Unijuí, 2019.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 18055, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Portaria n. 256, de 11 de março de 2013. Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Resolução CNE/CES n. 6, de 18 de dezembro de 2018. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Educação Física e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, p. 48, 19 dez. 2018.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CARVALHO, Y. M. **O “mito” da atividade física e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

FREITAS, R. G.; OLIVEIRA, M. R. F.; COELHO, H. R. Recentes Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Educação Física e ruptura na formação: apontamentos preliminares. **Cadernos de Educação Física e Esporte**, Marechal Cândido Rondon, v. 17, n. 1, p. 245-253, jan./jun. 2019.

FURTADO, R. P. *et al.* Desinstitucionalizar o cuidado e institucionalizar parcerias: desafios dos profissionais de Educação Física dos CAPS de Goiânia em intervenções no território. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, jan./mar. 2017.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 63-76, 2017.

GONÇALVES, A.; GONÇALVES, N. N. S. Saúde e doença: conceitos básicos. **Revista Brasileira Ciência do Movimento**, Taguatinga, v. 2, n. 2, p. 48-56, 1988.

GONÇALVES, A. (org.). **Saúde coletiva e urgência em Educação Física e Esportes**. Campinas: Papirus, 1997.

MARTINEZ, J. F. N. **Educação Física e Saúde Pública: a inserção do profissional de Educação Física em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Goiânia/GO)**. 2014. 289 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

MARTINS, N. R.; PEREIRA, S. F.; AMARAL, G. A. Contribuições da produção de conhecimento sobre Saúde e qualidade de vida para a Educação Física escolar. In: Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte, 15.; Congresso Internacional de Ciências do Esporte, 2., 2007, Recife. **Anais**. Recife: CBCE, 2007.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (org.). **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. v. 3, p. 61-80.

MEZZAROBBA, C. Ampliando o olhar sobre saúde na Educação Física Escolar: críticas e possibilidades no diálogo com o tema do meio-ambiente a partir da Saúde Coletiva. **Motrivivência**. Florianópolis, v. XXIV, p. 231-246, 2012.

NOGUEIRA, J. A. D.; BOSI, M. L. M. Saúde Coletiva e Educação Física: distanciamentos e interfaces. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1913-22, 2017.

OLIVEIRA, A. A. B. O tema saúde na Educação Física Escolar: uma visão patogênica ou salutogênica? In: KUNZ, E.; HILDEBRANDT-STRAMANN, R. (Org.). **Intercâmbios científicos internacionais em Educação Física e esportes**. Ijuí: Unijuí, 2004. p. 241-260.

OLIVEIRA, V. J. M.; MARTINS, I. R.; BRACHT, V. Relações da Educação Física com o Programa Saúde na Escola: visões dos professores das escolas de Vitória/ES. **Pensar a Prática**, v. 18, n. 3, p. 544-556, jul./set. 2015.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: fundamentos para compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PALMA, A. Exercício físico e saúde; sedentarismo e doença: epidemia, causalidade e moralidade. **Motriz**, Rio Claro, v.15, n.1, p.185-191, 2009.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Relatório de Desenvolvimento Humano Nacional – Mo-**

vimento é Vida: Atividades Físicas e Esportivas para Todas as Pessoas. Brasília, 2017.

QUINT, F. O. et al. Reflexões sobre a inserção da Educação Física no Programa Saúde da Família. **Motrivivência**, Florianópolis, v. 17, n. 24, p. 81-95, jun. 2005.

SANTOS, R.; MEZZARROBA, C. Programa Saúde na Escola e sua relação com a Educação Física: uma análise documental. **Praxia**, Metropolitano, v. 1, n. 4, p. 71-89, 2013.

SANTOS, S. F. S. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Brasil e a atuação do profissional de Educação Física**. 2012. 185 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

SOARES, C. L. **Educação Física:** raízes europeias e Brasil. 2. ed. Campinas: Autores Associados, 2001.

5

Desafios na formação em Educação Física para a atuação com a saúde coletiva: entre generalidades e especificidades

Fabio Fortunato Brasil de Carvalho

Silvano da Silva Coutinho

Júlia Aparecida Devidé Nogueira

A Educação Física (EF) mudou bastante nos últimos 20 anos. Desde seu reconhecimento como pertencente à área de saúde em 1997 (BRASIL, 1997) e a regulamentação da profissão em 1998 (BRASIL, 1998), houve rápida diversificação de suas práticas com inclusão de áreas de atuação referentes aos bens e serviços (*personal trainers* e diversas modalidades fitness) (TAFFAREL, 1997) e expansão e reestruturação dos cursos de formação superior (graduação e pós-graduação) (RIGO; RIBEIRO; HALLAL, 2011) com mudanças curriculares que primeiro dividem a graduação em licenciatura e bacharelado (BRASIL, 1987) e depois retomam o ingresso único ao curso (BRASIL, 2018).

É nesse período também que as políticas públicas passam a reconhecer expressa e reiteradamente o papel das práticas corporais e atividades físicas (PCAF) na promoção da saúde e na prevenção de doenças (OMS, 2004; BRASIL, 2006), e que os Professores/Profissionais de Educação Física (PEFs) passam a atuar de forma sistematizada no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de serviços na Atenção Básica como o inicialmente denominado Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (Nasf) (BRASIL, 2008).

Destaca-se que há registro de iniciativas municipais de PCAF voltadas para a saúde populacional no início dos anos 1990, contudo estas atendiam aos objetivos específicos de cada gestão municipal/local uma vez que não eram fruto de uma política federal (CARVALHO; NOGUEIRA, 2016; CARVALHO; PINTO; KNUTH, 2020).

Temas e aspectos associados à grande área da saúde embasam a formação em Educação Física (EF) desde a origem do curso superior.

No entanto, diferentes entendimentos do termo saúde orbitam não só a formação, mas também ajudam a constituir diferentes perspectivas e formas de atuação nos variados espaços profissionais.

Com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006, a criação do Programa Saúde na Escola em 2007, a inserção do/a PEF no âmbito de uma política nacional no SUS por meio do Nasf em 2008 e o Programa Academia da Saúde em 2011, tem-se a institucionalização dessa relação em âmbito federal. Tal cenário favorece o diálogo da EF com a Saúde Coletiva a partir de temas como a Promoção da Saúde e também a produção de evidências da fragilidade da formação profissional em EF para uma *práxis* na perspectiva coletiva e pública de saúde (CARVALHO, 2012; JERÔNIMO, 2015).

No ano de 2020, as questões sanitárias e o contexto de vida decorrente da pandemia de Covid-19 adensam as discussões sobre PCAF e suas relações com a saúde pública a partir de eventos que reacendem históricas discussões do campo da EF. Um exemplo é o programa “O Brasil conta comigo”, no qual houve um chamamento emergencial para que estudantes e profissionais de saúde (inclusive da EF) pudessem ser acionados para participar do enfrentamento da Covid-19 (BRASIL, 2020a), causando desde assombro entre profissionais, sociedades científicas e entidades de classe da EF até interpretações de que isso ratifica a posição da EF na saúde. Outro é o embate entre os atores do campo a respeito do fechamento/reabertura das academias de ginástica em plena pandemia causada pelo Sars-Cov-2, com repercussões na saúde coletiva e na empregabilidade dos/as PEFs (CARVALHO; SILVA; OLIVEIRA, 2020; LOCH; RECH; COSTA, 2020).

Considerando os desafios progressos para a atuação em saúde pública e a realidade pós-pandemia, faz-se necessário tecer análises, ainda que iniciais e transitórias, sobre esse panorama e a formação em EF. Aulas remotas, uso de aplicativos e orientações de PCAF por meios virtuais ganham força e adeptos, podendo representar uma nova tendência para atuação dos/das PEFs.

Com todos esses panoramas em mente, esta obra exploratória pretende realizar discussões acerca da formação e da atuação profissional em suas relações com a saúde, em especial na perspectiva coletiva e pública, para que sejam traçados caminhos para a construção de respostas às seguintes questões: como os princípios da Saúde Coletiva têm sido

(e podem ser) explorados na formação inicial e atuação em EF? Quais são as generalidades e especificidades da atuação do/a PEF que devem ser construídas na formação? Como devemos pensar a formação para garantir uma atuação em EF que dê conta dos desafios contemporâneos?

Para isso, realizamos uma breve apresentação dos conceitos de campo e núcleo e trazemos algumas informações sobre formação e currículos de graduação em EF e experiências e práticas de PEFs em saúde pública. Agregamos ainda reflexões que consideram o momento atual de grandes incertezas, vislumbrando outros papéis e ações que o/a PEF pode assumir e realizar em saúde coletiva e que, portanto, devem ser contempladas no decorrer de sua formação.

A formação e a atuação do/a Profissional de Educação Física em saúde na perspectiva coletiva: o que sabemos?

A Saúde Coletiva é um movimento de origem Latino-Americana que se diferencia da saúde pública por colocar luz nas questões de iniquidade na região e incorporar a determinação social da saúde nos debates do campo (NUNES, 2009). Assim, ainda que o SUS seja um importante ponto disparador para a sua inserção na formação em EF, incluir os aportes teórico-práticos da Saúde Coletiva é uma opção política que contribui com uma formação para além da atuação em saúde pública, aportando modelos explicativos ampliados para os fenômenos relacionados à saúde, a compreendendo como um direito.

Em anos recentes, tem sido possível observar a inserção de alguma(s) disciplina(s) que se aproximam da Saúde Coletiva em vários currículos dos cursos de EF; no entanto, diversos estudos (Quadro 1) apontam que a formação segue fragmentada em “caixinhas”, permeada por disputas epistemológicas, tradicionalmente pautadas em conceitos restritos e biológicos de saúde, com projeto pedagógico desarticulado das necessidades sociais e centrado no modelo tradicional de ensino, com pouca qualificação nas orientações pedagógicas participativas, transdisciplinares e interprofissionais, embasadas no território, conforme arcaçou teórico da Saúde Coletiva e previsto nos princípios doutrinários e organizativos do SUS.

Quadro 1 – Estudos publicados sobre EF, saúde, currículo e formação profissional publicados entre 2015 e 2020.

AUTORES e ANO	TÍTULO	RESUMO
Nascimento e Oliveira, 2016	Perspectivas e possibilidades para a renovação da formação profissional em educação física no campo da saúde	Pensar a formação em Educação Física para o campo da saúde num recorte que explicita as dimensões política, prática e pedagógica desse processo formativo. Pesquisa bibliográfica, de natureza conceitual, que identifica as contribuições de um grupo de autores com afinidade com as ciências humanas e sociais, vinculados ao campo da saúde e da Educação Física para uma renovação curricular da formação dessa área. As afinidades com a Saúde Coletiva, o conceito de práticas corporais, o trabalho vivo em ato e as tecnologias leves representam a síntese dos apontamentos elaborados.
Oliveira e Andrade, 2016	Formação profissional em educação física para o setor da saúde e as diretrizes curriculares nacionais	Analisar a proposta de extinção do Bacharelado (prevista pela Minuta de 2015), tendo como eixo argumentativo a necessária formação profissional em Educação Física para o setor da saúde. Realizamos análise da Minuta, considerando os trechos relacionados ao termo saúde em ambos os documentos. A formação profissional em Educação Física para o setor da saúde se encontra deficitária frente às demandas do Sistema Único de Saúde. Assim, a proposta de extinção do Bacharelado limitaria ainda mais a formação, pois os desafios à formação em Educação Física e saúde extrapolam os limites de uma única modalidade.
Santiago, Pedrosa e Ferraz, 2016	A formação em saúde à luz do projeto pedagógico e das diretrizes curriculares da educação física	A EF tem, tradicionalmente, se pautado em um conceito restrito de saúde. Analisar, no Projeto Pedagógico do Curso de Educação Física, bem como nas Diretrizes Curriculares Nacionais da área, o processo formativo ligado à atuação em saúde e ao SUS, por meio de pesquisa documental. Os pressupostos teóricos hegemônicos do curso e da área apresentam-se distantes dos princípios do SUS, reafirmando o alargamento entre as políticas de formação em EF e as da Saúde Coletiva.

Costa, Silva, Lima e Ribeiro, 2018	Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular	Analisar as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do período de 2001 a 2004 para 14 carreiras da Saúde. Estudo descritivo exploratório entre 2015 e 2016, mediante a análise documental das DCNs. Utilizou-se uma matriz analítica com dois eixos/categorias: Currículo (processo de avaliação; processo de ensino-aprendizagem; e organização curricular) e Perfil Profissional (Perfil Profissional; Cuidado com a Saúde; Educação na Saúde; e Gestão em Saúde). As DCNs mantiveram aspectos do modelo tradicional de ensino, com pouca qualificação nas orientações pedagógicas inovadoras. A associação desses achados com a presença de lacunas na articulação entre formação, necessidades de saúde e demandas do Sistema Único de Saúde (SUS) aponta o desafio de uma maior produção desse tipo de análise e da revisão das DCNs.
Oliveira, 2018	Educação física, saúde e formação profissional	A formação profissional em EF e saúde se encontra deficitária diante das demandas do Sistema Único de Saúde (SUS). Compreendemos que a EF ainda tem um longo e promissor caminho a percorrer no horizonte da Saúde Coletiva como tema imprescindível à formação profissional. Aprender os desdobramentos das experiências curriculares em EF e Saúde em andamento no Brasil é um primeiro passo que, além de coerente, parece ser prudente.
Cândido, Rossit e Oliveira, 2018	Inserção profissional dos egressos de um curso de educação física com ênfase na formação em saúde	Compreender a inserção profissional dos egressos de um curso de EF com ênfase na formação em saúde na perspectiva do Sistema Único de Saúde e analisar a relação dessa inserção com a formação interdisciplinar e interprofissional (na Universidade Federal de São Paulo). Pesquisa exploratória de abordagem qualitativa que analisou dados de um estudo que avaliou o projeto de educação interprofissional na formação com ênfase em saúde. Foram incluídos 15 egressos do curso de EF. Eles foram inseridos em áreas comuns à EF (academias de ginástica, <i>personal trainer</i> , avaliação física, entre outros), na pós-graduação e, em menor frequência, na perspectiva do Sistema Único de Saúde. Ainda é pequena a inserção de profissionais de EF no SUS, mesmo em um curso com essa ênfase.

Rall, 2018	Que Profissional de Educação Física queremos para atuar no SUS? Análise da formação profissional do curso de Educação Física e Saúde da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo	[Dissertação]. Discute o profissional de Educação Física formado na Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. A inserção de profissionais de EF nas equipes dos sistemas de saúde traz a expectativa de repensar a formação desse profissional e, fez-se, portanto, a pergunta: ‘Que profissional de Educação Física queremos para atuar no SUS?’. Pesquisa exploratória com interpretação qualitativa traçou um paralelo entre a estrutura curricular do curso e o Projeto Político-Pedagógico para estabelecer equivalência com as disciplinas, os projetos, os grupos de pesquisa, as ações de extensão e a vivência cotidiana no curso Bacharelado em EF e Saúde. Como parâmetro, utilizou a Portaria GM 154/2008, que criou o NASF, para a escolha das palavras-chave na construção das categorias, na tentativa de compreender se o profissional formado atende as demandas conceituais e práticas da relação SUS/Saúde/Educação Física. Dentre as 70 disciplinas do curso de Bacharelado em EF e Saúde, obrigatórias e optativas eletivas, apenas 6 não contemplaram os critérios estabelecidos em seus objetivos ou resumos com os termos do NASF. Pode-se inferir que há alinhamento do Projeto Político-Pedagógico para a formação e atuação do profissional de EF e Saúde na área da saúde pública. Questiona-se o programa oficial, pois o aluno pode não escolher as disciplinas optativas ou não optar pelo estágio no SUS e, nas disciplinas de formação ativa, escolher temas que não têm relação com saúde. Acredita-se que o curso avança no sentido de proporcionar potencialidades na área da saúde voltada aos objetivos do SUS, mas esse avanço só se fortalecerá caso haja investimento público em contratar profissionais de Educação Física.
Oliveira e Gomes, 2019a	Os desafios da formação profissional em educação física para a área da saúde: uma interpretação a partir de periódicos da área	Investiga os desafios produzidos na área da EF sobre a formação para o campo da saúde, realizando revisão de literatura em oito periódicos do campo da educação física. Foram identificados três eixos interpretativos: da integração ensino-serviço; da humanização/ampliação do conceito de processo saúde-doença; e das dicotomias e diferenciação interna na área. Os desafios que resguardam algumas aproximações e entrecruzamentos que passam a influenciar as políticas de formação para o campo da saúde.

<p>Aguiar, Soares e Leitão, 2019</p>	<p>A educação física e seu processo de formação para a saúde</p>	<p>A formação do profissional de EF na saúde pública trata-se de uma das inquietações observadas no cotidiano do fazer da profissão, o que favorece as lacunas e fragilidades na atuação e difusão da profissão nos diferentes espaços. Analisar o processo de formação do profissional de EF para a saúde pública por meio de revisão integrativa de abordagem qualitativa. Após seleção e análise dos artigos, gerou-se um núcleo temático: Formação em saúde, os efeitos de sua tímida aparição nos cursos de graduação em educação física. A partir da literatura, esses profissionais encontram uma base curricular fragilizada no que concerne às temáticas envolvendo o estudo da saúde, evidenciando um nível de complexidade na implicação desse processo de estudo. A EF passou a ter aceitação no campo da saúde pública, porém, sua formação para atuar no sistema de saúde ainda é vista de forma complexa e, algumas das vezes, até paradoxal.</p>
<p>Oliveira e Gomes, 2019b</p>	<p>O tema da saúde na formação inicial em educação física em uma universidade pública: reflexividade, agência e estrutura</p>	<p>Investiga como os professores influenciam na configuração do tema da saúde nos currículos de formação em EF. Análise de dados produzidos a partir dos currículos vitae dos professores do CEFD/UFES e dos concursos ofertados entre 1990 e 2017, com enfoque na teoria da estruturação de Anthony Giddens. Os dados apresentam, hegemonicamente, uma biologização do currículo, e como a agência do professor e a estrutura de políticas curriculares e da pós-graduação influenciam esses processos; também observa a emergência de perspectivas ampliadas vinculadas às Ciências Sociais/Humanas e à Saúde Coletiva. Avança da discussão “disciplinar” do currículo para dar destaque à presença do professor como elemento para a análise das políticas de formação em EF.</p>

<p>S a n t o s Collier, 2020</p>	<p>Educação Física, Ciência e Saúde: formação e atuação de professores</p>	<p>A história do desenvolvimento da Educação Física enquanto campo de conhecimento é marcada por polêmicas e divergências conceituais, epistemológicas e filosóficas, que podem ser percebidas tanto nas pesquisas, como na atuação dos professores nos diferentes contextos profissionais. A partir da base legal que rege a atuação do professor de Educação Física na área da saúde no Brasil, aprofunda o debate sobre a formação inicial desse profissional, problematizando as ideias hegemônicas da relação entre Educação Física, Ciências e Saúde. Defendemos uma formação única, que contemple as abordagens das Ciências Naturais em harmonia com as abordagens das Ciências Humanas. Consideramos que as intervenções profissionais e os estudos em EF devam estar pautados numa visão mais humanizada, independente do contexto educativo, formal ou não formal. O conhecimento de que trata a EF é o mesmo em todos os campos de atuação: o movimento humano em toda a sua complexidade.</p>
<p>Furtado, 2020</p>	<p>Novas Diretrizes e antigos debates: uma análise das novas DCN para a graduação em Educação Física</p>	<p>Breve resgate histórico dos debates acadêmicos da Educação Física, ocorridos a partir dos anos 1980, procurando enfatizar os distintos posicionamentos que protagonizaram disputas teóricas e políticas sobre a formação profissional em EF. Apresenta o entendimento consolidado pelo CNE entre 2004 a 2015, a respeito do quadro normativo que envolve a formação profissional em EF, especialmente, nos aspectos relacionados ao debate sobre a abrangência e/ou especialização da Licenciatura e do Bacharelado. Apresenta análises iniciais a respeito da Resolução 06/2018, atualmente em vigor.</p>

Não obstante às mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de formação em EF, que, em 2004, dividem a EF em dois cursos distintos (Licenciatura e Bacharelado) e, em 2018, os transforma em um único curso (entrada única) com duas possibilidades de formação específica, tais diretrizes não modificam o modelo de ensino, tendendo a subsumir a formação do/a PEF a uma lógica abstrata, desconectada da realidade de um território, obsoleta, conteudista e separada em disciplinas. Manter uma lógica separatista, individualista e biológica de saúde ajuda a legitimar os interesses da classe social ideologicamente identificada com o capital (VERONEZ *et al.*, 2013). A partir disso, nossa intenção é caminhar numa outra direção e somar esforços para que possamos ter, quiçá um dia, uma formação inicial de concepção generalista

e ampliada, plena de conteúdos científicos, artísticos e filosóficos com vistas ao desenvolvimento de futuros profissionais capazes de realizar uma reflexão crítica e sistemática que contemple a complexidade da realidade brasileira e das possibilidades de intervenção nela (SANTOS JÚNIOR; RODRIGUES; LAVOURA, 2020).

Vejamos alguns detalhes desses processos relacionados às DCNs. Ao criar cursos distintos, a DCN de 2004 possibilita maior foco na formação específica, mas fragmenta ainda mais os conhecimentos, ampliando as disputas entre os paradigmas biológico (em geral imputado ao Bacharelado) e o social (assumido como uma perspectiva mais afeita à Licenciatura). Tal divisão feita não por uma especificidade do conhecimento em si, mas muito centrada nas áreas de atuação no mundo de trabalho (ensino formal vs. todas as outras áreas) e acirradas por ingerências dos Conselhos Federal e Regionais de EF, gerou problemas para os profissionais em termos de uma formação limitada e de restrições das possibilidades de atuação.

Ademais, se a criação do curso de Bacharelado ampliou o espaço para debater o tema da saúde, esse foi feito hegemonicamente na perspectiva da aptidão física aplicada ao mundo *fitness* (nas academias de ginástica, *personal trainer*, avaliação física, entre outros), à prevenção e controle de doenças (particularmente as de etiologia crônica) ou ao desempenho esportivo, por meio de serviços privados (alimentado por “novas” modalidades), e muito pouco em relação à dimensão coletiva da construção de espaços e convívios promotores da saúde na perspectiva coletiva. Tal perspectiva, por conseguinte, alija a licenciatura dos debates em saúde.

Embora nos últimos anos estejamos produzindo mais reflexões e publicações científicas sobre a formação e a atuação do/a PEF em saúde na perspectiva coletiva, particularmente no SUS, os estudos apontam a permanência das tensões entre: biológico X social, individual X coletivo, medicalizante X promotor da saúde, somados às lacunas na formação em pesquisa social e epidemiológica, desarticulação da extensão, não participação nos estágios e residências multiprofissionais em saúde, dentre outros problemas.

Considerando que o campo científico sustenta uma estrutura de poder com tensões epistemológicas (e políticas), entendemos que as fragilidades na formação e na atuação em saúde advém de disputas de

poder históricas dentro dele. O paradigma biológico dominante conta com uma robusta rede de saberes, poderes e capital (especialmente o econômico), que dita as regras na dinâmica científica do campo. A pandemia de Covid-19 coloca luz sobre tais disputas ideológicas, geopolíticas, científicas e metodológicas no campo da saúde coletiva, em âmbito global, indicando a insustentabilidade do modelo adotado e que, portanto, deve ser modificado, demandando novas competências na formação e atuação profissional em saúde (VENTURA *et al.*, 2020).

Considerando as amplas e complexas relações e determinações sociais dos processos de saúde e adoecimento na contemporaneidade, apontamos a seguir alguns elementos que podem contribuir com a reflexão sobre aspectos específicos para os quais o/a PEF deve ser formado (a partir do conceito de núcleo) e partes genéricas com as quais ele pode contribuir (usando o conceito de campo) na atuação em saúde coletiva.

Dialogando com campo e núcleo: generalidades e especificidades da formação e atuação da Educação Física na saúde

Campo e núcleo são conceitos inicialmente aplicados à área da saúde a partir de desafios na formação e nas especialidades médicas para atuação no SUS (CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997) e, posteriormente, aplicados para outras formações relacionadas à saúde. Campo seria um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscaria apoio em outras para cumprir suas tarefas teóricas e práticas; e núcleo demarcaria a identidade de uma área profissional com seus saberes e práticas. O núcleo indica uma aglutinação e concentração de saberes e de práticas, mas sem um rompimento radical com a dinâmica do campo. Ambos se interinfluenciam, o que não permite detectar limites precisos entre um e outro (CAMPOS, 2000).

Leal e Camargo Júnior (2012), ao abordarem a Saúde Coletiva enquanto campo, entendem que essa busca estudar, explorar e se aprofundar em problemas que são do âmbito da vida, considerando o cenário social, político e econômico para entender os reflexos desses na determinação da saúde; e apontam a coexistência de subcampos, áreas de conhecimento, enfoques político-ideológicos-científicos, ou seja, núcleos disciplinares em interação, articulação e interseção para a produção de conhecimentos e das práticas a partir de diferentes abordagens.

Para a formação e atuação da EF a partir da perspectiva ampliada de saúde, o diálogo que empreendemos entre campo e núcleo (generalidades e especificidades) requer identificar o comum e as interseções com as diferentes profissões e formações da saúde e as singularidades da atuação em EF. A EF tem, como objeto de sua práxis nuclear, o movimento humano ou a cultura corporal de movimento que, por meio de diferentes formas e modalidades das PCAF – exercício, ginástica, esporte, jogo, lutas, dança – visa atender as necessidades sociais nos campos da saúde, da educação e da formação, da cultura, do alto rendimento esportivo e do lazer (BRASIL, 2018).

A perspectiva de núcleo na formação em EF aplicada ao campo da saúde possibilita abordar as referidas formas e modalidades na escola, na atenção básica ou na iniciativa privada (OLIVEIRA; GOMES, 2019a), o que geralmente é feito a partir da premissa epidemiológica de que as PCAF promovem saúde pelo aumento do gasto energético e/ou pelo aumento da mobilidade, embora a visão da saúde mental e da socialização também estejam presentes. Ainda que a atuação para modificar os comportamentos individuais e modos de vida seja entendida como função do/a PEF, percebe-se que são tímidas as aproximações com a perspectiva ampliada da cultura corporal como fenômeno coletivo, relacionada à política, ao planejamento e à gestão (NOGUEIRA; BOSI, 2017).

Já na perspectiva de campo, a EF ainda está num momento inicial de pensar essa atuação mais generalista, integrada com outras profissões da saúde. Atravessamentos das áreas de conhecimento não ocorrem por simples justaposição de núcleos disciplinares e seus objetos relacionados às atividades profissionais, e sim na conformação de espaços de fazer para além das barreiras de cada núcleo disciplinar (LEAL; CAMARGO JÚNIOR, 2012). Nesse sentido, cabe destacar a recente presença da EF em processos formativos multiprofissionais, muito comuns a outras formações da saúde.

Tal fragilidade foi explicitada também a partir do assombro causado entre os/as PEF pelo chamamento emergencial de prevenção e combate à Covid-19 a todos os estudantes e profissionais de saúde (BRASIL, 2020a). Em geral, há estranhamento pelos/as PEFs quando o assunto é saúde pública ou coletiva de forma não relacionada à prescrição de exercícios, uma vez que as PCAF presenciais estavam suspensas

no SUS. Outro exemplo, na perspectiva mais coletiva, é que poucos/as PEFs percebem que o espaço urbano e a mobilidade ativa sejam um foco de intervenção profissional.

Ademais, a formação em EF deve avançar para superar a dicotomia entre educação como exclusividade da licenciatura e saúde do bacharelado, reconhecendo que nossa forma de intervir é pedagógica e que a saúde é um fenômeno que permeia todos os aspectos da vida. Na saúde pública, é incipiente a percepção de que podemos fazer apoio matricial, e que a cultura corporal inclui aspectos subjetivos de bem-estar, pertencimento, acolhimento, dentre outros.

Ainda que reconheçamos que há especificidades da atuação dos profissionais de saúde que, em geral, são inscritos em conselhos regulamentadores que delimitam as possibilidades de atuação e que, no geral, essas são insuficientes para dar conta da dinamicidade do trabalho interprofissional necessário para a realidade cotidiana da vida coletiva e do SUS, defendemos a necessária intercessão nos conhecimentos e práticas em saúde a partir de perspectivas mais transdisciplinares e multiprofissionais (BRASIL, 2013; CARVALHO, 2016). Na organização dos serviços de saúde, um campo em permanente construção, a comunidade e o usuário devem ser o foco da atuação dos diversos profissionais, e a ação que compete a cada um não será resolvida a partir de aspectos legais que regulamentam a profissão (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013).

No caso específico da EF, as interseções entre campo e núcleo para a atuação em saúde conclamam adotar uma compreensão mais ampliada a partir das ciências sociais e humanas, sobre as PCAF como elementos centrais de uma vida plena, com saúde. Sem negar os aspectos da aptidão física, é essencial entender que esses elementos fazem parte de uma cultura humana, que se manifesta em práticas cotidianas de deslocamento, trabalho, estudo e lazer, em intrínseca relação com o ambiente (natural e construído) em que vivemos e com relações também com o modelo político e econômico vigente.

Entender a saúde e o movimento corporal como direitos sociais significa reconhecer que esses não podem ser abordados hegemonicamente a partir da lógica de mercado. Essa é a grande mudança paradigmática que precisa ser enfrentada pelo campo. Ou seja, como um produto a ser consumido por quem pode pagar ou com reproduções acrílicas de modalidades de PCAFs ofertadas em academias e serviços

similares por quem tem acesso a programas públicos perto de sua residência ou trabalho, um contingente ainda pequeno.

Para seguir avançando nesse debate sobre especificidades e generalidades da atuação, aterramos o diálogo na realidade da saúde pública brasileira, compreendendo que esse não é o único espaço de atuação do/a PEF numa perspectiva ampliada de saúde; mas, no momento, é o que apresenta maior quantidade de análises produzidas e material publicado. Falando de contexto, é importante destacar que, a despeito de um subfinanciamento que ocorre desde a criação do SUS, recentemente passamos por um governo federal alinhado com pautas neoliberais, por definição, contrárias ao fortalecimento das políticas sociais, além da vigência de políticas de austeridade que congelam por 20 anos os recursos do SUS (SANTOS; FUNCIA, 2019). Assim, características e reflexões apresentadas a seguir sobre os processos formativos e a atuação no SUS são relevantes independente do lócus de atuação, podendo ser úteis também fora dele.

A atuação da Educação Física no Sistema Único de Saúde para ajudar a pensar a formação

O SUS é responsável também pela ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde por meio da formação e educação permanente em saúde (BRASIL, 1990). Nele, o processo de trabalho do/a PEF transcorre principalmente na Atenção Básica (AB), que se caracteriza fundamentalmente pelo trabalho em equipes multiprofissionais.

Na AB, processos formativos que possuam o intuito de desenvolver reflexões, conhecimentos, competências, habilidades e atitudes específicas melhor qualificam os profissionais de saúde para a atuação e a produção de conhecimento (BRASIL, 2017). Mas não apenas na AB e no SUS, aprender a fazer junto, por meio de raciocínios amplos e complexos desenvolvidos por meio de formação continuada, é algo bastante necessário no mundo contemporâneo, permeado de rápidas mudanças.

O debate sobre a atuação do/a PEF no contexto da saúde pública deve levar em consideração como são/estão organizados os serviços onde esse/a profissional está inserido/a. É necessário pensar o contexto do SUS para o qual o/a PEF será formado. Em poucas palavras, apesar de ser nomeado como um sistema único, as realidades municipais e lo-

cais e as opções políticas de gestores conformam muitas diferenças na materialização do SUS.

Em relação à prática cotidiana do SUS na atualidade, em geral o/a PEF desenvolve PCAFs bastante variadas: caminhada, corrida, exercícios resistidos, flexibilidade e alongamentos, dança, ginástica, atividades de aventura na natureza, entre outras, além de avaliação física, em geral expressa pelo índice de Massa Corporal (IMC) ou algo similar. Apesar de a atuação no SUS girar eminentemente em torno das PCAF, ela ocorre não só na prescrição e supervisão dessas, mas também no apoio matricial, na educação permanente, na gestão de programas, entre outros. Já há uma interação entre campo e núcleo, especificidades e generalidades, mas acreditamos ser necessário maior sistematização e aprofundamento sobre esses processos.

A partir da compreensão das PCAF em um sentido ampliado, destacamos o encontro, a convivência, a formação e o fortalecimento de grupos sociais nos territórios ao criar e/ou aumentar o vínculo entre os sujeitos e destes com os trabalhadores e serviços de saúde (CARVALHO, 2016), sendo possível constatar que os benefícios das PCAF advêm também da convivência e socialização (LOTTI; NAKAMURA, 2020).

Tal socialização contribui ainda para auxiliar na organização do acolhimento das pessoas nas unidades de saúde e, juntamente com os agentes comunitários de saúde (ACS), a presença do/a PEF nas visitas domiciliares ajuda a “quebrar” o clima formal que pode pairar sobre esse momento. Mas, para além, a ação ampliada do/a PEF se torna uma oportunidade de aproximação com o usuário, do fazer coletivo e desenvolvimento de ações em grupos e, a partir daí, a identificação de necessidades de saúde que muitas vezes podem não aparecer no contexto de uma consulta tradicional.

Algumas atuações dos PEFs incluem, por exemplo, o atendimento multiprofissional abrangendo e contribuindo em necessidades de saúde que estão mais próximas à prevenção e ao controle das condições crônicas (obesidade, diabetes e hipertensão); do núcleo específico de outras profissões como na reabilitação com a fisioterapia; e nas orientações sobre alimentação com a nutrição. Outras ações não necessariamente ligadas à realização de PCAFs são: estruturação e estímulo dos conselhos gestores, educação em saúde, construção de livretos para orientação, palestras, ligações e visitas domiciliares para

acompanhamento de participantes, orientação e construção em conjunto com (ACS) e participação em ações desencadeadas por outro profissional da equipe.

Em relação às PCAF, no contexto geral da política nacional de saúde, há contradições entre a sua importância no âmbito discursivo e as opções e ações políticas do governo (2019-2022) (CARVALHO, 2020), com destaque para a descontinuidade do financiamento do NASF AB, a principal forma de inclusão do/a PEF no SUS e uma das principais formas de oferta das PCAF, mudando, a partir de 2021, a sua operacionalização como conhecemos até então. Havia previsão de financiamento para equipes multiprofissionais a partir de indicadores a serem pactuados (BRASIL, 2020b), o que não se concretizou, pois, o financiamento não era específico para as referidas equipes, o que deu margem para gestores/as municipais descontinuarem tais equipes, com repercussões para o/a PEF no SUS.

A formulação de um novo programa de PCAF no SUS, denominado Brasil em Movimento, também requer atenção por partir de uma lógica que aparentemente se afasta dos princípios do SUS e da AB. Esse programa seria ofertado por meio de um aplicativo (App) para dispositivos móveis e, pelo noticiado até então, a articulação com outros programas e ações da AB não está garantida já que cada PEF poderá ofertar diferentes modalidades de PCAF em espaços adequados, de acordo com critérios ainda não divulgados. Ou seja, a divulgação da atividade ocorrerá por meio do App, e ela ocorrerá em um local que o/a PEF cadastra-do julgar que ela pode ocorrer, dentre outras coisas, podendo rivalizar com outros programas e ações já existentes e sem articulação com a gestão municipal. Esse processo foi denominado como a uberização do trabalho do/a PEF (CBCE, 2019). Felizmente, o referido programa não foi lançado.

Outro elemento que merece ser abordado é o pleito feito ao governo federal de inclusão das academias de ginástica como serviços de saúde e, com isso segundo os propositores, a possibilidade de parcerias público-privadas, valorização profissional, entre outros, inclusive afirmando que as pessoas com condições crônicas de saúde poderiam procurar as academias, unidades de saúde, para prevenção e recuperação de “todos os males que acometem a saúde da população” (CREF 1, 2020). Tal medida, com caráter mercadológico em favor da iniciativa privada

do ramo de academias e similares, a partir dos argumentos supracitados, mostra desconhecimento de atuação da EF na saúde coletiva, que já ocorre a atuação em equipes multiprofissionais. E mostra ainda ufanismo corporativista ao crer que as PCAFs, os/as PEFs e as academias seriam capazes de remediar todos os males relacionados à saúde populacional. Por fim, também significará a drenagem de recursos do SUS para a iniciativa privada.

Assim, de forma sucinta, levantamos algumas questões relacionadas à atuação no SUS, dentre outras possíveis, que mostram um contexto complexo para o qual a formação deverá, de alguma forma, buscar respostas. Logo, há desafios importantes relacionados às novas conformações de programas e ações de PCAFs no SUS e, em especial, ao pensar nos processos formativos que estimulem o fazer junto em busca da referida intercessão e interprofissionalidade no cotidiano da Atenção Básica.

Por onde seguir: estratégias para avançar na formação em Educação Física para o campo da Saúde Coletiva

Embora concordando com Oliveira (2018) que afirma ainda ser recente a aproximação da EF com a Saúde Coletiva (e com o SUS) e, portanto, seus desdobramentos são incipientes, inclusive no tocante a formação profissional, a crise sanitária recente representada pela pandemia de Covid-19 nos relembra como é necessário repensar a formação e os currículos na direção da saúde pública e coletiva, onde haja a articulação complementar entre as perspectivas biológicas e socioculturais da saúde. Apontamos alguns elementos a serem incluídos e/ou fortalecidos na formação para a atuação em saúde, destacando que já havia questões históricas importantes a serem enfrentadas pelo campo da EF.

A partir da eclosão da pandemia de Covid-19, com interrupção das atividades presenciais e com as várias ondas de efeitos “secundários” decorrentes, outros contextos de trabalho e demandas de formação ficaram mais evidentes. Em termos da atuação no SUS, faz-se ainda mais necessário o/a PEF trabalhar de forma multiprofissional, já que a dinâmica das unidades de saúde tem exigido que “todos façam de tudo um pouco”.

No contexto da pandemia, foi importante o/a PEF se envolver no acolhimento, triagem e orientação para atendimentos nas unidades de saúde; busca de usuários com condições crônicas, “descompensados”;

visitas domiciliares (incluindo cuidados específicos sobre o Covid-19); cuidado com quem cuida a partir da realização de ações de PCAF para aliviar as tensões dos profissionais de saúde que estão atuando na linha de frente da pandemia; apoio a campanhas de informação e vacinação; funções de gestão/orientação de grupos na unidade de saúde de modo a não esquecer os problemas/necessidades em saúde que continuam acontecendo a despeito da pandemia.

O/A PEF tem competências e ferramentas mais específicas da sua formação e atuação que podem auxiliar a manutenção e promoção da saúde: a maior proximidade com o usuário a partir do contato nas atividades em grupo tem ajudado no momento da acolhimento na unidade; a postura mais lúdica tem auxiliado nas ações de saúde com as crianças; as PCAF com fins de relaxamento e ginástica desenvolvidas com os trabalhadores de saúde tem ajudado a deixá-los mais satisfeitos em estar cuidando de sua saúde num período em que é mais difícil realizarem essas atividades em outros locais.

Não obstante, um desafio que se amplia para a EF é a oferta de PCAF de maneira remota por meio de aplicativos para celulares e outras plataformas online. Apostar na realidade virtual que oferta “aulões” genéricos (um modelo tentado desde os anos 70/80 com Jane Fonda e seus vídeos de aeróbica) ou por meio de serviços individualizados, em geral pagos, sem interação com o corpo do outro pode representar uma perda para a profissão, principalmente se não nos prepararmos para tal realidade. Ademais, pensar essa estratégia como política pública de saúde pode reforçar ainda mais as iniquidades de acesso, de pertencimento e de oportunidade, considerando a exclusão digital que existe no Brasil. Pensar as PCAF em realidades virtuais é necessário, mas demanda cautela e debate para não acabar por contradizer alguns dos princípios importantes da promoção da saúde como participação social, equidade e integralidade.

Promover a saúde a partir da EF não se restringe a aspectos técnicos dos movimentos, que devem ser realizados de forma correta em sua biodinâmica. Não se trata de ofertar uma vídeoaula para quem quiser seguir os passos, com pouca ou nenhuma interação com os usuários. Devemos também resistir à perspectiva de culpabilização do indivíduo que passa por diferentes situações como estar desempregado e/ou com problemas relacionados à saúde mental, etc., que não se motiva

para usar o sofá da sala como aparelho de ‘malhação’, na perspectiva de “salve-se quem quiser/puder”. Lembrando que esta perspectiva é forte desde muito tempo, a partir dela as pessoas são responsabilizadas pela sua saúde e vida fisicamente ativa independente de quaisquer outras condições e elementos.

Pensar as PCAF numa perspectiva ampliada e coletiva de saúde significa discutir o espaço urbano e a saúde como direitos, e não mercadorias, portanto, não estando sujeitas às leis do comércio. Significa discutir a mobilidade ativa como opção para reduzir a poluição e a dependência de combustíveis fósseis, ao mesmo tempo que aumenta a interação e a inclusão sociais. E, no contexto da pandemia de Covid-19, era se envolver politicamente nos debates sobre a reabertura das academias, dos shoppings e comércios enquanto parques e praias permanecem fechados devido à transmissão sustentada do Coronavírus.

Parece convergente a ideia de que a formação nuclear para atuação em saúde historicamente apresenta hegemonia de concepções médico-higienistas, biologicistas e de valoração das habilidades físico-esportivas que acabam por privilegiar uma noção de saúde centrada nos componentes orgânicos e em sinais e sintomas manifestos de doenças e agravos, com distanciamento entre os pressupostos teóricos hegemônicos e os princípios do SUS e da Saúde Coletiva. Não se trata de negar a importância desses elementos, obviamente é fundamental que o/a PEF os tenha como parte de sua formação, mas torna-se imprescindível que busquem a construção de entendimentos que considerem outros aspectos necessários à construção de melhores níveis de saúde das pessoas, grupos e populações (SANTIAGO; PEDROSA; FERRAZ, 2016).

A formação em EF para atuação na Saúde Coletiva pressupõe o entendimento de como o mundo opera de forma a ser capaz de articular pensamentos complexos alinhados com preceitos éticos e filosóficos de defesa da vida. Necessita que o modelo explicativo do que foi identificado como fator de risco para uma determinada condição de saúde por meio do saber epidemiológico seja superado na perspectiva de que a existência da relação entre ele e um desfecho bastaria para explicar o complexo processo saúde-doença. Afinal, estar vivo ou praticar esportes de aventura, por exemplo, implicam riscos. Ou seja, conhecer tais fatores é importante e deve fazer parte da atuação do/a PEF, mas não deve ser compreendida como suficientes como geralmente ocorre.

Em complemento, a atuação exige que se compreenda para além da relação supracitada entre as PCAF e desfechos clínicos. Há que se considerar seus determinantes e condicionantes, aspectos subjetivos como prazer, dor, felicidade, pertencimento, representatividade, dentre tantos outros aspectos que deveriam compor a formação daqueles que irão trabalhar com pessoas em suas pluralidades e singularidades e com contextos muitas vezes adoecedores como os que compõem nossa vida atualmente.

É essencial pensar que há pessoas, sujeitos concretos, que podem ter escolhido estratégias de vida que os expõem a maiores ou menores riscos de uma ou outra doença acontecer, e não somente que há doenças ou fatores de risco perambulando por aí (COUTINHO *et al.*, 2013). É necessário até mesmo questionar até que ponto tais estratégias são escolhas ou imposições a partir das condições de vida. Ou seja, o 'como' e o 'porque' são tão importantes quanto 'o que' fazer.

Assim, nas especificidades nucleares da EF, é urgente uma formação mais ampla que não coloque as PCAF como panaceia para toda e qualquer condição de saúde. Tal formação pode cursar com a valorização da prevenção e controle de doenças, em especial as crônicas, mas de forma a tornar o processo de cuidado mais abrangente, considerando o contexto de vida das pessoas e as possibilidades e interesses que elas têm com e a partir dele, e não apenas o enfoque nas escolhas baseadas na informação e na suposta conscientização das pessoas.

Já nas generalidades da área da saúde, uma visão abrangente do processo saúde-doença-cuidado que oportunize a compreensão de que as PCAF são um elemento do cuidado em saúde, não necessariamente o mais importante, e a partir daí ocorra a construção de práticas que contribuam para todo o processo, em especial quando as PCAF não fizerem parte do projeto terapêutico. Nesse sentido, pensar a cultura corporal do movimento pode ser de grande valia, e não diminui o potencial das PCAF no processo supracitado, mas as colocam em diálogo com as reais possibilidades e interesses das pessoas e da sua relação com a saúde. Ademais, a saúde é construída, não de forma descolada da realidade, mas diariamente, nos ambientes (físicos e sociais) em que vivemos.

Ao se pensar em generalidades, é importante vislumbrar o trabalho em equipe, ao fazê-lo é importante que este seja estimulado desde a formação inicial e, nesse sentido, uma estratégia que tem ganhado re-

conhecimento da comunidade científica é a educação interprofissional. Essa estratégia, que já tem acontecido em algumas universidades, significa a possibilidade de convivência de estudantes de diferentes profissões em atividades de ensino integradoras que podem acontecer nas disciplinas, estágios curriculares, visitas às unidades de saúde, visitas domiciliares entre outras e, ao serem adotadas, possibilitarão o movimento de se aprender sobre os outros, com os outros e entre si, aprimorando assim o cuidado em saúde por meio da formação de um profissional com capacidade de trabalhar em equipe (ELY; TOASSI, 2018).

Outro aspecto a ser destacado no tocante à atuação em saúde coletiva refere-se à endogenia, reserva de mercado e forte visão corporativista da EF, a qual, dentre outras coisas, não compreende o movimento corporal também como possibilidade de atuação de outras profissões. Resguardadas as competências legais que, de forma simplificada, podem ser compreendidas como exclusividade do/a PEF na prescrição de exercícios, já o aconselhamento geral para as PCAF seria uma ação de qualquer profissional de saúde, o que acreditamos ser um importante ganho para a população já que aumentaria as possibilidades de o tema sair apenas e centralmente da esfera discursiva, a qual é muito comum, sendo possível ampliar sua difusão e aceitação.

A EF ainda está num momento de consolidação da sua atuação, em especial em espaços, ações e equipes multi e interprofissionais. Aparentemente aquilo que não é ligado diretamente à atuação do/a PEF com as PCAF ainda é marginal nos processos formativos na graduação e na pós-graduação. Essa visão mais ampla e complexa da saúde e da vida, não centrada na “prescrição” de exercícios, ensejará e propiciará novas visões sobre o núcleo/especificidades a serem exploradas na formação. Por exemplo, ir além da compreensão de que as PCAF são aquelas sistematizadas e ofertadas pelo/a PEF em locais específicos como academias, estúdios e outros serviços especializados.

Uma área de intercessão com outras formações e profissões que vem ganhando força nas discussões em saúde problematiza a cidade, os espaços de vivência e a circulação para ampliar as possibilidades de PCAF no deslocamento, no lazer e no direito à saúde, ao movimento, à cidade. A discussão das cidades ativas, saudáveis e sustentáveis, ou ainda cidades inteligentes, é uma forma interessante de articular os princípios de promoção da saúde para além do SUS. É uma oportunidade para que

o/a PEF se junte a uma gama de outros profissionais para pensar a saúde a partir de seus determinantes; para que, em sua especificidade (núcleo) de atuação, considere as PCAF como parte de uma cultura mais saudável de relação com a cidade, com o outro e com o meio ambiente. Para isso, necessita superar a visão reducionista de saúde e de PCAF, além de romper com a visão corporativista, mercadológica, excludente e inviável que defende que toda prática deve ser prescrita e supervisionada por um profissional.

Já em relação à saúde pública, considerando concepções ampliadas e mais complexas do processo saúde-doença, o/a PEF deve ampliar sua atuação para além da perspectiva da prevenção e do controle de condições crônicas. Tal atuação é, obviamente, relevante dado o quadro de morbimortalidade da população brasileira, mas não resume as possibilidades de atuação no SUS. De forma mais geral, articulada com o campo (generalidade), é imperativo que a formação em EF compreenda a saúde como direito e, portanto, inconciliável com sua mercantilização; problematize o desmonte das políticas públicas e o subfinanciamento do SUS além da precarização das formas de trabalho (eg.: a “uberização” e os aplicativos), que se avizinhava da EF na Atenção Básica.

A despeito dos desafios pregressos existentes, o contexto atual adiciona elementos de complexidade e pressão que precisam ser considerados quando se pensa a formação profissional para a saúde. A partir da pandemia, pululam opiniões e informações não cientificamente comprovadas sobre a eficácia de diversos tratamentos, dentre os quais afirmativas apriorísticas com poucas evidências de que as PCAF e o exercício aumentariam a proteção especificamente contra a Covid-19, que só vieram a ter evidências observacionais posteriormente. A divulgação em massa dessas informações, antes de existirem evidências científicas, tiveram como consequência o enfraquecimento do distanciamento social – a medida, até então, mais efetiva para a redução da transmissão viral e, portanto, da morbimortalidade. Já a aposta na modalidade de aulas virtuais e/ou uso de aplicativos de exercícios foi capitalizada e defendida como uma opção duradoura, mesmo após o retorno às atividades, o que também precisa ser problematizado sob pena de ter o transitório como duradouro.

Há que se pensar, de uma só vez, estratégias para cuidar dos doentes (e não da doença), prevenir novos casos e estruturar realidades

mais promotoras da saúde. Tal formação pode se ancorar no desenvolvimento de competências, tais como a formação de lideranças, iniciativa e gestão de grupos, letramento digital, comunicação, dentre outras, para que sejam realizados os enfrentamentos necessários, no âmbito da micro e macropolítica da vida. Temos ciência que a formação não pretende rivalizar com questões econômicas concretas mais amplas, mas, ao oportunizar ao/à PEF uma visão crítica da saúde, potencialmente contribuirá para que não embarquem em argumentos questionáveis e visões de mundo, da sociedade e da saúde que priorizem perspectivas individuais, mercadológicas e ufanistas.

Em síntese, defendemos uma formação em EF como área da saúde, principalmente a partir das universidades públicas, que assuma seus compromissos com o social; que supere o enfoque hegemônico no biológico e no individual, sem excluí-los por completo; que dialogue com processos históricos e eventos recentes (tais como a pandemia de Covid-19, a globalização e o retorno do nacionalismo, o conservadorismo nos costumes e a liberalização econômica, a redução dos direitos sociais e das redes de proteção social, a interconectividade, a hiperinformação, o papel da ciência na era da pós-verdade, dentre tantos outros). Assim a formação preparará o/a PEF para realizar pensamentos complexos e sistêmicos e atuar de forma transdisciplinar e intersetorial a partir das necessidades de saúde da população e da realidade local, territorial e do contexto de vida das pessoas.

Sabemos que tal desafio requer uma ruptura radical com o atual modelo político-econômico e que tal cisão não é simples. Mas que tais ideias nos sirvam ao menos de utopia, tal como um farol que guia nossos passos. Que ao menos nosso rumo, enquanto campo, seja em direção à defesa da vida, da saúde, dos direitos e da ética.

Referências

AGUIAR, V. C. F.; SOARES, S. L.; LEITÃO, H. V. A educação física e seu processo de formação para a saúde. **Revista on line de Política e Gestão Educacional**, v. 23, n. 2, p. 428-440, 2019.

BRASIL. Casa Civil. Lei no 9696, de 1 de setembro de 1998. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de educação física e cria os respecti-

vos conselhos Federal e Conselhos Regionais de educação física. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1 set. 1998.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. Resolução CFE nº 3, de 16 de julho de 1987. Fixa os mínimos de conteúdo e duração a serem observados nos cursos de graduação em Educação Física (Bacharelado e/ou Licenciatura Plena). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 218, de 6 de março de 1997. Reconhece profissões da área da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 mar. 1997

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 639, de 31 de março de 2020**. Dispõe sobre a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde”, voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 687, de 30 de março de 2006**. Institui a Política Nacional de Promoção da Saúde. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/ MS**. 2020b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/legislacao/legislacao-especifica/programa-previne-brasil/2020/nt_nasf-ab_previne_brasil.pdf/. Acesso em: 30 mar. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 6, de 18 de dezembro de 2018. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de graduação em Educação Física e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2018.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. Saúde coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 5, n.2, pp.219-230. 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>.

CAMPOS, G. W. S.; CKAHOUR, M.; SANTOS, R. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.141-144, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000100025>.

CANDIDO, L. D. O.; ROSSIT, R. A. S.; OLIVEIRA, R. C. D. Inserção profissional dos egressos de um curso de Educação Física com ênfase na formação em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 305-318, 2018.

CARVALHO, F. F. B. Educação Física e Saúde Coletiva: diálogo e aproximação. **Corpus et Scientia**, Rio de Janeiro, v. 8, n.3, p. 109-126, dez. 2012.

CARVALHO, F. F. B. Práticas corporais e atividades físicas na atenção básica do sistema único de saúde: ir além da prevenção das doenças crônicas não transmissíveis é necessário. **Movimento**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, 647-658, abr./jun. 2016.

CARVALHO, F. F. B.; NOGUEIRA, J. A. D. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1829-1838, 2016

CARVALHO, F. F. B. A atividade física no discurso governamental brasileiro: análise de alguns meios de comunicação à sociedade. **Caderno de Educação Física e Esporte**, Marechal Cândido Rondon, v. 18, n. 2,

p. 1-6, maio/ago. 2020.

CARVALHO, F. F. B.; GUERRA, P.H.A.; LOCH, M. R. Potencialidades e desafios das práticas corporais e atividades físicas no Cuidado e Promoção da Saúde. **Motrivivência**, Florianópolis, v. 32, n. 63, p. 1-19, jul./dez. 2020.

CARVALHO, F. F. B.; SILVA, R. G.; OLIVEIRA, R. B. A essencialidade das academias de ginástica para a saúde diante da pandemia da COVID-19 no Brasil. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**, Florianópolis, v. 25, n. 1, 2020.

COLÉGIO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE (CBCE). **Carta de repúdio ao programa Brasil em Movimento do Governo Federal**. Disponível em: <http://www.cbce.org.br/noticias-detalle.php?id=1405>. Acesso em 15 set. 2020

COLLIER, L. S. Educação Física, Ciência e Saúde: formação e atuação de professores. **Educación Física y Ciencia**, Buenos Aires, v. 21, n. 4, dez. 2019.

CONSELHO DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA PRIMEIRA REGIÃO (Cref 1). **Informes**: Academias como unidades de saúde. Mas o que isso significa? Disponível em: <https://cref1.org.br/informe/academias-como-unidade-de-saude-mas-o-que-isso-significa/>. Acesso em: 15 set. 2020.

COSTA, D. A. S. *et al.* Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, v. 22, n. 67, out./dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0376>

COUTINHO, S. S. *et al.* Discutindo os conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças. **FIEP Bulletin**, v. 83, Special Edition, 2013.

ELY, L. I.; TOASSI, R. F. C. Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde: a potência para educação interprofissional na graduação. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, v. 22, p. 1563-1575, 2018.

ELLERY, A. E. L.; PONTES, R. J. S.; LOIOLA, A. F. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 415-437, 2013

FURTADO, R. P. Novas Diretrizes e antigos debates: uma análise das novas DCN para a graduação em Educação Física. In: SOARES, Marta Genú; ATHAYDE, Pedro; LARA, Larissa. **Ciências do Esporte, Educação Física e Produção do Conhecimento em 40 Anos de CBCE**. Natal: EDUFRN, 2020. v. 4, p 115-136.

JERÔNIMO, J. S. A participação do profissional de educação física em um núcleo de apoio a saúde da família: protagonismo profissional além da aplicação de atividade física. **FIEP BULLETIN**, v. 85, Special Edition, 2015.

LEAL, M. B.; CAMARGO JÚNIOR, K.R. Saúde Coletiva em debate: reflexões acerca de um campo em construção. **Interface: Comunic., Saúde, Educ.**, v. 16, n. 40, p. 53-65, jan./mar. 2012.

LOCH, M. R.; RECH, C.R.; COSTA, F. F. A urgência da Saúde Coletiva na formação em Educação Física: Lições com o COVID-19. **Cien Saude Colet**, v. 25, n. 9, set. 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-urgencia-da-saude-coletiva-na-formacao-em-educacao-fisica-licoes-com-o-covid19/17618?id=17618>. Acesso em: 25 jun. 2020.

LOTTI, A. D.; NAKAMURA, E. Significados da prática profissional em Educação Física na área da saúde. **Pensar a Prática**, Campus Samambaia, v. 23, e54518, 2020.

NASCIMENTO, P. M. M.; OLIVEIRA, M. R. R. Perspectivas e possibilidades para a renovação da formação profissional em educação física no campo da saúde. **Pensar a Prática**, Campus Samambaia, v. 19, n. 1, mar. 2016.

NOGUEIRA, J. A. D.; BOSI, M. L. M. Saúde Coletiva e Educação Física: distanciamentos e interfaces. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1913-1922, 2017.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: história recente, passado antigo. In: CAMPOS, G. W. S.; CARVALHO, Y. M.; MINAYO, M. C. S.; DRUMOND JUNIOR, M.; AKERMAN, M. (org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz; 2009. p. 19-40.

OLIVEIRA, V. J. M.; GOMES, I. M. Os desafios da formação profissional em educação física para a área da saúde: uma interpretação a partir de periódicos da área. **Pro-Posições**, Campinas, v. 30, out. 2019a. Dis-

ponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2017-0123>

OLIVEIRA, V. J. M.; GOMES, I. M. O tema da saúde na formação inicial em educação física em uma universidade pública: reflexividade, agência e estrutura. **Movimento**, Porto Alegre, v. 25, n. 25077, 2019b).

OLIVEIRA, R. C.; ANDRADE, D. R. Formação profissional em Educação Física para o setor da saúde e as diretrizes curriculares nacionais. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 19, n.4, 2016.

OLIVEIRA, R. C. D. Educação física, saúde e formação profissional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. e280302, ago. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health**. Genebra. 2004.

RALL, L. M. F. **Que profissional de Educação Física queremos para atuar no SUS?:** análise da formação profissional do curso de Educação Física e Saúde da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. 2018. 134 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Atividade Física) –Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, 2018.

RIGO, L. C.; RIBEIRO, G. M.; HALLAL, P. C. Unidade na diversidade: desafios para a Educação Física no século XXI. **Rev. bras. ativ. fís. saúde**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 339-345, ago. 2011.

SANTIAGO, M. L. E.; PEDROSA, J. I. S.; FERRAZ, A. S. M. A formação em saúde à luz do projeto pedagógico e das diretrizes curriculares da educação física. **Movimento**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 443-458, abr./jun. 2016.

SANTOS, L.; FUNCIA, F. **Emenda Constitucional 95 fere o núcleo do direito à saúde**. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.cee.fiocruz.br/?q=E-menda-Constitucional-95-fere-o-nucleo-essencial-do-direito-a-saude>. Acesso em 15 jun. 2020.

SANTOS JÚNIOR, C. L.; RODRIGUES, R. C. F.; LAVOURA, T. N. Formação de professores de educação física: velhos problemas, novas lutas. In: SOARES M. G.; ATHAYDE, P.; LARA, L. **Formação profissional e mundo do trabalho**. Natal, RN: EDUFRN, 2020. p. 51-64.

TAFFAREL, C. N. Z. Currículo, formação profissional na educação física & esporte e campos de trabalho em expansão: antagonismos e contradições da prática social. **Movimento**, Porto Alegre, v. 4, n. 7, p. 43-51, 1997.

VENTURA, D. F. L. *et al.* Desafios da pandemia de COVID-19: por uma agenda brasileira de pesquisa em saúde global e sustentabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36 n. 4, abr. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00040620>

VERONEZ, L. F. C. *et al.* Diretrizes curriculares da Educação Física: reformismo e subordinação ao mercado no processo de formação. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Brasília, DF, v. 35, n. 4, p. 809-823, dez. 2013.

Formação em Educação Física e cuidado no campo da saúde mental

Felipe Wachs

Jéssica Félix Nicácio Martinez

Ameliane da Conceição Reubens-Leonidio

A saúde mental tem recebido cada vez mais atenção – seja nas políticas assistenciais, em noticiários ou em conversas do cotidiano – por diversos motivos. Um deles é o processo de desconstrução da loucura e de desmistificação do sofrimento psíquico, propiciando a diminuição dos preconceitos associados, da vergonha e das interdições. Outro é a compreensão da complexidade do processo saúde-doença-cuidado, que permite assumir a indissociabilidade da saúde mental em relação a outras dimensões constituintes dos indivíduos (e de coletivos), algo que pode ser traduzido na concepção de integralidade. Um terceiro motivo é a alta prevalência de pessoas que desenvolvem transtorno mental em algum momento de sua vida (SANTOS; SIQUEIRA, 2010), pauta importante no difícil enfrentamento da pandemia de Covid-19 e de distanciamento social que vivenciamos no momento em que esse texto foi escrito.

Por que escrever sobre saúde mental em um livro que discute a formação de profissionais de Educação Física? Apesar de compreendermos que saúde mental e sofrimento psíquico constituem e permeiam a vida de todo e qualquer ser humano, ela é vivenciada sempre de modo singular e com diferentes intensidades. Enquanto profissionais de Educação Física nos mais diferentes campos de atuação, precisaremos lidar com pessoas que têm medo, exaltam-se, estão sofrendo por algum motivo, fazem uso de substância psicoativa, precisam lidar com sua ansiedade, estão insatisfeitas com seu corpo, enfim, saúde mental permeia nosso cotidiano de trabalho inevitavelmente por trabalharmos com seres humanos. Essa dimensão de saúde mental que perpassa as práticas corporais de modo mais amplo estará presente no texto, contemplada

sobretudo quando tratamos da importância da formação de um profissional atento, com escuta qualificada, sem a qual ele pode se restringir a prescrever um treino sem perceber as singularidades de seus alunos e a forma como isso afeta a sua saúde e a prática corporal desenvolvida.

Trataremos, todavia, da formação de profissionais de Educação Física destacando a atuação com pessoas em intenso sofrimento psíquico, sobretudo em dispositivos e serviços de saúde mental. Para tanto, valeremo-nos do referencial da Saúde Coletiva (CAMPOS *et al.*, 2009) e do arcabouço clínico-político da Reforma Psiquiátrica e do modelo psicossocial (AMARANTE; NUNES, 2018) para nos auxiliar na compreensão teórico-metodológica e na análise das experiências relatadas. Acionaremos, ao longo do texto, experiências vivenciadas pelos autores como estudantes, como profissionais de saúde e como docentes universitários com o intuito de convocar materialidade para as discussões empreendidas. Cabe ressaltar que a temática da saúde mental é pouco presente na formação em Educação Física – sendo muito mais comuns temáticas vinculadas à psicologia da educação e à psicologia do esporte –, de modo que o objetivo deste texto é contribuir com reflexões acerca de sua importância na composição curricular. A produção do texto também foi mobilizada por recorrentemente encontrarmos, em trabalhos publicados sobre a atuação de profissionais de Educação Física no campo da saúde mental, menção à falta de formação prévia dos profissionais para atuarem com esse público (SILVA *et al.*, 2014; FURTADO *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2017).

Educação Física e o campo da Saúde Mental

Durante a década de 2010 a 2020, cresceu significativamente a inserção de profissionais de Educação Física em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Em junho de 2010, havia 1334 profissionais cadastrados no CNES dentro da família CBO 2241 - Profissionais de Educação Física. Ao longo da década, o aumento do número de profissionais cadastrados sob a família CBO 2241 é de mais de 500%, como é possível visualizar no quadro a seguir.

Quadro 1 - Profissionais de Educação Física Cadastrados no CNES.

Mês/ano	Profissionais de Educação Física cadastrados no CNES
Junho de 2010	1334
Junho de 2012	2325
Junho de 2014	4406
Junho de 2017	6374
Junho de 2020	8163

Entre os elementos que contribuíram para tal crescimento, estão as temáticas e as ações propostas pela Política Nacional de Promoção da Saúde, a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e do Programa Academia da Saúde, mas também a demanda por profissionais de Educação Física para atuarem em um modelo de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico voltado para o convívio social com a diferença, e não para a clausura da loucura. Dados de janeiro de 2019, analisados por Lima *et al.* (2019), disponíveis no CNES, apontam que havia 511 profissionais de Educação Física trabalhando em Centros de Atenção Psicossocial no país, com diferenças significativas entre os estados da federação.

O modelo de cuidado para pessoas em sofrimento psíquico passou por importante transformação no contexto brasileiro. Até o final do século XX, o modelo manicomial preponderava enquanto política pública assistencial, apesar do movimento antimanicomial desenvolver ações e propostas substitutivas desde o final da década de 1970 e início da década de 1980 no país (AMARANTE; NUNES, 2018). Em um cenário mais amplo, nesse mesmo período, fortaleceu-se o movimento sanitarista que deu sustentação teórico-conceitual e força política para a criação do SUS no final da década de 1980. A Reforma Psiquiátrica, entretanto, demorou um pouco mais para se concretizar no cenário nacional, e a lei que deu sustentação para mudança de modelo assistencial foi aprovada apenas em 2001 (BRASIL, 2001).

A Lei n. 10.216/01 consolidou a Reforma Psiquiátrica brasileira, tendo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como o serviço substitutivo que assume papel organizador da assistência em saúde mental (BRASIL, 2002). A saúde mental é um dos primeiros campos a consolidar a estruturação em rede dentro do SUS por meio da constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da Portaria MS/GM n.

3.088, de 23 de dezembro de 2011. A constituição da RAPS dá visibilidade à necessidade de articulação entre diferentes serviços para dar conta da complexidade da assistência em saúde mental e das diferentes necessidades que as pessoas em sofrimento psíquico apresentam, tais como moradia, cultura, consultas com profissionais de saúde, renda, entre outras. A RAPS contemplava, além do CAPS, serviços de Atenção Básica à saúde, incluindo Consultórios na Rua; serviços de urgência e emergência, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA); serviços de atenção residencial transitórios; serviços de atenção em hospitais gerais; e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) (BRASIL, 2011). A partir da publicação da Portaria MS n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017, a RAPS passa a agregar, além dos serviços citados, também Hospital Psiquiátrico, Hospital-Dia, Comunidades Terapêuticas e Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental (BRASIL, 2017). É importante destacar que essa Portaria e outros documentos regulatórios publicados a partir do final de 2016 são reflexos de um movimento de contrarreforma psiquiátrica que retoma a internação como principal diretriz assistencial e que redireciona recursos de serviços substitutivos ao modelo manicomial para hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas.

Esse contexto, de retrocesso das políticas públicas baseadas na luta antimanicomial e do cuidado em liberdade no país, intensificou-se no governo de Jair Bolsonaro como pôde ser observado, por exemplo, na Nota Técnica da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde, em 2019. Nesse documento afirma-se que “o Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza” e que “não há mais porque se falar em ‘rede substitutiva’, já que nenhum Serviço substitui outro” (BRASIL, 2019, p. 3-4). Ressalta-se, nessa Nota Técnica, ainda, que “a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos” (BRASIL, 2019, p. 5).

Com os novos ares democráticos no país a partir da eleição de Luiz Inácio da Silva à presidência da República em 2023, embora em um cenário social complexo e polarizado politicamente, alguns avanços puderam ser sentidos com as nomeações, de caráter técnico, de Nísia Trindade, ao Ministério da Saúde, e Sônia Barros, ao recém-criado Departamento de Saúde Mental, recolocando na agenda pública pautas

como os retrocessos no financiamento da RAPS e a centralidade das comunidades terapêuticas. Porém, amputaram-se das atribuições do citadido departamento o “Enfrentamento do Uso Abusivo de Álcool e outras Drogas” deslocando essas funções ao Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Não obstante, foi criado nesse ministério o Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas, o qual recebeu críticas contundentes do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (CNS, 2023; ABRASME, 2023; ABRASCO, 2023).

Além da análise do contexto político-social, para discutirmos a formação e atuação dos profissionais de Educação Física em saúde mental, é importante entender que não existe um modo único de atuar ou de orientar a atuação. A disputa entre modelos assistenciais no cenário nacional ajuda a compreender essa questão. Há profissionais de Educação Física vinculados a Hospitais Psiquiátricos atuando dentro desse modelo e reproduzindo práticas manicomialis. Algumas vezes, mesmo que possuindo intenções desinstitucionalizantes, acabam absorvidos pela instituição, seus valores e sua orientação clínica. Na dissertação de mestrado de um dos autores (WACHS, 2008), já se alertava para que a presença de profissionais de Educação Física em serviços de saúde mental não era uma novidade da Reforma Psiquiátrica e que antes da criação dos CAPS, já existiam profissionais atuando em hospitais psiquiátricos. Mesmo que voltemos nosso olhar para a atuação no contexto de um serviço de atenção psicossocial que defende o cuidado em liberdade, como é o caso do CAPS, a atuação do profissional de Educação Física pode ser estruturada de diferentes formas conforme a orientação teórico-metodológica adotada pelo profissional (WACHS, 2017) e pelo conjunto dos trabalhadores de saúde que organizam o cuidado em saúde mental naquele serviço.

Por exemplo, o profissional pode adotar a abordagem Cognitivo Comportamental para conduzir e ensinar técnicas de relaxamento corporal para controle e manejo da fissura de usuários de álcool e outras drogas (ALMEIDA; ARAÚJO, 2005). Assim, é possível encontrarmos nuances ou mesmo importantes diferenças na estruturação e condução das ações se o profissional se identifica mais com a psicanálise, com uma orientação psiquiátrica medicalizante ou com outro arcabouço teórico-metodológico em torno do sofrimento psíquico. Além das diferenças

encontradas no campo da saúde mental, existem os conflitos próprios da área, pois a produção acadêmica e a intervenção profissional centrada em parâmetros individuais e biofisiológicos da saúde humana é hegemônica na Educação Física, e seus profissionais têm dificuldade em legitimar suas intervenções sem recorrer aos saberes estruturados a partir da lógica biomédica. Acreditamos, todavia, que o trânsito da Educação Física no campo da saúde mental pode contribuir para tensionar essa hegemonia desde que estejamos atentos às demandas complexas que o cuidar na atenção psicossocial apresenta.

Um dos avanços que a aproximação entre a Educação Física e a Saúde Coletiva propicia é o enriquecimento das discussões acerca da integralidade no cuidado. Ela mobiliza que olhemos para o movimento corporal em sua complexidade e que construamos experiências potentes, buscando coerência entre as práticas desenvolvidas no campo de atuação profissional e o que essa complexidade predispõe. O campo da saúde mental é, provavelmente, um dos campos no qual essa complexidade fica mais evidente em função das características clínicas das pessoas em sofrimento psíquico e das demandas de cuidado que se apresentam para os profissionais.

Após quase 20 anos da publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica e de mais de 30 anos da criação dos primeiros CAPS no país, muitos profissionais de Educação Física já estiveram ou estão vinculados aos serviços de saúde mental orientados pelo modelo psicossocial. A maioria não teve contato com a temática da saúde mental durante sua formação inicial, precisando descobrir e construir sua prática a partir do cotidiano do serviço no qual estava inserido, algo para o qual uma das autoras já chamava a atenção em sua dissertação de mestrado ao entrevistar profissionais que atuam em CAPS. Esses profissionais relatam que a organização das práticas foi pautada basicamente no ensaio e erro, o que se constituiu, inicialmente, numa das principais dificuldades da intervenção (LEONIDIO, 2015).

Durante esse período, pudemos identificar também a produção acadêmica do campo da Educação Física se interessar por esse cenário de práticas, e o número de pesquisas conduzidas para melhor entender a atuação da Educação Física no campo da saúde mental aumentar, com destaque especial para intervenção profissional nos CAPS (WACHS, 2008; ABIB, 2008; WACHS, 2009; MACHADO, 2011; ROBLE;

MOREIRA; SCAGLIUSI, 2012; FERREIRA, 2013; LEONIDIO *et al.*, 2013; LEONIDIO, 2015; DAMICO; BILIBIO, 2015; MACHADO, 2015; FURTADO *et al.*, 2015; FURTADO *et al.*, 2016; FURTADO *et al.*, 2017; MACHADO; GOMES; ROMERA, 2016, FURTADO *et al.*, 2018; GADELHA, 2019; OLIVEIRA, 2020; DALTIO; ABIB; GOMES, 2020; FIGUEIREDO; OLIVEIRA; ESPÍRITO-SANTO, 2020).

Na sequência do texto, iremos destacar e discorrer sobre cinco tópicos relacionados à formação em saúde mental de profissionais de Educação Física: O cuidado em saúde mental e a escuta qualificada; Práticas corporais no contexto do CAPS e as singularidades de indivíduos e grupos; Dificuldades do cenários de cuidado em saúde mental e a desconstrução de preconceitos; Formação inicial, especialização e formação continuada; e Outras contribuições para a formação: interprofissionalidade e articulação entre ensino, serviço e comunidade.

O cuidado em saúde mental e a escuta qualificada

Para quem está se familiarizando com o campo da saúde mental, da mesma forma que para outros contextos, apresenta-se como necessário todo um processo de apropriação de conceitos estruturantes, políticas próprias, siglas, termos, valores e princípios que orientarão e organizarão a intervenção profissional. O que é PTS? O que são CID e DSM? O que é desinstitucionalização? O que é sialorreia? O que significa dizer que o usuário está impregnado? O que é redução de danos? Por que a clínica deve ser compreendida como ética, estética e política? Evidentemente, quando falamos em formação de profissionais de Educação Física, sobretudo em nível de graduação, não podemos esperar que a carga horária curricular disponível seja capaz de tornar o estudante fluente em saúde mental, como não o é para muitos outros de seus campos de atuação, mas podemos esperar que essa formação inicial ofereça base teórica, elementos pedagógicos e técnicos que propiciem ao futuro profissional reconhecer aspectos relacionados ao sofrimento psíquico e buscar por recursos que o auxiliem a estruturar sua intervenção.

O cuidado em saúde mental numa perspectiva desinstitucionalizante se estabelece a partir da noção de liberdade, não só no sentido de finalidade, mas na própria condução da atenção. Assim, a desinstitucionalização visa a superação de práticas hospitalocêntricas que se

centram na doença. O território, portanto, deve se constituir enquanto *locus* do cuidado, mediado por serviços que constituem a RAPS e, sobretudo, o CAPS. Dessa forma, a clínica deve ser ampliada, isto é, deve dar espaço às singularidades dos sujeitos, considerando seus desejos, interesses, trabalho, cultura, família e rede social (BRASIL, 2007). Tudo isso pode soar muito estranho e difícil para estudantes e profissionais de Educação Física por estarem muito mais acostumados a reproduzir protocolos e métodos, assim como de generalizar prescrições de exercícios. Talvez seja importante enfatizar que, quando falamos em singularidades dos sujeitos aqui, significa muito mais do que seu peso, sua altura, sua idade ou se possuem síndrome metabólica ou não. Significa considerar sua história de vida, sua configuração familiar, seus desejos, seus mecanismos de defesa, a forma como se veem e são vistos, a forma como se relacionam com outros e como os outros se relacionam com eles, os espaços que ocupam na sociedade e a forma como a sociedade os posiciona. Enfim, cuidar de modo desinstitucionalizante passa por desconstruir o cuidado tutorial ditado pelo profissional, por não interditar a potência de vida em cada indivíduo e por reconhecer a importância do protagonismo dos usuários nas decisões sobre seu processo terapêutico. Para a organização do trabalho de profissionais de Educação Física, que frequentemente trabalham com grupos, significa reposicionar a centralidade dos sujeitos e suas necessidades, planejar as atividades em acordo com o que faz sentido para o grupo, compartilhar decisões, conduzir intervenções pensando no processo terapêutico de indivíduos e do grupo, ser resiliente diante do que se sobrepõe, no cotidiano de cuidado, ao que foi inicialmente planejado.

No exercício da clínica ampliada, encontra-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que é uma ferramenta de corresponsabilização entre equipe multiprofissional e usuários, gerada em função das singularidades e diálogos interprofissionais, tendo como objetivo nortear as propostas terapêuticas. Um profissional da equipe, denominado de Técnico de Referência (TR), fica responsável pelo acompanhamento, articulação, pactuação e avaliação do PTS (BRASIL, 2013).

O PTS não desconsidera os critérios diagnósticos, sendo na saúde mental utilizado como referência o Código Internacional de Doenças (CID), catalogado pela OMS; e o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA). No entanto, tendo em vista as singularidades, usuários podem ser

classificados diante dos mesmos critérios e, ainda assim, apresentar respostas diferentes às propostas terapêuticas. É daí que decorre a necessidade de uma escuta qualificada, cuidadosa e sensível, considerando o sujeito em sua singularidade, implicando também a família e o coletivo, numa atitude ética, estética e política no cuidado em saúde mental.

A defesa por não centralizar a organização do cuidado em saúde mental na doença, não significa ignorar sintomas e diagnósticos. Se formos elencar conteúdos que consideramos relevantes para formação de profissionais de Educação Física para atuar em saúde mental, um deles seria reconhecer sintomas e conhecer os manuais e os grandes grupos diagnósticos. É importante que o profissional possa ler um prontuário e compreender possíveis sintomas de um usuário que recebeu diagnóstico de esquizofrenia, anorexia ou transtorno bipolar. O problema não é o diagnóstico, mas o que, algumas vezes, se faz a partir dele, como considerar que toda pessoa com diagnóstico de esquizofrenia deva realizar uma determinada prática corporal da mesma forma. Consideramos importante que a formação propicie, também, ferramentas para que os futuros profissionais possam organizar grupos e oficinas dentro de serviços especializados, mas a apropriação dessas ferramentas deve ser construída junto com uma base teórica que permita compreender o sofrimento psíquico, a organização dos processos terapêuticos e a formulação e gestão de políticas assistenciais. Esperamos que, dessa forma, a formação em saúde mental escape de uma abordagem tecnicista - uma crítica que é histórica, mas ainda recorrente aos currículos da Educação Física. Dessa forma, também, o profissional estará melhor preparado para atuar nos serviços em outras funções, que não apenas no papel de tarefeiro (FERREIRA; DAMICO; FRAGA, 2017) que conduz uma oficina em múltiplos serviços sem compor as equipes de trabalhadores de forma mais orgânica. Poderá, assim, qualificar sua escuta, melhorar o cuidado promovido em grupos e oficinas, mas também assumir acolhimento de novos usuários, participar da construção de PTS, cuidar em espaços de ambiência, entre outros. O campo da saúde mental frequentemente ousa borrar fronteiras das especificidades profissionais para construir uma clínica comum (CAPOZZOLO; CASETTO; HENZ, 2013), sustentada nas demandas dos usuários e na prática colaborativa entre os profissionais.

Em nossa experiência enquanto docentes que orientavam estágio de graduação em Educação Física em serviços de saúde mental, por

vezes escutávamos algum aluno inicialmente questionar a pertinência do estágio, pois não projetava atuar em CAPS ou no SUS. Após algum tempo de estágio, esses alunos percebem que pessoas em sofrimento psíquico também irão frequentar academias, clubes e escolas nos quais pretendem atuar, ou mais, reconhecem em si e em pessoas ao seu redor elementos característicos da saúde mental que antes não percebiam. Uma formação ampla que considere a escuta atenta e qualificada ajuda a desconstruir resistências, estabelecer vínculos e alcançar melhores resultados seja no contexto especializado de um CAPS, seja em atividades da Atenção Primária em Saúde, em uma academia de ginástica, um clube ou uma escola. Uma experiência vivenciada por um dos autores ajuda a ilustrar, de modo bastante simplificado, escutar de modo atento ao que um usuário manifesta.

Certa vez, nos primeiros meses que cursava a Residência Multiprofissional em Saúde Mental, pretendia fotografar um hospital psiquiátrico para um trabalho a ser apresentado em um congresso científico e uma moradora se aproximou exaltada dizendo que não podíamos fotografar. Não entendi sua agressividade, mas um colega mais experiente perguntou se ela queria aparecer na foto e a mudança de postura foi imediata, seguida da sinalização positiva. Naquele momento entendi que sua agressividade foi a forma de expressar seu desejo de aparecer na foto e de ter a foto para si.

Práticas corporais no contexto do CAPS e as singularidades de indivíduos e grupos

Anteriormente, comentamos sobre a importância de uma escuta qualificada nos diferentes cenários de atuação profissional da Educação Física. Agora, aprofundaremos um pouco mais a discussão acerca da atuação em serviços especializados em saúde mental, com destaque para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Nossa proposta é trazer alguns exemplos para colaborar na compreensão da complexidade da atuação nesse contexto e nos desdobramentos desses elementos na formação em Educação Física. Para iniciar essa discussão, ressaltamos que os CAPS, enquanto serviços de saúde constituídos a partir de um projeto terapêutico, possuem códigos e funções que precisam ser apropriados pelos profissionais de Educação Física que ali se inserem. As atividades desenvolvidas no contexto escolar, em academias de ginástica

ou em outros campos de atuação não podem simplesmente ser transportadas para o interior do CAPS (WACHS, 2008). Como construir propostas e desenvolver atividades a partir das práticas corporais que respeitem as singularidades de indivíduos e grupos e estejam balizadas em princípios e conceitos da reforma psiquiátrica? A resposta obviamente não é simples. Não pretendemos propor uma intervenção a ser generalizada em diferentes serviços, de modo que traremos exemplos que acompanhamos no contexto de formação para auxiliar o leitor a pensar e construir sua prática, conhecedor que é de seu próprio contexto.

Nos estágios curriculares da Faculdade de Educação Física e Dança da Universidade Federal de Goiás desenvolvidos em CAPS, cobrávamos dos estudantes a elaboração de um plano de intervenção que precisava, entre outros elementos, conter conceitos estruturantes que sustentariam a proposta e demonstrar apropriação do contexto no qual as atividades seriam desenvolvidas. Foram produzidas ricas experiências centradas nos usuários e construídas com eles, das quais apresentaremos algumas.

Uma primeira experiência foi desenvolvida com um grupo de mulheres em acompanhamento em um CAPS Álcool e Outras Drogas (CAPS AD). As usuárias haviam tido experiências bastante distintas, com uso de substâncias diferentes e com formas variadas de se relacionar com essas substâncias. Algumas estavam abstinentes há tempo, e outras não. Muitas tinham sofrido algum tipo de violência física. Algumas tinham trabalhado como profissionais do sexo. Para quase todas, a relação com seu próprio corpo não era algo tranquilo, algumas vezes objetificado, outras, negligenciado. As estagiárias, após analisar essas particularidades do grupo e de escutar seus desejos e anseios, desenvolveram uma proposta de intervenção a partir da dança visando contribuir com o processo terapêutico das participantes. A partir da dança, buscaram trabalhar um reencontro com o próprio corpo, a percepção de si, a autoestima e a sensualidade.

Uma segunda experiência foi desenvolvida, no mesmo CAPS, com um grupo de homens usuários, predominantemente, de crack. O grupo já existia antes da inserção dos estagiários e era conduzido por uma psicóloga. O grupo tinha como característica grande rotatividade dos participantes pela descontinuidade do tratamento. Alguns dos par-

participantes mais frequentes estavam em tratamento por medida judicial, de modo que furtos e violência faziam parte do histórico de muitos e homicídio de alguns. Os estagiários identificaram a violência e a empatia como elementos a serem trabalhados no processo terapêutico. Optaram por trabalhar com artes marciais, evocando princípios/filosofia que as sustentam e atividades práticas e discussões reflexivas visando o exercício do autocontrole, do respeito ao corpo do outro e da percepção da forma como o outro vivencia a experiência.

Uma terceira experiência foi desenvolvida em um CAPS Infantil (CAPSi). O grupo de estagiários, durante o período de reconhecimento do campo, identificou que os pais passavam muito tempo se deslocando, em reuniões com escola e em consultas com os filhos, ou seja, muito do tempo que passavam juntos girava em torno da “doença”. Pouco tempo era despendido em atividades prazerosas compartilhadas, o que acabava frequentemente posicionando as crianças como “fardos”. Percebiam o adoecimento dos pais. Muitas das crianças em tratamento no CAPSi tinham dificuldades na escola ou no relacionamento com outras crianças de modo geral, algumas vezes, tendo seu comportamento caracterizado como opositor. Os estagiários propuseram a criação de uma oficina chamada de Brincar Pais e Filhos. A oficina foi apresentada para equipe do serviço que identificou e indicou 10 famílias que poderiam se beneficiar da proposta. Foram 10 encontros, durante os quais exploraram o brincar em um amplo leque de atividades buscando propiciar momentos lúdicos e educativos entre crianças em atendimento no CAPSi e seus responsáveis. Visou-se, assim, contribuir na qualidade do tempo despendido em família, na ampliação do vocabulário lúdico, nas relações interpessoais das famílias e no processo terapêutico conduzido no serviço.

As experiências relatadas podem contribuir para elucidar como nós, autores, pensamos a organização do cuidado centrado no usuário e nas suas necessidades sociais, bem como a importância desses princípios balizadores comporem o processo de formação profissional. Nem sempre é fácil encontrar a forma de trabalhar a partir da identidade da Educação Física no contexto da saúde mental de modo a estruturar intervenções condizentes com o projeto terapêutico dos serviços e a articular com as outras propostas de cuidado desenvolvidas. Por vezes, esbarramos nas limitações de nossa formação ou da formação interprofissional da equipe para prática colaborativa ou mesmo nas relações de

poder instituídas entre as profissões e na lógica manicomial presente em alguns serviços substitutivos.

Há, também, dificuldades na compreensão sobre a identidade da intervenção profissional no campo da saúde mental, por vezes atrelada ao processo ainda precário de apropriação teórico-metodológica da Saúde Mental e da Saúde Coletiva, reflexo da inserção ainda incipiente na formação inicial e das poucas oportunidades de formação na pós-graduação. Nesse sentido, em nossas experiências com estágio no CAPS, também identificamos a ausência da promoção de atividades com as práticas corporais, mesmo com a presença de profissionais de Educação Física nesses serviços. Assim como observamos, também, uma compreensão das práticas corporais reduzidas à finalidade recreativa ou de atividade “meio”. Nesse caso, o profissional de Educação Física desenvolvia sua intervenção no tempo que o usuário estava esperando para o atendimento médico ou psicológico, considerados, nessa lógica, como as ações principais no CAPS. A pesquisa de Furtado *et al.* (2018) salienta que também é necessário ampliar as práticas corporais desenvolvidas nos CAPS, diversificando a intervenção profissional muitas vezes restrita aos “exercícios físicos e ginásticos”, o que coloca alguns limites para o processo de desinstitucionalização e reinserção social dos usuários.

Os achados de Furtado e seus colaboradores demonstram que ainda temos muito a avançar. Em outros textos e contextos, podemos encontrar importantes pistas sobre esses avanços e sobre como a Educação Física contribui para o movimento desinstitucionalizante proposto pelos CAPS. A inserção da Educação Física em serviços de saúde mental pode, por exemplo, reforçar o olhar para integralidade no cuidado (GADDELHA, 2019) e ajudar a dar visibilidade para o corpo desses usuários (OLIVEIRA, 2020), afinal é o corpo que sente, é o corpo que sofre, que se expõe, que se expressa. Em um contexto de cuidado no qual a verbalização em *setting* delimitado costuma ser mais recorrente na organização das propostas terapêuticas, a intervenção profissional da Educação Física ajuda a convocar corpos ao movimento e a reflexões acerca da expressão em diferentes cenários, mais fluidos e abertos ao inusitado. A experiência a seguir, vivenciada por uma das autoras, ilustra a contribuição da Educação Física para visibilização do corpo no cuidado em saúde mental.

No CAPS havia um usuário que sempre se mantinha distante, recusando-se a realizar as práticas de nosso grupo. Em um dos encontros, esse usuário se aproximou por gostar de uma música em especial e a partir dali passou a frequentar o grupo. No entanto, recusava-se tocar ou ser tocado, mantendo-se “isolado” nas práticas corporais que requeriam contato físico. Respeitávamos sua posição, porém essa atitude também se refletia em seu PTS, pois não conseguia estabelecer um vínculo com seu TR. Um dia propomos uma massagem em dupla, utilizando bolas de tênis. Sua dupla seria a profissional de Educação Física. À princípio, o usuário fez uma expressão de espanto, mas logo aceitou participar da atividade. Iniciava-se, então, uma relação de confiança que repercutiu também na relação do usuário com a equipe e outros usuários.

Acionamos esse acontecimento para reiterar que a presença de profissionais de Educação Física em serviços de saúde mental não é uma concessão feita pela dificuldade de outros dispositivos assistenciais atenderem essa população, nem deve ser uma transposição de práticas desenvolvidas em outros contextos. A Educação Física e as práticas que compõem sua identidade profissional podem contribuir na atenção psicossocial e harmonizar com o conjunto de práticas que constituem o projeto terapêutico dos serviços. Importante que isso seja trabalhado na formação para que os futuros profissionais sustentem suas propostas de intervenção quando movimentos de as posicionar no tempo de espera entre consultas relatados acima surjam.

Dificuldades do cenário de cuidado em saúde mental e desconstrução de preconceitos

O presente ponto foi pensado para destacar que, na formação de profissionais atentos às necessidades dos usuários e implicados com uma proposta de cuidado desinstitucionalizante, é preciso que se desconstrua propostas de ensino restritas a transmissão de conhecimento. É importante para que tenhamos um profissional com olhar humanizado, que seu processo de formação também transcorra de forma humanizada.

A participação de estudantes em estágios no campo da saúde mental ou mesmo o estudo sobre sintomas psiquiátricos precisa considerar a necessidade de um apoio pedagógico mais próximo pelo docente e pelos profissionais do campo de estágio. Isto porque a particularidade

desses serviços, frequentemente, expõe os estudantes a contextos desconhecidos, com sintomas que nunca presenciaram ou mais, desestabiliza seus mecanismos de defesa e cobra que olhem para suas próprias fragilidades, suas relações, seus sofrimentos e seus comportamentos. Lidar com o sofrimento de usuários e de seus familiares produz sofrimento. Essa questão nos serviços de saúde mental ocorre de forma ainda mais intensa e não podemos ignorá-la durante a formação. O cuidado em saúde mental é complexo, e o processo de formação ampliada deve considerar esses elementos característicos que se evidenciam no campo da saúde mental.

Consideramos fundamental que as propostas de formação resguardem espaços protegidos para que os estudantes possam compartilhar seus sentimentos e aquilo que a fala e as ações dos usuários provocaram neles. O docente e os profissionais do campo de estágio, por vezes, precisarão auxiliar o estudante a elaborar essas sensações e a perceber como atrasos, sonolência, asco, raiva e outros aspectos podem ser manifestações que têm muito a nos dizer.

Olhar para si e para o que o outro provoca em si mesmo é importante para manutenção de sua saúde mental, mas é também relevante para forma como irá organizar a intervenção em relação ao outro. Como lidar com um usuário com comportamento agressivo direcionado ao estudante/terapeuta sem imediatamente assumir culpa por algo que nem sabe o que é ou sem assumir uma posição defensiva? Como lidar com um comportamento sexualizado ou com comportamentos bizarros ou com alguém tendo alucinações? Como dissociar o usuário com diagnóstico de esquizofrenia do familiar que tinha o mesmo diagnóstico? Como lidar com o que tudo isso pode provocar em si mesmo e ainda encontrar intervenções adequadas e potentes centradas nas necessidades do usuário e não balizadas pelo viés “se eu fosse você, eu faria isso e aquilo”?

Para que o estudante consiga lidar com tudo isso e assumir um lugar de cuidador no campo da saúde mental, será preciso desconstruir uma série de preconceitos que circulam sobre o campo, como a imagem de louco perigoso que deve ser recluso para proteger os demais membros da sociedade (AMARANTE, 2007). Ou como a concepção de que toda pessoa que usa maconha passará a usar cocaína que passará a usar crack e que depois, conseqüentemente, irá morrer. Em nossa experiên-

cia docente, a desconstrução da maioria desses preconceitos não demora muito para ocorrer quando os estudantes estão em campo diante de pessoas de carne e osso com suas histórias peculiares de vida, e não mais diante do parâmetro que o preconceito lhes impunha.

Em minha primeira participação na oficina atuando como estagiário estava nervoso, pois não sabia com o que iria me deparar. É muito fácil fazer “brotar” pré-conceitos de algo que ainda não se conhece e, em se tratando de um CAPS, não há como não associar, para um leigo no assunto, ao estereótipo do “louco”. Pode-se perceber que eu era influenciado pela lógica manicomial, centrada no hospital psiquiátrico. (GOLDSCHMIDT FILHO, 2013, p. 32)

Formação inicial, especialização e formação continuada

A maior parte das discussões empreendidas até aqui e dos exemplos relatados estava atrelada à formação inicial, ou seja, tratavam do espaço privilegiado de formação que são os cursos de graduação. Como já afirmamos anteriormente, não esperamos que um curso de graduação em Educação Física propicie que um estudante torne-se fluente no campo da saúde mental. Gostaríamos de desdobrar essa afirmação e salientar que a formação não se restringe a cursos de graduação.

As discussões acerca da formação profissional da Educação Física são vastas, e não pretendemos adentrá-las aqui, mas precisamos chamar a atenção que os cursos de graduação possuem limitações no que tange a carga horária. No caso da Educação Física brasileira, a diversidade de cenários de atuação profissional faz com que a composição curricular se torne ainda mais complexa e, mesmo com a fragmentação da formação da área em licenciatura e bacharelado, a complexidade e a diversidade se mantêm. Ainda temos composições curriculares e seriadas muito duras e pouco articuladas, o que nos leva a antecipar a questão que o leitor deve estar pensando: cabe uma disciplina sobre saúde mental nos cursos de graduação em Educação Física? Consideramos que sim, mas que o jogo de forças que definem a composição curricular pode ser bem desfavorável para tal inserção. Mesmo que não como disciplina, mas como conteúdo de algum componente curricular, a tematização da saúde mental é fundamental para que o futuro profissional compreenda a integralidade e a tome por princípio na organização de sua prática. Ou

seja, não basta que a formação anuncie e replique que o estudante deve entender saúde a partir de sua concepção ampliada sem que forneça subsídios que o permitam ampliar seu olhar para além do biológico. Como já dissemos anteriormente, saúde mental como conteúdo do curso de graduação formará melhores profissionais não apenas para serviços especializados ou para outros dispositivos do SUS, mas também para escolas, academias, clubes, etc.

Voltemos às limitações dos cursos de graduação que antes anunciávamos. Se os cursos de graduação em Educação Física têm espaço apenas para uma visão panorâmica da saúde mental, existem outros espaços de formação bastante ricos que permitem um maior aprofundamento. Existem materiais disponíveis em plataformas digitais, existem cursos curtos focados em determinados perfis diagnósticos ou em técnicas específicas de intervenção, existem cursos de especialização, enfim, para quem tem interesse em aprofundar seus estudos ou conseguiu oportunidade de trabalho que demanda esse aprofundamento, existem muitas alternativas. A formação não se encerra na formatura da graduação, ela deve ser continuada. Um bom profissional sempre precisará estudar, revisar o que já fez parte de sua formação, atualizar-se, buscar novos saberes ou mesmo estudar o caso, o histórico de vida e as necessidades das pessoas para quem organiza sua intervenção.

Dentre as opções de formação, gostaríamos de dar destaque para as Residências Multiprofissionais, uma vez que os três autores cursaram diferentes Residências e que elas foram marcantes para o seu processo de formação. As Residências Multiprofissionais herdaram seu nome a partir da tradição médica de formação de especialistas na modalidade de residência desenvolvida através da formação em serviço. As Residências Multiprofissionais foram instituídas a partir da promulgação da Lei 11.129 de 2005. Apesar de algumas experiências pioneiras antecederem essa Lei, a partir dela, cresceu significativamente o número de Programas de Residência Multiprofissional no Brasil, propondo especializações em diversos campos da assistência em saúde como oncologia, dermatologia, atenção básica, saúde mental e outros. Alguns desses cursos recebem profissionais de Educação Física, sendo que a oferta de vagas nos cursos voltados a saúde mental é frequente. As Residências são uma proposta de formação com intensa imersão no campo, alta carga horária semanal, mas com a vantagem de ofertar bolsas que auxiliam na permanência e que são contrapartida pelo trabalho dos residentes. Uma das

potências constituídas com a proposta de Residências Multiprofissionais é a qualificação para trabalhar em equipe, formando profissionais capazes de estabelecer relações mais horizontais e desenvolver práticas colaborativas no contexto de atuação. De acordo com Ceccim (2018), as Residências Multiprofissionais visam promover transformações nos serviços, na educação, nas ações e nas práticas pedagógicas, que podem resultar em novos arranjos nos processos de trabalho.

Outras contribuições para formação: interprofissionalidade e articulação ensino-serviço-comunidade

Apesar de a Lei de Reforma Psiquiátrica ter sido aprovada apenas em 2001, o campo da saúde mental conseguiu ousar e avançar em relação a aspectos que outros campos da saúde ainda pouco conseguiram. Gostaríamos de destacar dois deles neste momento do texto: a interprofissionalidade e a articulação ensino-serviço-comunidade. Em relação ao primeiro, os serviços de saúde mental normalmente possuem práticas já instituídas em favor da interlocução entre os diferentes profissionais como reuniões de equipe, reuniões de turno, discussão de caso, composição de PTS, condução compartilhada de grupos e oficinas, entre outros. Em relação ao segundo, a própria constituição de um movimento antimanicomial aproximou profissionais e usuários e gerou frutos nas relações de cuidado cotidiano concebidas de forma menos vertical entre terapeutas, usuários e familiares. Também houve ganhos estruturais, tais como a constituição de assembleias para decidir a organização e o cuidado dos serviços de saúde; de associações de usuários e familiares; e conferências temáticas preparatórias para Conferência Nacional de Saúde. A articulação serviço-comunidade com a universidade, seja em suas atividades de ensino, extensão ou pesquisa, também é profícua. Além do interesse em que os serviços constituam-se como campo de práticas e de estágio propiciando aos estudantes experiência em um contexto vivo de cuidado, outros elementos possibilitam o fortalecimento da tríplice articulação (ensino-serviço-comunidade) como a necessidade de compor bases teóricas e clínicas para sustentar a mudança do modelo assistencial, a inserção articulada de várias profissões, toda movimentação para criação de uma rede assistencial que substituísse o manicômio, enfim, elementos ricos e potentes para que instituições universitárias

comprometidas com a saúde da população desenvolvessem projetos variados.

Consideramos que a inserção da saúde mental na formação em Educação Física contribui para que esses dois aspectos, a interprofissionalidade e a articulação ensino-serviço-comunidade, façam-se mais presentes nas propostas pedagógicas dos cursos, enriquecendo-as ao tensionar estruturas curriculares e institucionais muito endógenas.

A saúde sempre foi temática que permeou a formação superior em Educação Física, e, há tempos, podemos ver profissionais atuando no campo da saúde, no entanto, diferente de outras profissões, é apenas na versão de 2018 das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) que SUS, Saúde Coletiva e articulação ensino-serviço-comunidade passam a ser previstos para formação inicial (BRASIL, 2018). Essa limitação dos currículos no trato com a Saúde Pública e a Saúde Coletiva, identificando a ausência ou insuficiência desses conhecimentos e/ou sua marginalização no percurso formativo, já foi sinalizada em pesquisas no campo da formação em Educação Física (COSTA *et al.* 2012; PASQUIM, 2010; ANJOS; DUARTE, 2009; BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009; OLIVEIRA, 2018). A discussão acerca da formação interprofissional permanece ignorada nas novas DCN, apesar de o documento citar o trabalho em equipes multiprofissionais como habilidade a ser desenvolvida durante o curso.

A formação de trabalhadores de saúde é uma temática histórica e fundamental não somente para o campo da saúde mental, mas para a garantia do direito à saúde à população brasileira nas diversas redes de cuidado que integram o SUS. Na Constituição Federal de 1988 e na Lei orgânica nº 8.080/90, foi estabelecido que a formação de trabalhadores da saúde deveria ser competência do SUS (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). Para dar conta dessa responsabilidade, foi criada em 2003 a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) pelo Ministério da Saúde, que assumiu a formulação de políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil. A criação da SGTES ocorre na necessidade de reorientação da formação profissional; com abordagem integral do processo saúde-doença; valorização da Atenção Primária em Saúde e integração ensino e serviços para fortalecer o SUS.

Nos últimos anos, a formação vem sendo discutida sob a perspectiva interprofissional, tendo em vista a necessidade de estabelecimento

do trabalho em equipe por meio de práticas colaborativas. Espera-se que um trabalho em equipe melhor articulado alcance maior resolutividade e qualidade na assistência. Em 2010, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o “Marco para a Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa”, com o objetivo de fornecer ideias para a implementação da educação interprofissional e prática colaborativa nos países membros. Nessa trajetória, em 2017, o Brasil elabora o Plano de Ação da Educação Interprofissional em Saúde. Esses documentos chegam para tensionar, sobretudo, a educação superior a fim de provocar diálogos entre diferentes áreas para construção de estratégias nas quais os estudantes possam aprender a trabalhar juntos, pois “quanto mais se se trabalha em equipe, mais se pode compartilhar dos saberes uns dos outros, ampliando-se o arsenal de competências e a capacidade de resposta” (CECCIM, 2018, p. 1741). Experiências de formação interprofissional, em nível de graduação, vêm sendo descritas em algumas regiões do país, ainda em caráter preliminar (CAPOZZOLO *et al.*, 2018; BATISTA, 2012).

Na Educação Física, a discussão sobre interprofissionalidade ainda é tímida (FERREIRA *et al.*, 2013; CANDIDO; ROSSIT; OLIVEIRA, 2018), mas ela tem sido convocada nos currículos a partir de políticas de indução. Podemos considerar que o modelo mais consolidado para a formação interprofissional atualmente no Brasil, ocorre em nível de pós-graduação, através dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, anteriormente citados. No âmbito da graduação, iniciativas como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), criados em 2005 e 2010, têm se revelado como importantes espaços de educação interprofissional (BATISTA, 2012). Os dois programas vêm enfrentando pontos centrais da formação profissional em saúde no que diz respeito à articulação ensino-serviço e à qualificação do trabalho em equipe (COSTA *et al.*, 2015). O edital de 2018 do PET-Saúde, em especial, teve como temática estratégica a Interprofissionalidade em Saúde, cujo objetivo foi selecionar propostas a partir desses pressupostos teórico-metodológicos, assim como de fomentar a elaboração de projetos pedagógicos dos cursos de graduação da área da saúde dentro dessa concepção. O edital selecionou 120 propostas e envolveu 6 mil participantes.

A relação ensino-serviço, em acordo com Albuquerque *et al.* (2008), sustenta-se na constituição e no fortalecimento de um modelo

assistencial cujos objetivos centrais são as necessidades dos usuários. Para que esse modelo seja efetivo, a formação de recursos humanos deve ocorrer a partir da corresponsabilização dos atores pelo processo. Para que isso aconteça, as instituições de ensino, seus estágios e suas produções acadêmicas não podem ignorar ou estar distantes dos cenários de prática, da mesma forma que os serviços precisam assumir seu papel na formação dos futuros profissionais e manter sua interlocução com a comunidade científica.

Em nossa experiência profissional, os campos da saúde mental constituem-se como uma possibilidade rica e potente de formação inicial e ampliada que permitem problematizar o exercício efetivo profissional para além de um processo pragmático e utilitário de preparação para o mercado de trabalho. Há uma ampliação e reelaboração dos conhecimentos adquiridos no percurso formativo confrontados com as contradições da realidade social, exigindo dos estudantes análise de contexto, pesquisa, planejamento, intervenção pedagógica, avaliação e conquista de autonomia intelectual para o exercício da profissão. É importante considerar, no entanto, que há um projeto bem delineado de gestão da prática de ensino das disciplinas de estágio na instituição pública de ensino que serviu de base para grande parte das experiências apresentadas no texto. Isto é, havia uma garantia de supervisão dos docentes nos campos de estágio, com tempo pedagógico de um ano para compreensão da realidade do campo, reapropriação teórico-metodológica, pesquisa, elaboração de projeto de intervenção e avaliação da prática docente com todos os envolvidos nesse processo (preceptores, usuários, professores etc). Enfim, um projeto formativo que oferecia condições de ensino e acompanhamento dos estudantes integralmente, o que nem sempre é garantido em algumas instituições superiores de ensino.

Considerações finais

O texto buscou trazer algumas reflexões sobre a formação em Educação Física a partir de um recorte que pretende dar visibilidade à saúde mental como conteúdo relevante. É sempre difícil empreender discussão tão complexa como é o processo formativo a partir de uma delimitação temática. Ainda mais, quando tratamos de formação profes-

sional em Educação Física que abarca uma ampla diversidade de campos de atuação que perpassam diferentes setores e, portanto, distinguem-se entre si significativamente. Ou seja, se concebermos o currículo como um campo de disputas, ou, conforme Tomaz Tadeu da Silva (2011) destaca, como questão de saber, poder e identidade, perceberemos as tensões inerentes da formação em Educação Física. Assim, o mesmo autor ajuda-nos a pensar sobre o currículo ao indicar que, quando falamos em currículo e projetos pedagógicos, não devemos apenas perguntar o que devem saber ou o que devem se tornar, mas também, qual é o tipo de ser humano desejável para um determinado tipo de sociedade (SILVA, 2011, p.15).

Interpelados por essa forma de compreender as propostas pedagógicas, trouxemos elementos para pensar a importância da saúde mental na formação em Educação Física. Na nossa avaliação, esse tema não somente contribui para melhor entendimento dessa dimensão humana, mas também para compreensão de uma concepção ampliada de saúde e para constituição de assistência organizada a partir da noção de integralidade. Para tanto, ressaltamos que a saúde mental na formação em Educação Física não deve se restringir a transmitir saberes sobre diagnósticos e sintomas, nem treinar os futuros profissionais a aplicar um protocolo ou método de forma generalizada. Damico e Bilibio (2015, p. 89) alertam que “tradicionalmente, não temos sido formados para pensar-sentir-fazer; e nem habilitados tradicionalmente para praticar”. É importante que a formação possibilite ao estudante organizar a atuação sustentada em arcabouços teórico-metodológicos que permitam compreender o sofrimento psíquico, as instituições que o permeiam e a forma como a sociedade lida com ele, mas também a perceber como tudo isso o afeta enquanto sujeito e futuro profissional, bem como que posição ocupa nesse cenário.

Não pudemos deixar de denunciar, ao longo do texto, o retrocesso nas conquistas da Reforma Psiquiátrica e, de uma forma geral, o desmonte das políticas sociais que os desgovernos brasileiros recentes impuseram a partir de 2016. Dentre esses retrocessos, Delgado (2019, p. 3) destaca:

reforço do papel estratégico do hospital psiquiátrico; ênfase na internação de crianças e adolescentes; ênfase em métodos biológicos de tratamento, como a eletroconvulsoterapia; disjunção entre a saúde mental e a política de álcool e outras drogas; e condenação das estratégias de

redução de danos. A política de álcool e outras drogas passa à gestão do superministério da Cidadania, que incorpora Desenvolvimento Social, Cultura e Esporte, cujo titular [...] expressa uma clara política de apoio às comunidades terapêuticas e contra a estratégia de redução de danos.

Os retrocessos recentes dos governos de Michel Temer e de Jair Bolsonaro não são exclusividade do campo da saúde mental e deixaram marcas profundas no desmonte sistemático das políticas sociais no país. Apenas para dar mais alguns exemplos, podemos citar as mudanças impostas através da revisão da Política Nacional de Atenção Básica, especialmente sua edição de 2017, que desmonta a Estratégia Saúde da Família como política que organiza o modelo assistencial na Atenção Básica, não garante financiamento aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e reduz a atuação do controle social na gestão dos serviços de saúde. Mudanças importantes diante de um cenário social de aprofundamento das condições de vida e saúde da população, intensificadas pela pandemia do COVID-19, que indicam um processo acelerado de desmonte do SUS.

Apesar do momento político favorável, para o fortalecimento da democracia no país com o governo de Luiz Inácio da Silva, elegemos um congresso nacional conservador que ainda impõe dificuldades para a retomada de uma agenda pública progressista. Contudo, o campo da saúde mental resiste, mantém-se ousado e tem muito a contribuir para que a Educação Física reflita sobre suas práticas e sobre a forma de compreender o indivíduo e os coletivos, bem como permite acessar espaços nos quais a interprofissionalidade e a articulação ensino-serviço-comunidade já ocorrem de forma mais orgânica. Por outro lado, também a Educação Física, ao se apropriar do contexto de cuidado em saúde mental, dialogando com as políticas assistenciais e com os projetos terapêuticos dos serviços, pode contribuir dando visibilidade ao corpo e ao movimento na atenção psicossocial, o que consideramos como contribuições à integralidade e ao processo de desinstitucionalização da loucura.

Referências

ABIB, Leonardo Trápaga. **As práticas corporais como ferramenta terapêutica no cuidado em saúde mental: o caso do futebol dentro do**

CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). 2008. Monografia (Graduação em Educação Física) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

ABRASCO. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Pela revogação dos artigos do decreto presencial 11.392/2023 que criam o Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas**. Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://abrasco.org.br/decreto-comunidades-terapeuticas/#:~:text=A%20Abrasco%20posiciona%2Dse%20pela,Governo%20Federal%20para%20essas%20entidades>. Acesso em 04 out de 2023.

ABRASME. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL. **Nota de repúdio a criação do Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas**. Vários Estados, 2023. Disponível em: <https://www.abrasme.org.br/blog-detail/post/179604/nota-de-repdio-criao-do-departamento-de-apoio-s-comunidades-teraputicas> Acesso em 04 out de 2023.

ALBUQUERQUE, Verônica Santos *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, set. 2008.

ALMEIDA, Solange Capra de; ARAÚJO, Renata Brasil. Avaliação da efetividade do relaxamento na variação dos sintomas da ansiedade e da fissura em pacientes em tratamento de alcoolismo. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v.19, n.2, p. 135-142, jul./dez. 2005.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018.

ANJOS, Tatiana Coletto dos; DUARTE, Ana Cláudia Garcia de Oliveira. A Educação Física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1127-1144, 2009.

BATISTA, Nildo Alves. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. **Caderno FNEPAS**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 25-28, jan. 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa**

do Brasil. Brasília, DF, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 182, seção 1, p. 1-5, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 69-E, seção 1, p. 2, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, 20 fev. 2002.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 1-2, 1 jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Textos Básicos de Saúde; Série B).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes de uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, DF, seção 1, 26 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos

de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação n.3 e n.6 de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a rede de atenção psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, 22 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 6, de 18 de dezembro de 2018. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Educação Física e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 19 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, álcool e outras drogas. **Nota Técnica nº 11/2019**. Esclarecimentos sobre a mudança na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRUGNEROTTO, Fabio; SIMÕES, Regina. Caracterização dos currículos de formação profissional em educação física: um enfoque sobre saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 149-172, jan./mar. 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa Campos *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

CANDIDO, Luana de Oliveira; ROSSIT, Rosana Aparecida Salvador; OLIVEIRA, Rogério Cruz de. Inserção profissional dos egressos de um curso de educação física com ênfase na formação em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 305-318, abr. 2018.

CAPOZZOLO, Angela Aparecida; CASETTO, Sidnei José; HENZ, Alexandre de Oliveira (org.). **Clínica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAPOZZOLO, Angela Aparecida *et al.* Formação interprofissional e produção do cuidado: análise de uma experiência. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1675-1684, 2018.

CECCIM, Ricardo Burg. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p.

1739-1749, 2018.

COSTA, Larissa Chaves *et al.* Formação profissional e produtividade em saúde coletiva do profissional de educação física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v.17, n.2, p.107-113, abr. 2012.

CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação nº001, de 26 de janeiro de 2023**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/2857-recomendacao-n-001-de-26-de-janeiro-de-2023> Acesso em: 04 out de 2023.

COSTA, Marcelo Viana da *et al.* Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 709-720, 2015.

DALTIO, Gabriela Linhares; ABIB, Leonardo Trápaga; GOMES, Ivan Marcelo. Possibilidades e tensões no trabalho com as práticas corporais no cuidado em saúde mental: reflexões construídas em um CAPS II na cidade de Serra/ES. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 23, 19 jun. 2020.

DAMICO; José Geraldo; BILIBIO, Luis Fernando. Experimentação e encontro intercessor: produzindo pistas para a Educação Física na Saúde Mental. In: BAGRICHEVSKY; Marcos; ESTEVÃO, Adriana (org.). **Saúde Coletiva: dialogando sobre interfaces temáticas**. Ihéus: Editus, 2015. p. 53-89.

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, editorial, 2019.

FERREIRA, Luiz Alberto dos Santos. **O trabalho da Educação Física na composição da equipe de saúde mental especializada em álcool e outras drogas**. 2013. 109 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento Humano, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

FERREIRA, Sinoaldo *et al.* Formação profissional em Educação Física e saúde na Universidade Federal de São Paulo. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 5, n.18, set. 2013.

FERREIRA, Luiz Alberto dos Santos; DAMICO, José Geraldo Soares; FRAGA, Alex Branco. Entre a composição e a tarefa: estudo de caso sobre a inserção da educação física em um serviço de saúde mental.

Revista Brasileira de Ciências do Esporte, Porto Alegre, v. 39, n. 2, p. 176-182, jun. 2017.

FIGUEIREDO, Sara Maria Teles de; OLIVEIRA, Braulio Nogueira de; ESPÍRITO-SANTO, Giannina do. Atuação do profissional de educação física em CAPS representada pelos demais profissionais do serviço. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 23, 21 jul. 2020.

FURTADO, Roberto Pereira *et al.* O trabalho do professor de Educação Física no CAPS: aproximações iniciais. **Movimento**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 41-52, jan./mar. 2015.

FURTADO, Roberto Pereira *et al.* Educação Física e Saúde Mental: uma análise da rotina de trabalho dos profissionais dos CAPS de Goiânia. **Movimento**, Porto Alegre, v. 22, n. 4, p. 1077-1090, out./dez. 2016.

FURTADO, Roberto Pereira *et al.* Desinstitucionalizar o cuidado e institucionalizar parcerias: desafios dos profissionais de Educação Física dos CAPS de Goiânia em intervenções no território. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 183-195, mar. 2017.

FURTADO, Roberto Pereira *et al.* O trabalho do professor de educação física nos Caps de Goiânia: identificando as oficinas terapêuticas. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Porto Alegre, v. 40, n. 4, p. 353-360, dez. 2018.

GADELHA, Débora Braga Chaves. **A Educação Física como estratégia para integralidade na atenção psicossocial**. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2019.

GOLDSCHMIDT FILHO, Francisco. **O estágio curricular em Educação Física em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): um relato de experiência sobre o processo de aprendizagem em serviço**, 2013. Monografia (Graduação em Educação Física) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

LEMOS, Cristiane Lopes Simão. **A concepção de educação na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**, 2010. 158 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010.

LEONIDIO, Ameliane da Conceição Reubens. **Educação física no ter-**

ritório da saúde mental: entre sentidos, percepções e motivações, 2015. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física UPE/UFPPB, Recife, 2015.

LEONIDIO, Ameliane da Conceição Reubens *et al.* O profissional de Educação Física no Centro de Atenção Psicossocial: percepção dos limites e potencialidades no processo de trabalho. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 8, n.2, jul./dez. 2013.

LIMA, Juliana Dias de *et al.* O Sistema Público de Saúde Mental no Brasil: atividade física como parte do tratamento de transtornos mentais. In: CONBRACE, 21.; e CONICE, 8., 2019, Natal/RN. **Anais...** Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2019.

MACHADO, Dagoberto de Oliveira. **Movimentos na Educação Física:** por uma ética dos corpos, 2011. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

MACHADO, José Gelsimar. **A atuação do professor de Educação Física nos Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas.** 2015. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2015.

MACHADO, Gelsimar José; GOMES, Ivan Marcelo; ROMERA, Liana Abrão. A atuação do professor de Educação Física nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e drogas da Grande Vitória-ES. **Movimento**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 485-496, abr./jun. 2016.

OLIVEIRA, Victor José Machado de. **Sobre as presenças e ênfases dadas ao tema saúde na formação inicial em Educação física no Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Espírito Santo**, 2018. Tese (Doutorado em Educação Física) – Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2018.

OLIVEIRA, Bérqson Nogueira de. **A construção do corpo a partir das práticas corporais em um Centro de Atenção Psicossocial III**, 2020. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Genebra: OMS, 2010.

PASQUIM, Heitor Martins. A Saúde Coletiva nos Cursos de Graduação em Educação Física. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 193-200, mar. 2010.

SANTOS, Élem Guimarães dos. SIQUEIRA, Marluce Miguel de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

SILVA, Juliana Rafaela Andrade da *et al.* Atividade física e saúde mental: uma experiência na formação inicial em Educação Física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.19, n.1, p.133-140, jan. 2014.

SILVA, Tatiane Motta da Costa e *et al.* Educação Física e Saúde Mental: atuação profissional nos Centros de Atenção Psicossocial. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 20, n. 3, jul./set. 2017.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

RAMOS, Marise Nogueira. **A pedagogia das competências**: autonomia ou adaptação? São Paulo: Cortez, 2001.

ROBLE, Odilon José. MOREIRA, Maria Inês Badaró. SCAGLIUSI, Fernanda Baeza. A educação física na saúde mental: construindo uma formação na perspectiva interdisciplinar. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 567-577, abr./jun. 2012.

WACHS, Felipe. **Educação Física e saúde mental**: uma prática de cuidado emergente em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

WACHS, Felipe; FRAGA, Alex Branco. Educação Física em Centros de Atenção Psicossocial. **Revista Brasileira Ciência do Esporte**, Campinas, v. 31, n. 1, p. 93-107, set. 2009.

WACHS, Felipe. Educação Física e o cuidado em saúde: explorando alguns vieses de aprofundamento para a relação. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v.3, n.4, p.339-349, 2017.

A recusa da branquitude e a invisibilidade do racismo no cuidado em saúde¹²

José Geraldo Soares Damico

Luiz Fernando Silva Bilibio

Luciane Job Junqueira dos Santos

Este texto pretende abarcar aspectos que consideramos importantes do trabalho em saúde mental, trazendo à tona uma questão ainda muito pouco explorada nesse contexto: as relações raciais. Aborda o arranjo tecnológico da produção do cuidado (MERHY, 2002) em sua dimensão micropolítica, mais especificamente, problematizando a invisibilidade da branquitude transferencial nos vínculos de cuidado.

Diversas teóricas brasileiras (BENTO, 2012; MOREIRA, 2014, SCHUCMAN, 2012) utilizam a expressão “branquitude” para descrever um conjunto de situações que são histórica, social, política e culturalmente produzido e que está intrinsecamente ligado a relações de dominação. A branquitude é dinâmica, relacional e opera em todos os momentos e em diferentes escalas. Esses processos e práticas incluem direitos básicos, valores, crenças, perspectivas e experiências que supostamente são compartilhadas por todos, mas que, na verdade, só são consistentemente oferecidas às pessoas brancas.

O vínculo é tido como uma das tecnologias leves de fundamental importância na produção do cuidado humanizado em saúde, mas, ao mesmo tempo, pode servir como corredor de passagens para microracismos cotidianos, fragmentos com pouca visibilidade do racismo estruturante que marca o tecido social brasileiro. A escrita parte da constatação que tal problematização tem enorme relevância ao trabalho em saúde e, desse modo, também à formação de profissionais desse setor. Nesse sentido, também é endereçada ao núcleo de saberes e práticas da educação física.

12 Esse capítulo tem lugares de fala marcados, ele é redigido e elaborado por dois homens, um negro e um branco, e por uma estudante branca.

Como estratégia de desenvolvimento dessa reflexão, é ofertada novamente a tática do caso-pensamento (BILIBIO, 2013; BILIBIO; DAMICO, 2015) para presentificar cenas micropolíticas das relações cotidianas do cuidado em saúde mental, carregadas com aspectos transferenciais ocultos de desigualdade racial. Dizendo de outra maneira, trata-se do desafio de dar visibilidade a uma *dupla invisibilidade* que ocorre integradamente no vínculo enquanto tecnologia leve de cuidado: os aspectos transferenciais do vínculo (primeira invisibilidade) e a desigualdade racial (segunda invisibilidade). Porém, antes, é oportuna uma apresentação da perspectiva micropolítica do arranjo tecnológico da produção do cuidado, bem como uma breve visão da história do racismo estrutural da sociedade brasileira, visando criar condições argumentativas para falar da relevância do vínculo, da transferência e das relações raciais nos atos de saúde.

Notas sobre o arranjo tecnológico do cuidado em saúde e sua dimensão micropolítica

A saúde não é produzida sem o uso de tecnologias. Porém, ainda não se atinge uma melhor condição de saúde sem interação entre pessoas, sem relações humanas. Esse aspecto relacional também pode ser considerado um tipo de tecnologia. Assim, essas distintas dimensões compõem uma espécie de maquinação, de acomodação, de acoplamento, de arranjo tecnológico. No campo da saúde coletiva brasileira, Emerson Elias Merhy desponta como um pensador que aborda esse contínuo processo produtivo da saúde pela perspectiva das tecnologias: *o arranjo tecnológico da produção da saúde e a dimensão micropolítica do cuidado em saúde*.

Merhy tem uma valorosa e considerável realização, iniciada na década de 1980 e que segue atualmente. São mais de três décadas de produção de pensamento desde seu primeiro livro *Capitalismo e a Saúde Pública: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo* (1985), até os dias de hoje, discutindo vários desafios relacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) diante da pandemia mundial do vírus SARS-CoV-2, causador da doença Covid-19¹³.

13 Este texto foi produzido em plena pandemia mundial, momento de muitas cruéis incertezas relativas aos mais distintos aspectos da existência humana. Uma escrita atravessada por sofrimentos, entre eles, o lamento pela perda de mais de 850 mil mortes do mundo, sendo mais de 125 mil delas ocorridas no Brasil (09/09/2020).

O tema do arranjo tecnológico da produção do cuidado marca a produção de Merhy (1994, 1997, 2002, 2013) e reverbera significativamente no campo da saúde coletiva (MIELKE et al, 2009; BALLARIN, CARVALHO E FERIGATO, 2010; JORGE *et al.*, 2011; ROCHA; BARCELOS, 2011; GARCIA et al, 2011; CONSTANTINIDIS; ANDRADE, 2015; DAMICO; BILIBIO, 2015; ANDRADE; MALUF, 2016; CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2018; LIMA; GUIMARÃES, 2019)¹⁴. Mas o que seria mesmo esse arranjo?

Para Merhy (2002), as tecnologias que compõem o arranjo tecnológico do cuidado são classificadas em três tipos: duras, leve-duras e leves. As duras seriam os recursos materiais – equipamentos hospitalares, clínicos, de reabilitação, etc –, mas também medicamentos – vacinas, instrumentos de precisão diagnóstica, órteses, próteses, elementos nanotecnológicos, simuladores clínicos e diversos outros insumos muitas vezes chamados de máquinas. As leve-duras são os saberes estruturados: manuais de procedimentos terapêuticos, protocolos clínicos e, de uma maneira geral, as próprias teorias.

Por fim, as tecnologias leves são as relacionais, configuradas pelo encontro humano inerente aos atos de cuidado em saúde, território da micropolítica. Pensar as tecnologias leves no trabalho em saúde é pensar, por exemplo, como ocorrem o acolhimento e o vínculo na atenção integral à saúde de indivíduos e coletivos.

Histórica e hegemonicamente, a produção da saúde sempre esteve centrada nas tecnologias duras e leve-duras. Essa centralidade ocorreu (e ocorre) em função de interesses médico-corporativos, tecnocientíficos, gerenciais e econômicos, forças políticas estruturantes do próprio setor saúde. Para o propósito deste texto, o que é importante destacar é que, nessa centralidade, o perfil de trabalhador desejado é um tipo de não sujeito dos atos de saúde, um ser apolítico.

O perfil de trabalhador demandado é de alguém que opera tecnologias duras e leve-duras, um prescritor de procedimentos pré-estabelecidos. Por consequência, um trabalhador com baixíssima autonomia nos encontros de saúde, alguém que abre mão de seu sentir e pensar quando habita o encontro de cuidado. Dizendo com outras palavras, nessa perspectiva histórica e hegemônica da produção da saúde, interessa a robotização do/a trabalhador/a, que teria uma baixa capacidade

¹⁴ Optamos em presentificar timidamente apenas dez dessas produções, todas elas voltadas ao cuidado em saúde mental.

de interação intersubjetiva (micropolítica) com os/as usuários/as dos serviços de saúde.

Outra face dessa produção é que o domínio das tecnologias duras e leve-duras constituem um imaginário. Instigam desejos, guiam vontades, alimentam imagens de profissionais de sucesso. Ser um/a bom/a profissional corresponderia à noção de uma autoridade pelo domínio da técnica, máxima que orienta trajetórias profissionais e efetiva realidades sanitárias. Obviamente que todas as dimensões tecnológicas são relevantes na saúde e precisam ser operadas e ofertadas por meio de um qualificado saber-fazer. O problema é exatamente esse: na perspectiva dos interesses médico-corporativos, tecnocientíficos, gerenciais e econômicos, some do saber-fazer a dimensão ética da sensibilidade, o compromisso com a vida digna de outro/a, a face humana dos encontros de saúde, ou seja, torna-se a negação da micropolítica dos atos de saúde.

Trata-se de um tipo de autoridade sem alteridade. É essa denúncia que Merhy (2002, p. 115) faz, no seu marcante texto *Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde*:

A produção deste texto tem várias raízes e compromissos. O maior deles é com a reforma do modo de se produzir saúde no Brasil, ao se reconhecer que os modelos atuais de ordenamento das práticas clínicas e sanitárias já perderam seu rumo maior: a defesa radical da vida individual e coletiva.

Nessa direção, o/a profissional de saúde não precisaria mais olhar nos olhos dos/as usuários/as dos serviços, não precisaria mais conhecer sua história de vida e seus dilemas demasiados humanos. Some a implicação do trabalhado com a defesa radical da vida. Tal trabalhador/a poderia desprezar, fazer de conta que não existem as estruturas que produzem sofrimento humano. Por desprezar, por não conhecer, ilusoriamente não precisaria reconhecer que efetivamente habita a micropolítica dos atos de saúde, não precisaria estabelecer vínculos de confiança, não assumindo compromisso ético-político com a vida das pessoas. Exerceria uma autoridade técnica sem o exercício político da alteridade, como já dito: uma autoridade sem alteridade.

Toda a sociedade e todo o indivíduo são atravessados por forças políticas, que são simultaneamente macro e micropolíticas (BILIBIO, 2009). As estruturas, as leis, os protocolos, os saberes estruturados, as

religiões, o que é publicado nos meios de comunicação (de massa e científicos), o que é passado de geração para geração, os valores estabelecidos, enfim, uma robusta e diversificada maquinaria que emana sistematicamente modos de existir – e modos de fazer saúde – forças macropolíticas socialmente determinadas de mais fácil percepção. Porém, a dimensão micropolítica da vida é imperceptível, dela conhecemos apenas seus rastros, seus vestígios.

Falar em micropolítica é falar de nossos impulsos e afetos. É abordar o não dizível de nosso sentir-pensar-agir, mas que também é socialmente determinado e que se efetiva, que ganha vigência nos encontros humanos. Uma parcela desses encontros ocorre enquanto vínculos de cuidado entre trabalhadores/as e usuários/as. Assim, olhar para a micropolítica dos encontros de cuidado é mirar no desconhecido (e/ou negado), o que compõe os jogos de poder relacionais no contexto da produção da saúde.

Dizendo de outra maneira, trabalhar em saúde é habitar uma ação micropolítica dependente, não tem como escapar! Ou ainda, nas palavras de Merhy (2002, p. 62), levar em consideração o trabalho vivo em ato é constatar “um tipo de força que opera permanentemente em processo e em relações”. No Brasil, um tipo de força que opera em distintos processos de produção e nas relações humanas é o racismo estruturado e estruturante na e da sociedade. Uma força racial que tem uma história também forte e pouco explicitada, mas que também se infiltra no cuidado em saúde.

Racializando o cuidado em saúde

Ocorreu no Brasil a tentativa de aniquilação, durante todo o longo processo de escravização, de toda a cultura e valores da população negra. Logo na chegada, os negros eram batizados na fé católica, tinham seus nomes trocados por nomes portugueses e eram separados de seus familiares e de regiões ou grupos étnicos. Mesmo quase mais de 40 anos depois da abolição “oficial”, as religiões de matriz africana, a capoeira e o samba foram criminalizados.

Essa estratégia tinha por objetivo anular laços, alienar os sujeitos e impedir que formas de resistência fossem organizadas. Ou seja, a substituição de uma cultura pela outra exigia o máximo de esforço de elimi-

nação da primeira. A força desse racismo pode ser medida pelo fato de a escravidão ter dominado a história do Brasil por mais de três séculos, sendo o último país do mundo a aboli-la. Como afirma Freitas (1985, p. 12), “nenhuma outra região do Novo Mundo foi tão completamente modelada e condicionada pela escravidão quanto o Brasil. Simplesmente, a escravidão fez o Brasil”.

Mais de 4 milhões de africanos foram arrastados ao país em praticamente quatro séculos; o país que mais manteve o tráfico durante mais tempo entre todos os países do mundo. A lógica do terror e do seu correlato: o extermínio – que caracterizou a presença do colonizador na América, com relação à população que já se encontrava (povos indígenas) – e o tráfico negroiro.

A escravidão e o sistema econômico da *plantation* por si só configuram um estado de exceção, e, nessa parte, Achille Mbembe (2018) pontua a tripla perda do homem escravizado: de seu lar, do direito sobre seu corpo e de seu estatuto político, ou seja, ele se torna um morto-vivo. Nessa tríade, não há comunicação ou correspondência e concretiza-se, sobre esse corpo, o espetáculo da violência como protocolo de controle e disseminação do terror. Dissipou-se a humanidade para que ela se convertesse em propriedade ou, nas palavras do autor, em uma ‘sombra personificada’, pois até mesmo sua expressão humana está inclusa na posse.

O racismo como categoria teórica surge a partir da aproximação e apropriação do conceito de raça por diversos pesquisadores e intelectuais durante os séculos XIII e XIX, onde foi amplamente sistematizada. A partir de uma perspectiva biológica do conceito de raça, acreditava-se que a espécie humana, assim como os animais, poderia ser classificada em subespécies a partir dos seus fenótipos, valores morais, dotes psíquicos e intelectuais, contribuindo para a hierarquização das sociedades (GUIMARÃES, 2003).

A herança colonial e o racismo como racionalidade (gestão e condução de condutas) não sofreram rupturas significativas no caso brasileiro até os dias de hoje. Mesmo o “estatuto de pessoas juridicamente livres” não livrou as pessoas negras da exclusão e da discriminação, pois a ideologia racista permaneceu, “[...] a ideologia segundo a qual o negro, homem inferior, pode e deve ser discriminado” (FREITAS, 1985, p. 12). São os corpos negros que são mais encarcerados, mais assassinados nas ações policiais, que têm piores empregos ou que estão entre os mais desempregados.

No caso do foco deste texto, a população negra é a que mais sofre discriminação racial nos serviços de saúde, tanto como usuários quanto como profissionais. Nesse particular, da relação do nosso SUS e seus ideários e os efeitos na intersecção entre atenção básica e saúde mental (esta última no âmbito da reforma psiquiátrica brasileira) cabe algum acento.

Obviamente devemos sempre comemorar a conquista do SUS e os avanços por ele representado na atenção universal de brasileiros/as e o resultado das lutas de trabalhadores/as de saúde e de movimentos sociais. No entanto, também é preciso dizer que, enquanto proposição liberal na direção de um estado de bem-estar social, o SUS foi e segue sendo vítima do racismo e algoz da negritude.

O campo da saúde mental mostra-se aparentemente como um dos mais progressivos na área da saúde no que confere a defesa dos direitos humanos (Amarante, 1995). Apesar desse verniz progressista no campo da saúde mental, os estudos sobre os determinantes sociais que afetam o povo negro mantem-se escassos, com poucas e cruciais produções que apontam aspectos importantes dos sofrimentos advindos do racismo estrutural, como a obra da professora Virginia Bicudo, a qual versa sobre o processo de branqueamento da população negra de São Paulo para ser ‘aceita socialmente’, assim como a obra¹⁵ de Frantz Fanon (2008) ao descrever o processo psicopatológico em que os negros/as são submetidos ao serem “conduzidos” pela população branca ao branqueamento social e cultural e, a partir desse, negar a sua ancestralidade.

Aliás, as obras de Fanon, mesmo que parte delas, advinham de experiências no tratamento de pacientes em hospitais psiquiátricos que resultaram em mudanças muito à frente de seu tempo, não foram sequer citadas em nenhum documento da atual reforma psiquiátrica brasileira.

Vale destacar que Fanon já compreendia, na década de 1950, que a colonização em sua essência era uma grande fornecedora dos hospitais psiquiátricos, com o suporte da realidade opressora dos processos colonizadores. Aqui, o chamado *Holocausto Brasileiro*¹⁶, produziu uma violência típica das colônias a uma população majoritariamente negra.

15 Seus trabalhos fundamentais foram *Pele Negra, Máscaras Brancas* de 1952 e *Os condenados da Terra* de 1961; Além de outros três livros importantes e outros escritos reunidos e só recentemente publicados no Brasil.

16 O *Holocausto Brasileiro* é o nome dado ao livro da jornalista Daniela Arbex que remonta o pior desastre em um hospital psiquiátrico no Brasil, situado na cidade de Barbacena, MG. Começou a funcionar em 1903 e foi considerado o maior hospício do Brasil chamado de Hospital Colônia. Esse hospital tornou-se o local da morte de aproximadamente 60 mil pessoas. Em sua maioria, negros/as e pobres, que não tinham diagnóstico psiquiátrico.

O Hospital Colônia de Barbacena, cuja arquitetura necropolítica contava com um cemitério em anexo, foi responsável por um genocídio sistemático em nome da saúde mental (ARBEX, 2013).

Não obstante, pioneiro e principal influência da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o psiquiatra Italiano Franco Basaglia (AMARAN-TE, 1994, p.39), ao observar a realidade de Barbacena, verbalizou a conhecida frase “estive hoje em um campo de concentração nazista. Em nenhum lugar do mundo presenciei uma tragédia como essa”. Entretanto, em vez de judeus, o público selecionado para esse campo era em sua maioria de negros.

Os efeitos psicossociais do racismo constituem uma linha de interpretação recente na saúde mental no Brasil. Todavia, há que se perguntar o quanto do pensamento eugênico ainda impregna a formação na área da saúde, contribuindo na representação social dos/das profissionais sobre o louco e a loucura. Portanto, a influência do racismo pode ser considerada também na dimensão da saúde mental e coletiva de grupos e sociedades.

Um aspecto fundamental na discussão racial sem o qual não avançaremos tem a ver com a branquitude. A branquitude brasileira evita de todas as formas se reconhecer como grupo racial e como beneficiários de uma história e um presente racistas. Como nos diz Maria Aparecida Bento, “é compreensível o silêncio e o medo, uma vez que a escravidão envolveu apropriação indébita concreta e simbólica, violação institucionalizada de direitos durante quase 400 dos 500 anos que oficialmente teria nosso país” (BENTO, 2014, p. 45).

Essa herança silenciada grita na subjetividade contemporânea dos/as brasileiros/as, em particular dos brancos/as, beneficiários simbólicos ou concretos dessa realidade. Em um sentido parecido, Grada Kilomba (2010) reflete sobre a máscara do silenciamento, instrumento de tortura durante a escravização perpetrada pelo projeto colonial. Consistia em um metal colocado na boca dos sujeitos negros/as entre a língua e a mandíbula e amarrado por detrás da cabeça para evitar que esses comessem a cana de açúcar ou cacau enquanto trabalhavam.

Contudo, segundo a escritora e artista portuguesa, a sua principal função era produzir a mudez e o medo. A máscara opera seu poder sobre a boca, órgão de opressão por excelência no âmbito do racismo, reprimendo e controlando a fala e a enunciação daquilo que é adverso

e que a branquitude recusara a ouvir, ou seja, seus racismos e privilégios: “verdades que têm sido negadas, reprimidas, e mantidas guardadas, como segredos” (KILOMBA, 2010, p. 177).

Apartados da sua ancestralidade e pautados pelo eurocentrismo, uma série de mecanismos perversos acometem a população negra que vive em uma realidade anti-negra, onde nossas referências e experiências só valem na medida em que servem à brancura e ao embranquecimento.

A produção intelectual de autores/as negros/as em variados campos dos saberes vem sendo silenciada há bastante tempo, o que prejudica que o debate racializado venha à tona, ao mesmo tempo que retira o lugar de fala e uma representação positiva. Trata-se do epistemicídio (SANTOS, 1999). Essa tentativa de apagamento é, sem dúvida, uma tentativa de dificultar a reconstrução dessa história fragmentada e a construção de possibilidades de reparação decorrentes dela. Para Achille Mbembe (2017), há também uma vontade de ignorar, uma verdadeira política da ignorância, onde, em um contexto de guerra das raças, o que se faz valer é a força e não uma vontade de conhecimento e de encontro genuíno com os negros.

Tadeu de Paula Souza (2018, p. 4), a esse respeito, afirma:

Existe um objetivo dos movimentos identitários de se chegar a um estágio em que essas identidades não sejam mais necessárias, porém isso só irá acontecer quando o lugar identitário do branco, como medida e verdade, for dissolvido. Há, portanto, um desejo de comum, uma dissolução da raça como medida e critério que passa por um devir-negritude do comum. A identidade, o encontro com o semelhante como signo de potência se expressam aqui como território de luta, estratégia, meio de passagem, criação de abertura num mundo fechado.

O epistemicídio constitui-se como um dos instrumentos mais eficazes da dominação racial por não somente negar formas de conhecimento desses povos, mas também de desqualificá-los individual e coletivamente como capazes de produzir conhecimento. Desse modo, um dos propósitos deste trabalho é fazer um movimento de escape desse epistemicídio, problematizando a herança silenciada da branquitude enquanto uma força que se infiltra nos vínculos de cuidado. A estratégia para compor essa problematização é seguir alguns rastros, vestígios de

racismo em atos de cuidado em saúde mental, por meio do caso-pensamento.

Caso-pensamento e branquitude

Utilizamos novamente (BILIBIO, 2013; BILIBIO; DAMICO, 2015) a estratégia de apresentar o caso-pensamento (SIEGMANN; FONSECA, 2007) para dar visibilidade a resquícios do plano intensivo da memória do/a trabalhador/a da saúde, resquícios de desconforto, de uma inquietação que quer falar. Mais do que relatar determinado fato em si, o caso-pensamento é um tipo de ficção baseada em fatos reais. Serão dois casos-pensamento, duas mentiras possíveis, porque alguém esteve lá, habitando encontros micropolíticos de cuidado em saúde mental entre um trabalhador branco e dois usuários negros.

Assim, os casos-pensamento pretendem produzir uma interferência na falta de reflexão sobre a relação entre brancos/as e negros/as na produção do cuidado. Produzir ruído no silêncio encapsular dos impactos da desigualdade racial muitas vezes presente na face transfereencial dos vínculos humanos inerentes aos serviços de saúde. Fabricar manchas na invisibilidade da sutil discriminação racial presente nas relações de cuidado, mas que é face do racismo estrutural da sociedade brasileira.

Caso 1 – *Ulisses era um profissional de saúde branco. João era um usuário de drogas negro. Ulisses era sério. João tinha umas piadas ótimas. Os dois tinham quase a mesma idade: Ulisses era dois anos mais velho que João. Com formações e profissões diferentes, há alguns anos atrás os dois se encontravam em situação de desemprego. Os dois consumiam regularmente álcool. Nessa época, os dois estiveram diante da circunstância de abandonar suas casas por não suportarem a condição de não colaborar nos orçamentos de suas famílias. Ulisses seguiu em casa. João foi morar na rua.*

Anos depois, Ulisses – já na condição de trabalhador da saúde – conheceu João, este ainda desempregado, em situação de rua e fazendo uso abusivo e prejudicial de álcool. Começou uma relação de cuidado. Ulisses gostava muito de atender João e, em pouco tempo, tornou-se o seu

técnico de referência. Em suas conversas, compartilharam a situação de desemprego de anos atrás. Esse compartilhamento, essa ‘semelhança’ de histórias, fazia que Ulisses pensasse com alguma frequência: por um triz não fiquei na mesma situação que João! Ulisses se sentia como um tipo de irmão bastante mais claro e um pouco mais velho que João e que – agora – estava com a oportunidade de ajudar seu irmão imaginário. Os dois riam muito juntos. João foi acompanhado por Ulisses em vários procedimentos de saúde. Juntos, pensaram e montaram estratégias de como João iria se reaproximar de sua família, uma reaproximação que de fato ocorreu. João estava trabalhando e morando com sua irmã (real) e vendo seus filhos regularmente quando foi diagnosticado com câncer. Alguns meses depois João morreu. Ulisses não esqueceu João.

Caso 2 – “*Quem vocês pensam que são para vir aqui mexer com a cabeça da gente?*”, essa foi a primeira fala de Joel ao conhecer Ulisses. Em resposta imediata e pouca elaborada, Ulisses respondeu: “*Putz, acho que tudo que a gente vê mexe com a cabeça da gente de alguma maneira!*”. Eis que Joel respondeu: “*o que tu quer?*”, foi assim que iniciou uma relação de cuidado entre Ulisses e Joel, novamente a relação entre um profissional de saúde branco e um usuário negro do SUS. Joel era um homem grande, forte e com histórico de cumprimento de medida de privação de liberdade. Essas características instigavam uma sensação de alerta em Ulisses. Joel era companheiro de Circe, e eles moravam num casebre construído com tapumes num terreno abandonado sem água encanada, luz e esgoto. Circe frequentava o CAPSad da região, pois o casal usava crack em grande quantidade. Era vontade de Circe que Joel também buscasse tratamento, foi essa vontade que gerou a busca ativa de Ulisses por Joel que, pouco tempo depois, também se aproximou do CAPSad. Ulisses se orgulhava de ser o único profissional pelo qual Joel buscava nesse serviço de saúde. Era com ele que Joel conversava mais demoradamente, e Ulisses perdeu a noção de onde foi parar aquela sensação de alerta despertada quando se conheceram. Pairava um tipo de medo no imaginário da equipe diante daquele homem negro, grande e forte, que já tinha sido preso e que sempre respondia com assertivas desafiadoras em voz alta. Algum tempo depois, Circe fugiu de casa depois de uma forte discussão com Joel sobre a quantidade de drogas que eles usavam. Para Joel, Circe saiu de casa por culpa de Ulisses e de suas sugestões para que o casal tentasse diminuir a quantidade de pedras de crack consumidas na semana. Joel enfurecido foi procurar

Ulisses no serviço de saúde para tirar satisfações. Não apenas com uma sensação de alerta, mas efetivamente com medo, Ulisses quis conversar com Joel. A equipe o impediu afirmando não ser aquela a melhor hora para tal conversa. Numa incerteza que lhe corroía por dentro, Ulisses acatou a orientação dos/as colegas brancos/as.

Vínculo e cuidado

O vocábulo vínculo tem origem latina, significando aquilo que ataria ou ligaria as pessoas. Anuncia uma interdependência em relações com linhas de duplo sentido. Esse sentido é utilizado no campo da saúde para retratar compromissos dos/as profissionais do setor com os/as usuários/as dos serviços e vice-versa (JORGE *et al*, 2011). Assim, o sentido do vínculo condizente à saúde teria o significado de conexão, de ligação, de comprometimento, marcando mutuamente a relação entre o/a profissional e o/a usuário/a. Nessa direção, é possível compreender o vínculo como uma tecnologia leve e entender que, no vínculo, opera uma micropolítica.

Segundo Brunello *et al.* (2010), o vínculo é muito importante para a atenção à saúde, pois favorece o conhecimento dos problemas da população atendida pelos serviços. Com o decorrer do tempo forma raízes fazendo que os mesmos se conheçam cada vez mais, o que auxilia na própria continuidade do cuidado. O vínculo é uma aproximação eficaz entre o/a usuário/a e o/a profissional, que facilita uma relação de escuta, de comunicação e de referência. Assim, o/a usuário/a sente-se mais seguro/a e aceito/a por notar-se mais próximo/a de um/a profissional específico/a e/ou da própria equipe. Olhando para os dois casos-pensamento, é possível perceber que ocorreu algo nessa direção. A escuta, a comunicação, uma aproximação aconteceu entre Ulisses e João e Ulisses e Joel.

Na saúde mental, o estabelecimento de vínculos de cuidado é uma referência da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica. Jorge *et al.* (2011) informam que, nessa reforma, ocorreu a valorização das tecnologias leves ou relacionais (que incluem relações interpessoais, como a produção de vínculos, autonomia, acolhimento) pelos/as trabalhadores/as, ligada ao entendimento emancipatório de exercer o cuidado conforme presumido na perspectiva psicossocial da atenção à saúde.

Nessa perspectiva, o vínculo favorece o cuidado integral por so-

cializar as práticas em saúde na medida em que desenvolve laços afetivos, de confiança e de respeito, assim como o reconhecimento dos saberes dos/as usuários/as, da família e dos/as trabalhadores/as de saúde. Sendo assim, garante o desenvolvimento da corresponsabilização, da cooperação desses sujeitos para a melhoria da qualidade de vida da pessoa em sofrimento psíquico.

Dizendo com outras palavras, o cuidado em saúde mental fica extremamente comprometido com a ausência de vínculo de confiança e respeito entre os/as trabalhadores/as e os/as usuários/as dos serviços. As autoras Gomes e Pinheiro (2005, p. 293) citam Merhy para dar ênfase ao sentido de responsabilidade e compromisso, pois “criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro”. Porém, talvez a suspeita levantada com os casos-pensamento é: até onde Ulisses – em sua branquitude – conseguiu estar sensível à história racista de privações e violências presentes nos corpos negros de João e Joel?

Barbosa e Bosi (2011) trazem algumas considerações sobre o vínculo, apontando sutilezas micropolíticas que podem significar nem tanta clareza e nem tanta proximidade nessa relação. Para essas autoras, é o vínculo que aparentemente permite que o afeto circule, reconhecendo que o afeto certamente ficaria parado, impedido de circular sem o vínculo. Um deslocamento de afetos que estabelece uma maneira particular de relação. A dinâmica de afetos é algo que caracteriza os encontros micropolíticos dos atos de saúde, no sentido que um afeta o outro, ocorre um influir sobre o outro.

Nos casos-pensamento compartilhados, parecem ocorrer várias dessas características indicadas ao vínculo. Ulisses parece ter vivenciado um laço afetivo com João e Joel. O respeito parecia estar ali e a confiança também, pelo menos em alguma parte da relação. Porém, o que mesmo pode estar invisível e que faz um homem branco empregado se sentir como um irmão mais velho de um homem negro desempregado? Seria somente um *triz* aquilo que diferencia as duas biografias ou seria um tipo de cegueira branca em não ver a enorme diferença de histórias?

Uma história escravagista que aflige o corpo negro e não o corpo branco, uma cegueira obliterada na tutela bem intencionada de um pseudo-irmão branco. Já na relação com Joel, como mesclar confiança e medo? Um medo fundamentado em quais fatos? Onde foi parar o

vínculo de confiança no momento da crise do homem negro afastado de sua companheira? Qual configuração afetiva configura o vínculo de cuidado quando o homem branco sente medo do homem negro que sempre foi assertivo na relação, mas nunca violento? Qual a escuta sensibilizada possível diante do medo imaginado?

Merhy (2007), ao abordar os paradoxos do cuidado, apresenta a tensão entre tutela e produção de autonomia das tecnologias leves. Na micropolítica dos atos de saúde, opera um jogo intersubjetivo de expectativas e produções. Na sequência, explora alguns momentos desse jogo. Ensejos de “falas, escutas e interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro”. Segue indicando “interdições ou desinterdições típicas das micropolíticas do encontro, situações de tutela e ações de busca de autonomização, entre uma infinidade de outras possibilidades” (MERHY, 2007, p. 13). Ou seja, são múltiplas as influências que podem acontecer, mas nem sempre na direção dos interesses dos/as usuários/as.

Nesse mesmo texto, Merhy traça um paralelo entre as tecnologias leves e a psicanálise (algo raro da produção desse autor), indicando uma intenção ao jogo micropolítico de expectativas e produções. Para o/a trabalhador/a que habita encontros micropolíticos de cuidado, Merhy (2007, p. 14) indica uma “intenção semelhante ao analista, que procura produzir a vinculação/dependência, no ato transferencial”. A aposta do autor é que essa vinculação transferencial possa “criar uma ponte de liberação do analisando, dentro do agenciamento de autonomia que esta vinculação/dependência pode potencializar”.

Em outras palavras, na micropolítica, ocorre um efetivo jogo deslizando de expectativas, afetos, produções e influências. Ulisses afetava João e era afetado por ele. O mesmo acontecia na relação com Joel, mas aqui foi outro tipo de afecção. Estamos diante do compromisso ético-político de produzir saúde que pode ser imperceptivelmente burlado pelo/a próprio/a trabalhador/a compromissado/a com a produção humanizada da saúde. Ulisses, branco, tinha uma ligação afetiva distorcida com João, negro, e tinha um medo bastante injustificado de Joel, negro. Uma dinâmica relacional na qual a formulação psicanalítica de transferência pode ser uma importante ferramenta para dar visibilidade a fragmentos de racismos infiltrados numa das tecnologias leves mais valoradas da saúde coletiva: o vínculo de confiança.

Aspectos transferenciais do vínculo

A palavra ‘transferência’ é usada em diferentes campos, significando uma ideia de deslocamento, de transporte e de substituição de um lugar para o outro, sem que isso abale sua integridade. A psicanálise é um desses campos. Santos e Lima (2017) salientam que, na psicanálise, a relação de transferência e contratransferência está presente em todas as relações terapêuticas. Dizendo de outra maneira, estamos diante de um fenômeno de deslocamento de afetos que ocorre em duplo sentido: do/a usuário/a em direção a/ao trabalhador/a da saúde e do/a trabalhador/a em direção à/ao usuária/o.

Gonçalves e Fiore (2010-2011) retratam que o conceito de transferência começou a ser estruturado por Sigmund Freud no início do século XX. O conceito se referia à relação paciente-analista, com o interesse que o indivíduo que está em tratamento dá ao seu analista e que corresponde à repetição, na situação de adulto, de peculiaridades vividas durante a infância. Ou seja, ocorreria um tipo de deslocamento afetivo de experiências psicoemocionais anteriores para a presente relação terapêutica. No exercício da atividade em saúde, alguns estilos de contatos são mais comuns, como a imagem protetora dos pais, situações amorosas com envolvimento sexual, ou mesmo casos severos com excesso de poder, sempre nas duas direções.

Os autores Zambelli *et al.* (2013) apontam que Freud também trabalha a ideia de transferência como resistência, observando duas dificuldades sobre seu manejo. A primeira delas é sobre o uso da transferência pelo/a paciente como resistência, que poderia comprometer o processo de associação livre do/a paciente, desviando todo investimento do tratamento para uma relação fantasiosa e sintomática com o/a analista. Essa resistência frequentemente surge no momento de recordar alguma situação de angústia e é bastante reprimida, parte misteriosa do psiquismo referente à época primitiva. Assim, o/a paciente, incapaz de lembrar o que esqueceu, retrata em ação ao invés de lembranças e se expressa por meio de atuações (*acting-out*) ao colocar em ação seus conteúdos psíquicos.

É importante frisar que os aspectos transferenciais ocorrem em via de mão dupla. Ou seja, a pessoa que cuida também retrata, em ação de cuidado, as dimensões reprimidas do seu psiquismo. É principal-

mente essa dimensão da relação de vínculo que no início deste texto foi apontada como a primeira invisibilidade dos atos de cuidado em saúde. Não raro, o/a trabalhador/a da saúde não toma consciência sobre a origem, a forma e as repercussões dos impulsos afetivos que configuram seu jeito de estabelecer vínculos de cuidado. Por exemplo, qual mesmo foi a reflexão de Ulisses sobre sua branquitude, sua herança de privilégios de homem branco que ganhou passagem em sua atitude de benevolência com João e de temor com Joel?

Segundo Zambelli *et al.* (2013), no momento inicial da psicanálise, o termo transferência foi qualificado como uma das prováveis formas de negação na psicoterapia, uma força contrária empregada pelo/a paciente. Os autores salientam que a particularidade dessa resistência da negação se deve ao movimento psíquico do/a paciente de transferir para a figura do/a analista afetos inconscientes inicialmente vinculados à figura de outra pessoa importante de seu passado. Mais uma vez, algo que também ocorre do/a agente de cuidado em direção ao/à usuários/as dos serviços de saúde.

Santos e Lima (2017) esclarecem que Freud rotulou essa transferência como uma *falsa ligação* do/a paciente com o/a analista – e do/a analista com o/a paciente –, tendo em vista o caráter fascinante da histeria (seu objeto de estudo naquele momento) que após obter conquista, tem o desejo de desfazer-se do objeto conquistado e nada mais. Santos e Lima (2017) informam que essa falsa ligação foi considerada por Freud uma maneira própria de relutância a ser compreendida dentro do funcionamento sintomático. Como parte dos mecanismos de defesa, ela se presentifica na resistência associada ao sintoma e atua contra o relembrar das representações inconscientes de natureza aflitiva que surgem no conteúdo da análise.

Assim, pensar sobre os acontecimentos de saúde entre Ulisses, João e Joel é enfrentar criticamente o desafio ético-político da branquitude como componente da falsa ligação transferencial presente nos vínculos de cuidado. Produzir visibilidade na dupla invisibilidade dos atos de saúde. Não era um *triz* que diferenciava as histórias de Ulisses e João, mas sim uma contundente história de desigualdade de acesso à educação, à cultura, à renda e a outros direitos humanos.

Não era apenas um *triz*, mas sim uma ululante diferença de biografias, nas quais apenas a biografia negra foi exposta – por séculos e

cotidianamente – ao preconceito e a violência. Observa-se a infundada sensação de alerta e medo de Ulisses em relação a Joel alimentada pela tradição do povo branco em reconhecer o povo negro como perigoso. Ela exemplifica fragmentos do racismo estrutural que se infiltram na micropolítica dos atos de cuidado em saúde

Gonçalves e Fiore (2010-2011) comentam que, se for possível o profissional perceber quais foram os sentimentos que aquele/a paciente lhe despertou – e quais sentimentos que ele/a desperta no/a paciente –, isso pode ser de grande serventia para entender a demanda escondida do/a paciente e o tipo de investimento que ele/a faz sobre o/a médico/a ou qualquer outro/a profissional de saúde com o qual existe um vínculo de cuidado.

Por outro lado, entender também a demanda escondida do/a trabalhador/a é tão importante quanto – ou talvez mais – compreender a demanda escondida do/a usuário/a dos serviços de saúde mental, o exercício de macular a primeira invisibilidade. Trata-se da oportunidade e da necessidade ética de analisar e transformar os vínculos de cuidado na busca de sua descolonização; a segunda invisibilidade mesclada nos vínculos de cuidado entre pessoas brancas e negras.

Descolonizando os casos pensamentos

É importante, aqui nesta parte mais analítica do texto, destacar a presença do diagrama colonial que se faz presente em quase tudo que foi dito até aqui. E nos parecia necessário que assim fosse, nosso movimento analítico busca problematizar o caso-pensamento para rever muitos dos pressupostos nos quais a nossa biografia de trabalhadores de saúde e pesquisadores foi instituída por variados e complexos aspectos de escolarização eurocentrada.

Pois, é justamente na modernidade e no seu par – a colonialidade – que a questão da loucura e da doença mental se tornam um problema (bio)político do normal e do anormal como desenvolvidos por George Canguilhem e Michel Foucault. O pensamento intelectual europeu vai olhar para a loucura na Europa, e não nos efeitos nas colônias gestadas e produtora das riquezas dos países do Norte.

Tanto que intelectuais brancos europeus só se preocuparam com o racismo depois da ascensão do nazi-fascismo e a conseqüente Segunda

Guerra Mundial. Ou seja, somente a partir da tentativa de um colonialismo na própria Europa que a intelectualidade europeia começa a formular um pensamento sobre o perigo do racismo e sobre o holocausto. Mesmo essa elaboração se restringiu ao que acontecia acima dos Pirineus. Apesar da tragédia efetuada pelo nazi-fascismo, é preciso lembrar que depois da segunda grande guerra existiu um processo de reparação não só econômica, como simbólica, no sentido de reconhecer que determinados sujeitos foram violados e de reconhecimento da dor de suas vítimas. Algo que nem perto se produziu por essas bandas ao sul do Equador.

O próprio Freud, em uma de suas obras mais clássicas, *Mal-estar na civilização*, escrita no final da crise de 1929, após a Primeira Guerra Mundial, quebra da bolsa etc., aponta para uma dicotomia entre as pulsões e as regras postas pela cultura, o que cada um deseja dessas pulsões morais, sexuais e a própria ética do desejo. A preocupação desse autor era com os judeus e com como ele passa a perceber a perseguição desses com o avanço do nacional socialismo alemão.

Em contra-ponto a Freud, Frantz Fanon, duas décadas mais tarde daquele texto de Freud, sugere um “mal estar colonial”. Para o pensador Martinicano, a angústia do descompasso entre as pulsões e as regras da cultura nos constitui como seres humanos modernos. Nesses termos, Fanon dialoga com o texto freudiano para perguntar para onde são projetadas as agressões que têm que ser reprimidas para não levar a desagregação social.

Em termos Fanonianos, para que exista uma agregação social na Europa e para que seja possível uma civilização, essa energia não reprimida, esses incestos não interditados vão ser projetados para as colônias. É na colônia que a Europa transfere a barbárie, a bestialidade e a violência. Essa transferência permite que a Europa branca se veja como civilização, como humanidade e, portanto, consiga produzir no outro a noção de selvagem.

Nesses termos, o colonialismo tem duas funções: (a) a econômica com uma acumulação primitiva do capital (enriquecer a Europa) a partir do empobrecimento da África, das Américas e da Ásia; (b) uma transferência das contradições para fora da Europa, função subjetiva que é essa de projetar tudo que ela não quer enxergar em si mesma, a violência, a agressividade, o Tanatos (a morte).

O regime discursivo da civilização ocidental moderna que tem o iluminismo como marco é baseado nas ideias da liberdade, da igualdade

de, da racionalidade, da ciência e dos direitos à custa da exploração de negros e indígenas. O que permitiu, por parte da ciência ocidental, uma *forclusão*¹⁷ discursiva, uma espécie de esquecimento ou simplesmente uma simulação de que o genocídio de negros e indígenas não teria ocorrido, que seria um problema de selvagens. Isso se reflete na produção sobre o cuidado no campo da saúde no Brasil, uma vez que a discussão sobre o racismo é foracluída em alguns momentos e, em outros, denejada (c.f. NASCIMENTO, 2017).

Achile Mbembe (2017) vai definir o negro como sendo a loucura codificada! E isso se verifica facilmente: mesmo quando há uma admissão tardia por parte dos organismos internacionais ao finalmente admitirem o racismo, eles o fazem de modo a realizar uma rápida associação dos efeitos do racismo enquanto produtor de doenças mentais. Essa ligação causal tende a perder o rigor da experiência do racismo e, principalmente, ao não incluir o branco como problema, já que se trata de uma violência social em forma de humilhação perpetrada pelo outro. Portanto, o discurso biomédico, ao estabelecer uma relação direta entre racismo e doença mental, tem o espaço liberado para formular novos diagnósticos que vão atingir diretamente a população negra e suas formas atuais de manicomialização, como os ligados aos comportamentos no caso do transtorno de oposição ou sobre o uso abusivo de drogas (c.f. LIMA 2017).

Nos dois casos-pensamento que trouxemos, o modo como são narrados os lugares ocupados por sujeitos brancos e negros não estão explicitamente diferenciados. De certo modo, essas cenas retratam de modo inconsciente ou não o que ocorre com a branquitude quando narra suas práticas de cuidado. O que parece interferir nesse processo é uma espécie de pacto, um acordo tácito entre brancos/as de não se reconhecerem como parte absolutamente essencial na permanência das desigualdades raciais no Brasil.

Os estudos da branquitude partem da premissa de que racismo e privilégio branco existem tanto em formas tradicionais quanto modernas e, em vez de trabalhar para provar sua existência, trabalham para revelá-la. De acordo com Maria Aparecida Bento (2014, p. 48),

17 Conceito forjado por Jacques Lacan para designar um mecanismo específico da psicose, através do qual se produz a rejeição de um significante fundamental para fora do universo simbólico do sujeito. Quando essa rejeição se produz, o significante é foracluído.

Eles reconhecem as desigualdades raciais, só que não associam essas desigualdades raciais à discriminação e isto é um dos primeiros sintomas da branquitude. Há desigualdades raciais? Há! Há uma carência negra? Há! Isso tem alguma coisa a ver com o branco? Não! É porque o negro foi escravo, *ou seja, é legado inerte de um passado no qual os brancos parecem ter estado ausentes. Evitar focalizar o branco é evitar discutir as diferentes dimensões do privilégio. Mesmo em situação de pobreza, o branco tem o privilégio simbólico da brancura, o que não é pouca coisa. Assim, tentar diluir o debate sobre raça analisando apenas a classe social é uma saída de emergência permanentemente utilizada, embora todos os mapas que comparem a situação de trabalhadores negros e brancos, nos últimos vinte anos, explicitem que entre os explorados, entre os pobres, os negros encontram um déficit muito maior em todas as dimensões da vida, na saúde, na educação, no trabalho.

A lógica ainda é a que se dá por meio da repetição de uma afirmação de que o problema se limita à classe social. As desigualdades sociais seriam o cerne da questão. Obviamente não se trata de uma invisibilidade da situação de negros/as. Porque esses são vistos o tempo todo por trabalhadores/as imersos/as nas políticas sociais.

Em suma, a herança do processo de escravização é um tema não conveniente para ser debatido pela branquitude. Tal fato se deve aos benefícios herdados tanto os simbólicos quanto os materiais como resultado da exploração, por vários séculos, da mão de obra escravizada. Opera uma espécie de daltonismo onde a cor da pele não estaria em jogo. Pois, uma vez colocada em jogo, significaria um esforço de reparação, de indenização e, fundamentalmente, um esforço de colocar em xeque seu narcisismo que sustenta o argumento da meritocracia.

Denise Jodelet (1989, p.77) chama a atenção para perguntas importantes no âmbito de nossa analítica:

[...] o que é que faz com que pessoas que cultuam valores democráticos e igualitários aceitem a injustiça que incide sobre aqueles/as que não são seus pares ou não são como eles/as? Pelos processos psicossociais de exclusão moral, os que estão fora do nosso universo moral são julgados com mais dureza e suas falhas justificam o utilitarismo, a exploração, o descaso, a desumanidade com que são tratados.

Um outro aspecto que aparece no segundo caso-pensamento é a questão do medo branco. Franz Fanon (2008), num extenso estudo feito com europeus, enfatiza o processo de projeção na construção do pre-

conceito racial do/a branco/a contra o negro/a. Durante quatro anos, ele interrogou cerca de 500 indivíduos brancos/as: franceses/as, alemães, inglesas/es, italianas/os. Pelo menos um sexto das respostas apresentava o significante negro como sinônimo de biológico, sexo, forte, esportista, potente, boxeador, selvagem, animal, diabo, pecado, terrível, sanguinário, robusto. Ou seja, ter fobia do negro é ter medo do biológico, pois o negro só é visto como ser biológico (FANON, 2008, p. 154).

A ‘fragilidade branca’ acaba por desencadear um conjunto de posições defensivas. Essas posições conjugam sentimentos como raiva, medo e culpa, e comportamentos como discussão, silêncio e abandono da situação geradora de estresse. Esses comportamentos, por sua vez, restabelecem o equilíbrio racial branco. O estresse racial resulta de uma interrupção do que é racialmente familiar.

Como já dito anteriormente, parece ser importante retomar a negação epistemológica nas ciências humanas e sociais em especial no campo da saúde coletiva. Mesmo Emerson Elias Merhy, que foi fundamental para pensar a tecnologia do encontro na dinâmica do cuidado, foi incapaz de reconhecer que, em várias manifestações da cultura americana¹⁸ como nas religiões de matriz africana, na capoeira, no jongo e nos rituais dos povos originários, existe uma ética do cuidado, a partir de uma outra cosmovisão que já estava colocada. Não aproveitamos os recursos provenientes do continente africano ou da América Latina; os ricos recursos conceituais que a Améfrica ou os povos ameríndios (bio-simbiose) ofereceram ao mundo.

Para pôr fim a nossa análise dos dois casos-pensamento, o tema da morte merece um par de problematizações. A pandemia de Covid-19 trouxe, para boa parte do mundo, o acirramento na necropolítica (MBEMBE, 2018), com as mortes acontecendo em muito maior número por parte da população negra, quando comparadas com a população não negra. Mas, mesmo antes, a guerra às drogas, o confronto com as polícias e o encarceramento em massa já determinavam quem devia morrer. Por outro lado, temos uma morte que é a ligada à anulação, à objetificação e coisificação do outro. Para além de uma racionalidade estatal estamos nos referindo a uma morte em vida (c.f. ALENCAR, 2011).

18 Segundo a intelectual feminista Lélia Gonzalez (1988/2018), inspirada nas ideias de Magno, no país se deu a predominância de elementos ameríndios e africanos, por isso argumentava por uma brasilidade próxima à América Latina e não do continente latino-americano. Assim cunhou o termo Amefricanidade.

Voltando à Fanon (2008, p. 27), notamos que, a partir da relação de sujeição dos colonizados aos colonos europeus, estabelece-se o que o autor chama de um duplo narcisismo. Nesse, o “branco está preso em sua branquitude e o negro está preso em sua negritude?”. A representação de si dentro dessas categorias se constrói na relação de oposição ao outro. Ou seja, para Fanon, dentro desse sistema, resta apenas uma alternativa ao colonizado que deseja se valorizar: ocupar o lugar do outro, pois só o outro pode ser completo. O negro deve tentar, sob todo custo, tornar-se branco (FANON, 2008, p.94).

Essa negação de si coloca o colonizado numa posição neurótica, num confronto psíquico contra si próprio, e, como consequência, nasce nele um ‘complexo de inferioridade’. É justamente desse complexo que o colonialismo europeu se apropria e se alimenta. O complexo de inferioridade do colonizado começa, para Fanon (2008, p. 95), na infância, uma vez que há uma divergência profunda entre o universo infantil das referências familiares e o universo público, marcado pela dominação e tutela de matriz europeia. Se o sujeito é sempre produzido na relação, o que ele encontra não é uma relação de reciprocidade, mas a negação da sua humanidade. Ao buscar na relação com o outro, ele só encontra coisificação, bestialização. A escravização desumanizou o negro, mas para Fanon, também o branco.

Considerações finais

A reserva de comum da humanidade vem sendo vilipendiada há mais de 500 anos, e os riscos para a vida estão colocados mais do que nunca. Nos restam alguns rios, parte de nossas florestas. Temos as universidades públicas no Brasil sob risco e nosso sistema público de saúde sob constante ataque, mas que ainda sim conseguiu evitar uma tragédia ainda maior durante a pandemia no Brasil.

O SUS como bem público é uma política do comum, mas de forma bastante parcial. As instituições do SUS ainda são de domínio de homens brancos, tanto as instituições acadêmicas e entidades quanto os serviços de saúde. Negros/as seguem a compor o grupo que sofre mais violência institucional no SUS, e são os/as negros/as que seguem morrendo mais e adoecendo mais apesar do SUS.

Com relação ao núcleo da educação física no SUS, sabemos que vem crescentemente se tornando responsável pela promoção das Práti-

cas Corporais/Atividade Física (PCAF) na instituição. Entretanto, esse avanço – em termos de presença de trabalhadores e até mesmo na oferta de uma certa cultura de movimento – não garante por si só o enfrentamento das iniquidades na efetivação de uma cidadania, inclusive, podendo – dependendo das alianças epistêmicas – reforçar tanto os saberes biomédicos quanto as formas de sociabilidade excludentes.

Nossa formação universitária ainda privilegia os métodos ginásticos europeus em detrimento de uma vasta cultura corporal brasileira e amefricana. Aspectos como a ancestralidade e as formas de resistência de um conjunto absolutamente amplo de possibilidades que foram sendo produzidas e modificadas ao longo de mais de cinco séculos da diáspora africana, enquanto os saberes de povos indígenas ainda são tratadas como exotismo. Quando, na verdade, são elementos de uma ética e estética fundamentais no processo de constituição do povo brasileiro.

Nossa tarefa de descolonizar as instituições de saúde e de nossas práticas no núcleo de educação física implicam, de um lado, numa atenção real à participação de negros e mulheres, mais especialmente de mulheres negras, pois, sem elas, o SUS se torna mais uma instituição em que o sujeito negro participa sempre na condição de passivo e assujeitado. E, de outro lado, implicam numa mudança nas ofertas que dialogue com o território e com um conjunto de vivências e cosmologias não europeias. Num país de maioria pobre negra, como pode o SUS ter sustentação social que não seja por um projeto comum que passe centralmente pela negritude? Para além de um lugar de fala, é preciso limpar bem os ouvidos para constituir um lugar de escuta e de pertença, onde o significante negro possa circular em toda sua potência.

A ausência de um olhar para a relação racismo-capitalismo-colonialismo produz sofrimentos, marcas e angústias para negros/as e indígenas. É uma marca da “biblioteca da Casa Grande” que é a universidade brasileira que se vê como europeia e se nega a examinar a centralidade e a interdependência desses temas para as nações em termos de soberania e de constituição de uma categoria de sub-humanos.

Descolonizar o(s) conhecimento(s) e os sentidos é imbricar-se em uma luta contra o epistemicídio e, assim, contra o racismo. É um trabalho árduo e contínuo. É uma responsabilidade de todos/as que quebrem se somar em uma luta anti-racista, “pois as ferramentas do mestre não irão desmantelar a casa do mestre” (LORDE, 2013). É como disse

Conceição Evaristo, em Olhos D'água (2016): “eles combinaram de nos matar, mas nós combinamos de não morrer”.

Referências

ALENCAR, Sandra Luzia de Souza. **A experiência do luto em situação de violência: entre duas mortes**. 2011. 187 f. Tese (Doutorado em Psicologia: Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

AMARANTE, Paulo. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 61-77, out. 1994.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

ANDRADE, Ana Paula Müller de; MALUF, Sônia Weidner. Sujeitos e(m) experiências: estratégias micropolíticas no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 251-270, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000100251&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jun. 2020.

BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões; CARVALHO Fábio Bruno de; FERIGATO, Sabrina Helena. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 218-224, 2009. Disponível em: http://www.sao-camilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/218a224.pdf. Acesso em: 21 jun. 2020.

BARBOSA, Maria Idalice Silva; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1003-1022, dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000401003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 abr. 2020.

BENTO, M. A. S.; CARONE, I; (Orgs). **Psicologia Social do Racismo: Estudos sobre a branquitude e branqueamento no Brasil**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

BRUNELLO, Maria Eugênia Firmino *et al.* O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 fev. 2020.

CAMPOS, Daniella Barbosa; BEZERRA, Indara Cavalcante; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologias de atenção em saúde mental: práticas e processos de atenção primária. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 5, p. 2101-2108, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102101&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jun. 2020.

CONSTANTINIDIS, Teresinha Cid; ANDRADE, Angela Nobre de. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. **Ciências da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 333-342, fev. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200333&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 jun. 2020.

DAMICO, J. G. S.; BILIBIO, L. F. Experimentação e Encontro intercessor: produzindo pistas para a Educação Física na Saúde Mental. In: BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A. (org.). **Saúde coletiva: dialogando sobre interfaces temáticas**. Ilhéus: Editora da UESC, 2015.

EVARISTO, Conceição. **Olhos d'água**. 1. ed. Rio de Janeiro: Pallas: Fundação Biblioteca Nacional, 2016.

FANON, Frantz. **Pele Negra, Máscaras Brancas**. Tradução de Renato da Silveira. Salvador: EdUFBA, 2008.

FREITAS, D. Raízes históricas do racismo brasileiro. **D. O. Leitura**, São Paulo, v. 4, n. 42, p. 12-13, 1985.

GARCIA JR., Carlos Alberto Severo *et al.* Micropolítica em saúde mental: um processo histórico em uma instituição de saúde. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. spe, p. 161-169, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000400019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jun. 2020.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, ago. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 fev. 2020.

GONÇALVES, Daniel Almeida; FIORE, Maria Luiza de Mattos. **Vínculo, acolhimento e abordagem psicossocial: à prática da integralidade**. Universidade Federal de São Paulo, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), Especialização em Saúde da Família, Modalidade a Distância, Módulo Psicossocial. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2010-2011. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_16.pdf. Acesso em: 01 abr. 2020.

GONZALEZ, Lélia. A categoria político-cultural de amefricanidade. **Tempo Brasileiro**, Rio de Janeiro, n. 92/93, p. 69-82, jan./jun. 1988.

GUIMARÃES, Antônio S. **Racismo e antirracismo no Brasil**. São Paulo: Ed 34, 2003.

JODELET, Denise. Os processos psicossociais da exclusão. In: SAWAIA, Bader (org.). **As artimanhas da exclusão: a análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Vozes, 1999.

JORGE, Maria Salette Bessa *et al.* Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, jul. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 mar. 2020.

KILOMBA, Grada. A máscara. **Piseagrama**, Belo Horizonte, n. 11, p. 26 - 31, nov. 2017.

KILOMBA, Grada. **Memórias da Plantação: Episódios de racismo cotidiano**. Cobogó Ed. 2019.

LIMA, Déborah Karollyne Ribeiro Ramos; GUIMARÃES, Jacileide. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, e290310, nov. 2019. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?s-

cript=sci_arttext&pid=S0103-73312019000300606&lng=en&nrm=i-so>. Acesso em: 21jun. 2020.

LIMA, F. Vidas pretas, processos de subjetivação e sofrimento psíquico: Sobre viveres, feminismo, interseccionalidades e mulheres negras. In: PEREIRA, M. O.; GOUVEA, R. (org.). **Luta manicomial e feminismos: Discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Autografia, 2017. p. 70-85.

LORDE, Audre. Mulheres Negras: as ferramentas do mestre nunca irão dismantelar a caso do mestre. Tradução de Renata. **Geledés**, 10 jul. 2013. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/mulheres-negras-as-ferramentas-do-mestre-nunca-irao-desmantelar-a-casa-do-mestre/>. Acesso em: 06 jul. 2020.

MBEMBE, Achile. **Necropolítica**. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MBEMBE, A. **Crítica da razão negra**. São Paulo: n-1 edições, 2017.

MERHY EE. Cuidado com o cuidado em saúde: saiba explorar seus paradoxos para defender a vida. In: Merhy EE, Amaral H (Orgs). **Reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec; 2007. P.25-37.

MOREIRA, Camila. Branquitude é branquidade? Uma revisão teórica da aplicação dos termos no cenário brasileiro. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, Curitiba, v. 6, n. 13, p. 73-87, jun. 2014. Disponível em: <http://abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/151>. Acesso em: 05 jul. 2020.

NASCIMENTO, Abdias. **O genocídio do Negro Brasileiro: Processo de um racismo mascarado**. São Paulo: Perspectiva, 2017.

ROBERT, Priscila Frehse Pereira. **Dá transferência negativa à destrutividade: percursos da clínica psicanilística**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-13072015-121208/publico/robert_corrigida.pdf. Acesso em: 28 abr. 2020.

ROCHA, Gabrielle; BARCELOS, Isabel Cristina Ribeiro Regazzi. A Relação Intersubjetiva no cuidar de enfermagem em saúde mental – competência para o cuidado em saúde mental. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, jan. 2011. Disponível

em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1180>. Acesso em: 21 jun.2020.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Pelas Mãos de Alice**: O Social e o Político na Pós-Modernidade. 7. ed. Porto: Afrontamento, 1999.

SANTOS, Franciele Aparecida dos; LIMA, Edilene. Transferência e Contratransferência: a evolução do conceito e sua prática na clínica psicanalítica. **Revista Uningá**, Maringá, v. 51, n. 2, fev. 2017. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1347>. Acesso em: 30 mar. 2020.

SCHUCMAN, Lia. Vainer. **Entre o “encardido”, o “branco” e o “branquíssimo”**: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana. 2012. 160 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SCHWARCZ, Lília Moritz. **O espetáculo das raças**: cientistas, instituições e questão racial no Brasil - 1870-1930. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SOUZA, Tadeu de Paula Souza. **O devir negro do mundo**: Reflexões a partir dos desafios do SUS. Disponível em: <https://urucum.milhara.org/2018/08/07/o-devir-negro-do-comum-reflexoes-a-partir-dos-desafios-do-sus/>. Acesso em 07 jul. 2020.

ZAMBELLI, Cássio Koshevnikoff *et al.* Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 179-195, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652013000100012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 mar. 2020.

Educação interprofissional e trabalho em equipe na formação em Educação Física no campo da saúde

Rogério Cruz de Oliveira

Wladimir Barbosa Reis

Ricardo José Gomes

A formação profissional para o campo da saúde, histórica e tradicionalmente, esteve próxima à doença sob a égide de um modelo hospitalocêntrico e de racionalidade biomédica. Entretanto, em 1990, com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil – calcado nos princípios da integralidade, equidade e universalidade, sendo, ainda, indutor de políticas de formação de saúde – houve um acúmulo de debate que, nesses últimos 30 anos, tem provocado um deslocamento a esse modelo.

Com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) (BRASIL, 1996) e a posterior criação do Plano Nacional de Educação (PNE) (BRASIL, 2001a), as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para as 14 profissões da área da saúde foram implementadas entre 2001 e 2004. Contudo, embora tenham sido criadas num contexto de pareamento com o SUS, Costa *et al.* (2018), que analisaram as DCN de todas as profissões da área da saúde entre 2001 e 2004, afirmam que estas mantiveram modelos tradicionais de ensino.

No caso da Educação Física (EF), a análise evidenciou: ausência de elementos que abordassem as questões de ensino-aprendizagem dos alunos e formação para o SUS; ausência de detalhes da organização curricular; distanciamento do cuidado em saúde no contexto do SUS; e visão de gestão em saúde não compatível com a integralidade e o trabalho coletivo (COSTA *et al.*, 2018). Nessa ótica, compreende-se que as DCN da EF (BRASIL, 2004), até então recém-considerada uma profissão da saúde pela Resolução 218 (BRASIL, 1997), distanciaram-se consideravelmente de uma formação para a saúde, mesmo afirmando pacto com

todos os níveis de atenção (promoção, prevenção, recuperação e/ou reabilitação em saúde), conforme Oliveira e Andrade (2016). Para Bagrichesky e Estevão (2008), isso é fruto do distanciamento epistemológico da EF para com os fóruns específicos de saúde (Rede Unida, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, dentre outros).

Alguns estudos corroboram essa perspectiva, tais como: Anjos e Coletto (2009) encontraram um não direcionamento dos cursos de EF para a área da saúde, disciplinas de saúde pública com abordagem prescritiva e curativa, bem como não previsão de estágio em serviços de saúde; Brugnerotto e Simões (2009) identificaram um conceito restrito de saúde, ligado predominantemente às ciências naturais, em currículos de graduação em EF no Paraná; Pasquim (2010) e Costa *et al.* (2012), respectivamente, identificaram a abordagem da saúde coletiva em cursos de EF isolada em disciplinas com pequena carga horária ou a sua não existência.

Frente a esse cenário, parece que a EF trilha um caminho formativo em saúde oposto ao debate acumulado em torno do SUS. Nas atuais DCN da EF (BRASIL, 2018a), embora já seja possível notar o SUS na organização curricular, permanecem os limites apontados em 2004, agravados ainda pelo distanciamento das DCN dos cursos de graduação da área da saúde publicadas no mesmo ano (BRASIL, 2018b). Dentre muitos descompassos, o trabalho em equipe numa perspectiva interprofissional não é mencionado nas DCN da EF, o que, nas DCN dos cursos de graduação da área da saúde, é um princípio de formação, a saber: “As DCN devem expressar a formação de um profissional apto a atuar para a integralidade da atenção à saúde, por meio do efetivo trabalho em equipe, numa perspectiva colaborativa e interprofissional” (BRASIL, 2018b, p.17). Para Silva *et al.* (2019), as DCN sinalizam que o aprendizado deve transcender as técnicas de cada profissão e o mero cumprimento de tarefas.

Nesse sentido, faz-se necessário compreender os desdobramentos da educação interprofissional (EIP) e do trabalho em equipe na formação em EF no campo da saúde, sendo esse o objetivo do manuscrito. O entendimento reside na relevância do debate para a área que, sendo uma profissão na qual as práticas grupais e coletivas são predominantes, não pode conceber sua atuação como isolada e restrita aos aspectos técnicos. A EIP e o trabalho em equipe, mesmo distante das DCN da

EF, estão passíveis de apropriação e implementação, haja vista que são mandatórias na área da saúde.

Assim, num primeiro momento, abordaremos o arcabouço teórico que gravita em torno da temática e, posteriormente, relataremos a experiência formativa em saúde do Instituto de Saúde e Sociedade da Universidade Federal de São Paulo - *Campus* Baixada Santista (ISS/UNIFESP/BS), gerando desdobramentos para pensar a EF nesse processo.

Educação interprofissional e trabalho em equipe no campo da saúde

De acordo com Barr (2005), a EIP ocorre quando duas ou mais profissões aprendem com as outras e sobre as outras para melhorar a colaboração e qualidade da atenção. Nesse sentido, distancia-se do simples arranjo de duas ou mais profissões aprendendo lado a lado, o que configuraria, segundo o autor, uma educação multiprofissional.

Nessa esteira, Batista *et al.* (2018, p.1706) chamam a atenção para a EIP como uma proposta inovadora de ensino que, como criadora de espaços para práticas colaborativas, ressignifica as concepções

[...] de educação e saúde e destaca a necessidade de rompimento com os paradigmas tradicionais de ensino e das práticas de atenção à saúde. Nesse sentido, enfatiza-se a educação em uma perspectiva dialógica e crítica, comprometida com a construção de conhecimentos como instrumentos de transformação social, em que educador e estudante atuam em situações interativas de ensino-aprendizagem.

Trata-se de um conceito debatido no mundo há mais de 30 anos, que tem ganhado força no Brasil no campo da formação e educação permanente em saúde. Assim, pode-se afirmar que a principal premissa da EIP consiste na aprendizagem colaborativa dos/as estudantes para que, quando profissionais nos serviços de saúde, consigam trabalhar em equipe de forma igualmente colaborativa, sem os isolamentos técnicos ou identitários que compõem os conhecimentos de cada profissão. Isso não significa se abster da formação específica circunscrita em cada uma das DCN, mas colocá-la a serviço da produção de cuidado em saúde, que requer um acercamento mais amplo das demandas e necessidades do SUS.

Partindo desse pressuposto destaca-se o trabalho em equipe como uma das forças motrizes da EIP. Para Reeves (2016), a literatura tem demonstrado que a formação de profissionais de saúde necessita desenvolver conhecimentos e habilidades para o trabalho em conjunto para que a atenção ao paciente seja segura e de alta qualidade. Nesse sentido, recorrendo à Barr (2005), se faz necessário fazer com que os/as estudantes: conheçam o papel e as características de outras profissões; sejam capazes de trabalhar com os/as colegas de outras profissões; sejam capazes de substituí-los, caso necessário, e; encontrem caminhos flexíveis de carreira.

Isso significa que, além de colocá-los no universo de práticas colaborativas, faz-se necessário compreender a natureza do trabalho de todas as outras profissões envolvidas. Se essa for uma premissa ausente ou superficial no contexto de um projeto corre-se o risco de reforço de estereótipos e preconceito entre as profissões, o que, para Barr (2005), caminha na direção contrária ao movimento da EIP no mundo. Além disso, o desconhecimento do que faz o/a outro/a profissional de saúde pode comprometer o atendimento à população, impondo prejuízos à sua saúde que, concebida numa perspectiva ampliada, é resultante das condições de vida das pessoas, abrangendo alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e a serviços de saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986). Ou seja, indo muito além da ausência de doença ou do conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS): um completo bem-estar físico, psíquico e social. Em síntese, se o conceito de saúde não é isolado e a produção de cuidado requer o trabalho em equipe, o desconhecimento do que faz o outro e o trabalho isolado devem ser superados.

Por isso mesmo, a formação na perspectiva da EIP configura-se como um trabalho complexo, não envolvendo somente situações de ensino, mas também de desenvolvimento docente na universidade, crucial para Reeves (2016). Para o autor, “[...] ensinar alunos como aprender sobre um assunto uns com os outros é uma experiência nova e desafiadora” (p.189). Assim, o desenvolvimento docente ofertaria oportunidades contínuas de apreender a EIP e superar as formações isoladas dos professores. Para Capozzolo *et al.* (2018, p. 1681), “As questões que nós, como docentes, identificamos no trabalho com os estudantes, e que apontam para suas dificuldades, foram, ou ainda são, também dificuldades nossas”. Isso significa cumprir com aquilo que Freire (2002) já

anunciava: forma-se ao formar. Compreender que o processo formativo que os professores ofertam aos/às estudantes também está passível de construção e apreensão: “[...] se não questionarmos a hegemonia desenvolvida e criada por meio de identidades profissionais e diferenciais de poder em saúde, os objetivos da EIP e da prática colaborativa podem não ser alcançados” (SILVA, 2020, p. 3).

Outra dimensão igualmente relevante diz respeito ao momento de formação em que o/a estudante deve ser exposto/a às situações de aprendizagem colaborativa. Desde o 1º ano de graduação? Nos anos finais? Após a graduação? Reeves (2009) afirma que a EIP deveria ser parte do desenvolvimento profissional contínuo dos indivíduos. Nesse sentido, não se esgotaria na graduação, mas durante esta deveria estar presente desde o 1º ano. Para Reeves (2016), pesquisas indicam que alunos de 1º ano já possuem estereótipos em relação às outras profissões de saúde.

A EIP poderia ser utilizada inicialmente para preparar estudantes para práticas colaborativas, enquanto este tipo de educação, em uma fase mais tardia, poderia reforçar experiências de aprendizado antecipado e maior apoio em práticas colaborativas (REEVES, 2016, p. 187).

Além disso, Batista *et al.* (2018) afirmam que a EIP deve atuar também no âmbito da extensão e pós-graduação, permitindo que uma cultura de trabalho interdisciplinar se instaure. Desse modo, os desafios estão postos à EIP, pois além das tradições das formações isoladas, há de se implementar um cenário de produção de conhecimento interprofissional e interdisciplinar e sua extensão à população.

Para tanto, desafios de igual monta são postos à gestão, à infraestrutura e aos recursos financeiros. À gestão, questões de ordem coletiva e comum superando as potentes especificidades; à infraestrutura e aos recursos financeiros, questões da formação fora do espaço universitário, nos serviços de saúde, com as equipes e com os usuários, etc. Nesse quesito, questões ligadas ao deslocamento e segurança dos/as estudantes e à sua permanência nos serviços de saúde como aprendizes são desafiadoras. Para Reeves (2016), tais situações, por envolver trabalhadores/as da saúde e educadores/as de diferentes unidades de ensino, ambientes de trabalho e localizações, podem complicar o planejamento e a implementação da EIP.

Entretanto, experiências ocorridas no Brasil têm apontado esse caminho como promissor na formação em saúde. Em Lima *et al.* (2020), houve identificação de percepções e manifestações das práticas colaborativas para o trabalho em equipe no relato de discentes de diferentes cursos de graduação em saúde da Universidade Federal de Pernambuco (Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Nutrição e Saúde Coletiva) que vivenciaram a EIP no estágio curricular. Em Nuto *et al.* (2017), estudantes ingressantes de cursos de saúde da Universidade de Fortaleza (Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Odontologia, Medicina, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional) num contexto de currículo integrado apresentaram alta disponibilidade para EIP,

[...] tornando propício que no início da vida acadêmica as habilidades de trabalho em equipe e colaboração, identidade profissional e atenção centrada no paciente sejam fortalecidas nos currículos sem apresentar resistência discente (NUTO *et al.*, p.56).

Ao lado dessas e de outras experiências consideradas inovadoras está o Projeto Político Pedagógico (PPP) do ISS/UNIFESP/BS. Criado em 2006 no contexto da EIP e da interdisciplinaridade, ele tem se mostrado potente na formação de profissionais de saúde para o SUS. Nesse sentido, é que apresentaremos os meandros desse PPP e os desdobramentos para a formação em EF da instituição.

Educação interprofissional na formação em Educação Física para o SUS: a experiência do ISS/UNIFESP/BS

A Unifesp vem construindo, desde 1933¹⁹, bases sólidas para a qualificação, inovação e aplicação do conhecimento científico sobre os modos de viver no mundo. Para isso, apresenta 62 cursos de graduação e 74 programas de pós-graduação (mestrado profissional, mestrado acadêmico e doutorado)²⁰, que contribuem para a formação inicial e continuada de profissionais de diversas áreas do conhecimento.

19 Denominada Escola Paulista de Medicina à época de sua fundação, transformou-se, em 1994, em universidade federal, dedicando-se nas atividades de ensino, pesquisa e extensão na área de ciências da saúde. A partir de 2005, com o REUNI, a instituição amplia seu alcance e compromisso de formação para outras áreas do conhecimento.

20 Disponível em: www.unifesp.br. Acesso em: 02 março 2020

Tal feito se deve à política de expansão adotada pela instituição, apoiada pelo Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) e pelo Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), a qual construiu seis *campi* universitários nas cidades de Diadema, Guarulhos, Osasco, Santos (Baixada Santista), São José dos Campos e São Paulo ao longo de 10 anos. O ISS/UNIFESP/BS, situado na cidade de Santos, foi o primeiro. Inaugurado em 2006, oferece a graduação nos cursos de EF (bacharelado), Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Esses cursos ampliaram o alcance da produção de conhecimento das ciências da saúde na instituição na medida em que acompanharam os movimentos de reflexão sobre a formação em saúde apontados por Sordi e Bagnato (1998), Feuerwerker (2003) e Ceccim e Feuerwerker (2004), bem como a orientação de políticas públicas em educação e saúde (BRASIL, 1996; BRASIL, 1997; BRASIL, 2001).

Entretanto, somente a ampliação e alocação num mesmo *campus* universitário de cursos das ciências da saúde não seriam suficientes para garantir a formação de profissionais com olhar atento ao cuidado integral da saúde. Por isso, no PPP do ISS/UNIFESP/BS (UNIFESP, 2006), a EIP está presente como proposta metodológica norteadora para formação de profissionais de saúde sensíveis e dispostos ao trabalho em equipe interprofissional. Do desenho curricular às estratégias didático-pedagógicas, é possível observar o fomento à interatividade entre estudantes e docentes, apontada por Reeves (2016) como característica chave para o manejo da EIP.

Nesse sentido, destacamos: manutenção de um período comum na grade horária de todos os cursos para desenvolvimento de atividades de pesquisa e extensão; manutenção de um período comum para as reuniões institucionais; departamentos interprofissionais, nos quais os docentes são lotados por afinidade temática de ensino, pesquisa e extensão; formação de turmas mistas para aulas em módulos²¹ comuns aos cursos, dentre outros (BATISTA *et al.*, 2018).

Nesse contexto, cada curso, no âmbito de suas DCN, elaborou seu Projeto Pedagógico de Curso (PPC) à luz do PPP do ISS/UNIFESP/BS. Assim, o curso de EF tem como direcionador das ações os princípios da EIP (UNIFESP, 2016).

21 Cada módulo é uma unidade curricular. São denominados de módulos, pois congregam áreas disciplinares/temáticas afins, mas não disciplinas isoladas (BATISTA *et al.*, 2018).

Desse modo, a matriz curricular do curso, assim como os demais cursos do ISS/UNIFESP/BS, é organizada a partir de três eixos comuns e um eixo específico (Quadro 1):

Quadro 1 – Formação em Educação Física na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Eixo	Aparição na matriz	CHT*	%**
O Ser Humano em sua Dimensão Biológica	1º a 5º termos	740	19
O Ser Humano e sua Inserção Social	1º a 4º termos	200	5
Aproximação ao Trabalho em Saúde	1º a 5º termos	360	9,5
Aproximação a uma Prática Específica	1º a 8º termos	2.560***	66,5
Total		3.860	100

Fonte: UNIFESP (2016).

*Carga horária total (em horas); **Proporção ao curso (percentual) ***Incluindo estágios, unidades curriculares eletivas e atividades complementares.

O eixo “O Ser Humano em sua Dimensão Biológica” objetiva inserir os/as estudantes no universo das ciências biológicas de forma integrada e crescente em complexidade, de modo a atender às demandas de cada curso (UNIFESP, 2016). Desse modo, lança-se ao desafio da EIP utilizando ferramentas didáticas como dinâmicas de grupo, estudos dirigidos, aulas práticas e problematização de temas para contribuir com a aprendizagem dos/as estudantes, bem como para o reconhecimento de outras profissões na prática profissional. A seguir, é possível visualizar os temas de que trata esse eixo (Quadro 2):

Quadro 2 – O Ser Humano em sua Dimensão Biológica*

Módulos	Termos	Área disciplinar
Do átomo à célula I e II	1º e 2º	Biologia celular; Biologia molecular; Bioquímica; Genética; Fundamentos de Biofísica.
<ul style="list-style-type: none"> • Introdução dos tecidos aos sistemas • Tecidos aos sistemas I e II 	2º, 3º e 4º	Anatomia; Biofísica; Embriologia; Fisiologia; Histologia.
Aparelho locomotor**	3º	Anatomia, Histologia e Fisiologia do aparelho locomotor.
Fundamentos biológicos do adoecimento humano	5º	Imunologia; Patologia.

Fonte: UNIFESP (2016).

* O curso de Serviço Social, por opção de seu PPC, é o único curso que não participa desse eixo. ** Esse módulo é ofertado apenas aos cursos de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, pois dialogam com seus respectivos objetos de estudo e intervenção.

No eixo “O Ser Humano e sua Inserção Social”, o/a estudante se aproxima das ciências humanas e sociais para assimilar e exercitar “reflexão crítica sobre as práticas em saúde a partir do olhar do cuidado, do trabalho, das relações sociais, das condições de produção de vida nas sociedades” (UNIFESP, 2016, p. 50). Para isso, o uso de enfoques problematizadores e a constante articulação entre teoria e prática representam o compromisso com a EIP. A seguir, apresentamos a organização curricular do eixo (Quadro 3):

Quadro 3 – O Ser Humano e sua Inserção Social

Módulos	Termos	Área disciplinar
Natureza, cultura e sociedade	1º	Antropologia; Ciência política; Sociologia.
Capitalismo, trabalho e direitos*	2º	Antropologia; Ciência Política; Sociologia.
Subjetividade, corpo e estigma*	3º	Antropologia; Psicologia; Sociologia.
Constituição do humano, políticas e marcadores sociais da diferença	4º	Antropologia; Educação; Sociologia; Ciências Sociais.

Fonte: UNIFESP (2016).

*O curso de Serviço Social, por opção de seu PPC, não participa desses módulos.

O eixo “Aproximação ao Trabalho em Saúde” se apresenta como articulador do conhecimento acerca do processo saúde-doença-cuidado,

em diálogo constante com os conteúdos dos demais eixos, com o intuito de oferecer subsídios ao/à estudante para que: compreenda os principais problemas de saúde da população e do sistema de saúde vigente em nosso país; desenvolva competências para o diálogo interprofissional e para o cuidado integral; construa uma visão crítica sobre a produção de conhecimento na área da saúde; dentre outros objetivos (UNIFESP, 2016). Assim, aparece na matriz curricular da seguinte forma (Quadro 4):

Quadro 4 – Aproximação ao Trabalho em Saúde

Módulos	Termos	Área disciplinar
Condições de vida e produção social de saúde	1º	Epistemologia; Epidemiologia.
Desigualdades sociais e políticas de saúde no Brasil	2º	Saúde coletiva; Sociologia; Epidemiologia.
Encontros e a produção de narrativas	3º	Metodologia; Saúde Coletiva; Educação em Saúde.
Trabalho em equipe e práticas coletivas*	4º	Educação em saúde; Saúde coletiva; Clínica Integrada.
Clínica integrada: produção de cuidado*	5º ou 6º**	Saúde Coletiva; Clínica Integrada.

Fonte: PPC-EF.

* O curso de Serviço Social, por opção de seu PPC, não participa desses módulos. **Esse módulo é oferecido nos 5º e 6º semestres devido à divisão do conjunto de estudantes dos cinco cursos (Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Terapia Ocupacional e Psicologia), buscando divisão e distribuição equânime das profissões nas turmas formadas, para se aproximar ao máximo do trabalho em equipe interprofissional.

Os eixos comuns são desenvolvidos em turmas mistas de estudantes, o que gera a peculiaridade de uma mesma aula ocorrer em salas diferentes, com professores diferentes, gerando reflexões individuais e coletivas, debates e dúvidas diferentes, mas em torno do mesmo conhecimento trabalhado, o que demanda: desenvolvimento de um complexo cronograma, recursos de infraestrutura (salas de aula, material audiovisual, material de almoxarifado, suporte técnico) e recursos humanos (docentes e técnicos) para o mesmo módulo. Para Batista *et al.* (2018, p.1709),

O desenho misto das turmas dialoga com a organização curricular em eixos e módulos, permitindo superar a métrica disciplinar e buscando redesenhar as fronteiras e constituir novos territórios, sem negar os campos profissionais e científicos já existentes.

Nessa prumada, têm-se ainda as monitorias, também interprofissionais e interdisciplinares. A monitoria nos módulos “Tecidos aos Sistemas I e II”, por exemplo, agrupa três áreas de conhecimento (Anatomia, Fisiologia e Histologia), sendo desenvolvida por monitores selecionados a partir de todos os cursos (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Por fim, o eixo “Aproximação a uma Prática Específica da EF” visa a articulação com os conteúdos absorvidos em outros eixos da formação e a compreensão gradativa dos conteúdos específicos ao longo de quatro anos, sendo desenvolvido em subeixos, de acordo com a aproximação temática dos módulos (Quadro 5):

Quadro 5 – Aproximação a uma Prática Específica

Subeixo	Termos	Módulos
Aproximação à prática da Educação Física em Saúde	1º, 4º, 6º, 7º e 8º	Introdução; Gestão em Educação Física, Lazer e Saúde; Estágio Supervisionado Básico; Estágio Supervisionado Profissionalizante I e II.
Fundamentos das Atividades Físicas e Esportivas	1º a 5º	Didática; Jogo; Ginástica; Esportes Coletivos I e II; Aquáticos; Dança; Luta; Atletismo; Práticas Contemplativas.
Produção de conhecimento em Educação Física e Saúde	2º, 3º, 5º, 6º, 7º e 8º	Introdução; Metodologia da Pesquisa Científica; Estatística; Trabalho de Conclusão de Curso I, II e III.
Ciências do Exercício Físico	2º, 4º, 5º e 6º	Crescimento e Desenvolvimento; Bases Fisiológicas e Bioquímicas do Exercício I e II; Socorros de Urgência; Treinamento Esportivo I e II; Exercício Físico e Doenças Crônicas I e II; Atividade Física Adaptada.
Estudo do Movimento Humano	2º a 4º	Comportamento Motor I e II; Cineantropometria; Cinesilogia; Biomecânica.
Ciências Aplicadas à Educação Física	4º a 6º	Nutrição; Psicologia; Farmacologia; Psicobiologia.
Tópicos em Educação Física e Saúde	7º e 8º	Conjunto de Módulos eletivos*.

Fonte: UNIFESP (2016).

*Em todo semestre, vários módulos eletivos são ofertados aos/às estudantes, que devem cursar, ao menos, 120 horas para integralização curricular. O/A estudante pode ainda cursar essa carga horária em qualquer unidade curricular do ISS/UNIFESP/BS e solicitar aproveitamento.

Nota-se que o eixo específico se desenvolve ao longo dos quatro anos de curso de maneira gradativa, inclusive pela existência dos

eixos comuns que, durante os dois primeiros anos, estão massivamente presentes. Assim, pode-se compreender que a formação dos/as estudantes de EF do ISS/UNIFESP/BS possui convivência estritamente com sua turma somente no 4º ano da graduação, quando, obrigatoriamente cumprirão os Estágios Supervisionados Profissionalizantes (ESP) e o Trabalho de Conclusão de Curso. Embora a extensa carga horária e o desenvolvimento curricular numa perspectiva integral possuam alguns obstáculos, que não serão possíveis de aprofundamento aqui, a formação de 11 turmas até então nos permite compreender o diferencial da proposta formativa do ISS/UNIFESP/BS e sua continuidade, como já apontava Ferreira *et al.* (2013).

Isso tudo tem refletido em experiências desafiadoras e exitosas em termos de trabalho em equipe, que, no campo dos ESP, têm produzido importantes reflexões sobre o papel da EF no campo da saúde.

Trabalho em equipe na formação em Educação Física: um relato de experiência no estágio

Os ESP do curso de EF do ISS/UNIFESP/BS são desenvolvidos em diversos módulos, dentre os quais, o Estágio no Serviço Público de Saúde e Esportes, que ocorre no 4º ano de graduação. Desde 2010, há uma parceria entre o ISS/UNIFESP/BS e a Prefeitura Municipal de Santos, que abrange termos de cooperação técnica celebrados entre as partes. Nesse contexto, são realizados estágios em diversos equipamentos públicos da cidade, tais como Centros Esportivos, Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os alunos do curso de EF encaminhados para os estágios na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), realizam previamente uma capacitação denominada SantosSUS22. Posteriormente, os/as estagiários/as são divididos por territórios, sendo que nos últimos anos, as vagas disponibilizadas foram na região dos Morros, Zona Noroeste e Centro de Santos. Em suma, os/as estudantes acompanham as atividades do preceptor local, um Profissional de EF (PEF) da SMS, e desenvolvem um planejamento de ações, de acordo com a realidade de cada unidade/território. Assim, segue relato de experiência de um dos supervisores de estágio entre os anos de 2012 e 2015.

22 Tem por objetivo promover aproximação dos futuros estagiários à rotina dos diversos equipamentos de saúde, conhecendo os princípios básicos de organização do SUS na cidade. Disponível em: (<https://www.santos.sp.gov.br/?q=portal/santossus>). Acesso em: 02 mar. 2020

Ao analisarmos a inserção dos/as estagiários/as de EF do ISS/UNIFESP/BS em equipes interprofissionais, notamos que, por vezes, há o relato de certo tensionamento devido à expectativa de atuação específica, seja dos/as usuários/as, das demais áreas que compõe a equipe ou, até mesmo, do/a próprio/a estagiário/a. Historicamente, tais conflitos refletem uma disputa de espaço da EF num ambiente externo ao cenário escolar, bem como a busca pela legitimidade de sua atuação na área da saúde (BAGRICHEVSKY, 2007). De acordo com as vivências dos estágios do ISS/UNIFESP/BS, não raramente, os/as estagiários/as de EF se encontram num papel secundário quando inseridos em uma equipe interdisciplinar. Em outros momentos, atribui-se aos/as estagiários/as de EF, exclusivamente, ações relativas às práticas corporais, jogos, atividades lúdicas e exercícios físicos, desconsiderando o contexto ampliado de formação em saúde, que caracteriza o PPP do ISS/UNIFESP/BS.

Nessa esteira, durante o ano de 2013, houve uma atividade de estágio desenvolvida em conjunto com estudantes dos cursos de Fisioterapia e Nutrição, que ocorreu numa UBS de Santos. A proposta foi acompanhar um grupo de diabéticos e hipertensos da comunidade, vinculados ao Programa HiperDia²³. Durante as supervisões de estágio, notou-se uma fragilidade na articulação dos/as estagiários/as que compunham a equipe em função da fragmentação do planejamento das atividades. Embora de forma sutil, havia inicialmente uma ideia de que o planejamento das ações interprofissionais deveria ser conduzido pelos/as estagiários/as de Nutrição e Fisioterapia, e que caberia aos/as estagiário/as de EF, o desenvolvimento de ações exclusivamente voltadas para exercício físico ou jogos recreativos, como parte inicial ou final de uma intervenção. Dificuldades semelhantes têm sido relatadas por outros/as autores/as que investigaram a parceria entre o ensino e os serviços em cenários de atenção básica (CARVALHO *et al.*, 2015; LOBATO *et al.*, 2012; AZEVEDO, 2013).

A despeito da formação interprofissional proposta pelo ISS/UNIFESP/BS (UNIFESP, 2006), muitos/as alunos/as dos diversos cursos chegam aos estágios profissionalizantes com conceitos que dificultam as atividades que são compartilhadas com outras áreas. Verifica-se uma dificuldade de reconhecimento do “saber comum” e do “saber específico”

23 O Programa HiperDia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de usuários do SUS que possuam diagnóstico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, em concordância com a Portaria 235 (BRASIL, 2001b).

para o cuidado em saúde, além de resistências para perpassar os espaços que permeiam as supostas fronteiras existentes entre as áreas profissionais (HENZ *et al.*, 2013; CASETTO *et al.*, 2013; ABRAHÃO; MERHY, 2014). Para Merhy (2010), a conformação histórica das práticas profissionais resultou no fortalecimento da especialização, na fragmentação dos conhecimentos e das práticas, na tecnificação e no biologicismo. A literatura tem demonstrado a importância de ampliar a compreensão das diversas dimensões envolvidas no processo saúde-doença e do trabalho integrado entre as diversas áreas profissionais para intervir nos problemas de saúde da população (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013; PASSOS; CARVALHO, 2015). No caso aqui relatado, houve a necessidade de maior suporte dos/as preceptores/as, docentes e supervisores/as de estágio a fim de mediar e colaborar com a resolução das dificuldades encontradas, o que ocorreu no período final do estágio. Após algumas reuniões e discussões com a equipe, o estágio foi concluído de forma colaborativa, tendo uma avaliação positiva por parte dos/as estagiários/as envolvidos/as. Contudo, após dois semestres, o estágio foi descontinuado em função de mudanças na gestão da UBS, o que nos mostra a fragilidade de sustentação de ações integradas de ensino na área de saúde, fato também destacado por Carvalho *et al.* (2015).

Embora existam muitas possibilidades de atuação da EF na área da saúde, observa-se ainda a prevalência da visão de que seu principal papel seja o de controle de doenças crônicas, sobretudo por meio de exercícios físicos/práticas corporais realizados em grupos de idosos, diabéticos, hipertensos, entre outros. Em concordância, Souza e Loch (2011) observaram que os PEF's que atuavam em equipe no NASF24 do Norte do Paraná relataram que as atividades realizadas também estavam concentradas em atividades de grupos específicos. Não obstante, as vagas disponíveis para os estágios de EF na atenção primária em Santos são, em sua maioria, vinculadas ao Programa HiperDia, que atende diabéticos e hipertensos. Em alguns desses cenários, os/as preceptores/as

24 O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi instituído pela Portaria 154 (BRASIL, 2008) para fortalecer ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde, tais como: ação interdisciplinar e intersetorial; educação em saúde; integralidade; participação social; educação popular; promoção da saúde e humanização. As equipes podem ser compostas pelas seguintes ocupações: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária (BRASIL, 2017).

de estágio desenvolvem atividades práticas em locais anexos às UBS (estacionamentos, áreas verdes, dentre outros), o que dificulta o encontro e a articulação dos preceptores com os/as demais profissionais da rede.

A vivência de acompanhamento dos estágios do ISS/UNIFESP/BS nos mostra que ainda há fragilidade na articulação das equipes de saúde com os PEF's. Por vezes, houve relatos de que alguns funcionários desconheciam as atividades que eram realizadas pela EF em determinadas unidades onde os estágios ocorriam. Tais observações indicam que a EF ainda se encontra num lugar periférico, não sendo reconhecida como parte central das ações de cuidado em saúde. O modelo hegemônico, biomédico e médico centrado, ainda permeia a prática dos profissionais de EF no campo da saúde, como destacado por Carvalho e Ceccim (2013).

Por outro lado, há cenários que agregam ações e que potencializam o desenvolvimento de atividades de estágio mais colaborativas. Um dessas experiências exitosas ocorreu no ano de 2015 numa UBS da Zona Noroeste em Santos. Havia, naquela unidade, diversas ações do ISS/UNIFESP/BS, dentre elas, os estágios de Nutrição e EF, o módulo “Clínica integrada: produção de cuidado” do eixo “Trabalho em Saúde”, bem como um cenário de Residência Multiprofissional em Saúde (PR-MAS25), todos com propostas de intervenção independentes umas das outras. Porém, num determinado momento, a docente de Nutrição que atuava como supervisora de estágio propôs uma oficina de compartilhamento de receitas para os municípios vinculados ao grupo HiperDia que realizavam atividades físicas no Horto Municipal, localizado ao lado da Unidade. Tal iniciativa aproximou os/as estagiários/as da EF e Nutrição e foi o gatilho para que acontecesse uma série de ações interprofissionais. Em pouco tempo, as oficinas de Nutrição se tornaram oficinas de educação em saúde, planejadas conjuntamente pelos/as alunos/as de EF e Nutrição. Os encontros do grupo HiperDia no Horto Municipal já não eram exclusivos para realização de atividades físicas, mas incorporavam agora diversas ações: danças, oficinas, rodas de conversa, relaxamento, dentre outras.

Após algumas semanas, o número de municípios que participava do HiperDia aumentou, chamando a atenção da gestora da UBS, que agendou algumas reuniões com a equipe e com os/as estagiários/as. O

25 O programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Unifesp/BS teve por objetivo a qualificação profissional na modalidade de ensino de Pós-Graduação Lato Sensu para todas as áreas profissionais de saúde, exceto a médica (DIAS *et al.*, 2016).

resultado foi uma maior aproximação dos/as agentes comunitários/as, que passaram a colaborar também com as ações do grupo HiperDia. Importante destacar, que tanto o preceptor local (PEF), quanto a gestora da UBS (Enfermeira), haviam realizado algum curso de capacitação/educação permanente no ISS/UNIFESP/BS e, portanto, conheciam a proposta de EIP, sendo esse aspecto um possível facilitador do processo de articulação. Para Batista e Gonçalves (2011, p. 895),

As políticas e propostas de formação dos profissionais para o SUS, articulando capacitação, qualificação, desenvolvimento, devem concretizar estratégias e ações de aproximação constante das práticas dos serviços de saúde às práticas de investigação e reflexão teórica, tanto do pessoal das universidades quanto da gestão e da assistência.

Essa parceria entre os/as profissionais da rede, docentes e estagiários/as produziu ainda outras importantes ações colaborativas. O PRMAS que estava vinculado à mesma UBS em que ocorreram as ações descritas fez algumas visitas domiciliares no território com a presença dos/as estagiários/as de EF e Nutrição. Ademais, havia discussão de casos complexos com a participação de estagiários/as, agentes comunitários/as, residentes, alunos/as do módulo (Clínica integrada: produção de cuidado) e outros profissionais da rede. Um dos médicos (clínico geral) que atendia na mesma unidade participou de algumas reuniões ampliadas e, depois de conhecer o trabalho realizado, passou não apenas a recomendar que os municípios atendidos participassem do grupo HiperDia, mas ele próprio se inseriu ao grupo, realizando as atividades propostas juntamente com os/as demais municípios. Esse fato permitiu um momento de conversa e articulação entre agentes comunitários/as, preceptores, estagiários/as, alunos/as de graduação, residentes, docentes e médico. Havia ali uma equipe que discutia os casos, propunha novas ações e interagiu com os/as municípios de modo horizontal, sem que houvesse um/a profissional de maior importância ou que tivesse um papel privilegiado na organização do trabalho em saúde. As discussões nas supervisões do estágio evidenciavam a importância do encontro, da micropolítica do trabalho vivo e das possibilidades de produzir diferenças a partir dos encontros, como discutido por Merhy (2010) e Abrahão e Merhy (2014).

O cenário real de estágio que foi aqui relatado é algo que talvez seja ainda incomum para muitos estudantes dos cursos de EF no Brasil, porém, ações semelhantes podem ser viabilizadas para aprimorar a formação desses futuros profissionais. É possível que arranjos complexos, como os mencionados, estejam aparentemente distantes da realidade de algumas universidades, todavia, pelo que temos observado em nossa curta e intensa experiência, uma atividade de visita domiciliar, por exemplo, já poderia modificar significativamente a visão que os/as graduandos/as possam ter sobre o cuidado em saúde mediado pelo trabalho em equipe interprofissional. Estar num ambiente real e ouvir as queixas e demandas dos/as usuários/as faz com que os/as estudantes possam problematizar a sua atuação como profissionais de saúde. Ser acompanhado por estudantes e docentes de outras áreas, planejando, executando e refletindo em conjunto sobre ações interprofissionais colaborativas pode ajudar ainda mais na formação dos/as estudantes de EF e, conseqüentemente, de corpo docente. Nunes (2002) debate essa questão relatando a importância da integração de saberes e práticas, a partir dos problemas a serem enfrentados, em um processo construído entre a ciência, o mundo vivido e a vida prática, para além da simples justaposição ou complementaridade entre os elementos disciplinares.

Nesse contexto, exercitar o vínculo e a escuta qualificada com os/as usuários/as, talvez seja tão importante para o/a estagiário/a de EF quanto conhecer técnicas de periodização e protocolos de treinamento físico, jogos ou práticas corporais diversas. Tal aspecto é um desafio para a EF, principalmente durante o estágio, no qual há expectativa de intervenções específicas, quando se espera, finalmente, colocar em prática seu conhecimento para resolução de um determinado problema de saúde. Contudo, diante da complexidade de alguns casos, pode haver um sentimento de impotência, de incapacidade, tanto do/a estagiário/a quanto do/a docente que exerce a supervisão. Como cuidar de uma pessoa indicada pela UBS que está acamada, que não se comunica verbalmente e que vive num contexto de grande vulnerabilidade social? Há lugar para o PEF na equipe que cuida de pessoas nessas condições? Refletir sobre o papel da equipe interprofissional pode mostrar que há propostas de cuidado que vão além da resolução de problemas e que exigem outras tecnologias de cuidado. Como mencionado por Capozzolo *et al.* (2018, p. 1682),

Ocorre de alunos julgarem que, não tendo o que oferecer nesta dimensão, estariam ali unicamente para benefício próprio, de aprendizagem, como se o trabalho desenvolvido não estivesse auxiliando em nada os atendidos. Leva tempo até que possamos valorizar a clínica do cuidado menos vertical e mais horizontal, aquela do acompanhamento, quando o que se pode fazer não é aquilo que eliminaria os problemas.

Obviamente, não se trata de desprezar o conhecimento específico relativo ao movimento humano, nem as suas diversas possibilidades de intervenção em saúde, trata-se, na verdade, de não limitar as ações do PEF que atua dentro de uma equipe interprofissional. O que se espera é ofertar experiências que contribuam para formação de um profissional de saúde que saiba agir de modo vivo, criativo e dinâmico, como discutido por Ferla, Bueno e Souza (2013). Dessa forma, cabe à universidade expandir as parcerias com os serviços de saúde e ampliar os cenários de estágio interprofissional, bem como promover discussões sobre a integralidade na promoção do cuidado, no sentido de ofertar experiências que potencializem a formação do PEF para atuar na área de saúde.

Considerações finais

A experiência do ISS/UNIFESP/BS na formação de PEF's para o SUS, aliado aos princípios teórico-metodológicos da EIP, demonstra que ainda existe um longo e promissor caminho. Num futuro próximo, as tradições formativas isoladas precisarão ceder espaços para processos interprofissionais e colaborativos.

Nesse horizonte, acredita-se que serão formados melhores profissionais para o trabalho em equipe e que a compreensão da integralidade na produção de cuidado em saúde será ampliada. É claro que a EF possui tradição em outros campos, como na educação, no esporte e no lazer, mas se para Bracht (2000), a EF é uma área do conhecimento que estuda o movimento humano numa perspectiva de educação dos seres humanos, quem sabe, não resida aí natureza construtiva do diálogo. Por enquanto, caminhemos em direção ao conhecimento dos desafios da EIP na formação em saúde e, em específico, na EF, que, por si só, já é uma tarefa complexa para a contemporaneidade.

Referências

ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 313-324, abr./jun. 2014.

ANJOS, T. C.; DUARTE, A. C. G. O. A educação física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1127-1143, 2009.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

AZEVEDO, B. M. S. A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 187-200, mar. 2013.

BAGRICHEVSKY, M. A formação profissional em educação física enseja perspectivas (críticas) para a atuação em saúde coletiva? In: FRAGA, A.B.; WACHS, F. (org.). **Educação Física e Saúde Coletiva**: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: UFRGS, 2007. p.33-46.

BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A. Perspectivas para a formação profissional em Educação Física: o SUS como horizonte de atuação. **Arquivos em Movimento**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.128-143, jan./jun. 2008.

BARR, H. **Interprofessional education**: today, yesterday and tomorrow: a review. London: Center for Advancement of Interprofessional Education, 2005.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. **Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS**: significado e cuidado. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, dez. 2011.

BATISTA, N. A. *et al.* Educação interprofissional na formação em saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista, Santos, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1705-1715, 2018.

BRACHT, V. Educação física e ciência: cenas de um casamento (in)feliz. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 53-63, set. 2000.

BRASIL. Resolução n.6, de 18 de dezembro de 2018. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Educação Física e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 dez. 2018a.

BRASIL. Resolução n.569, de 19 de janeiro de 2018. Princípios gerais para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 fev. 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jan. 2008.

BRASIL. Resolução n.7, de 31 de março de 2004. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 abr. 2004.

BRASIL. Lei n. 10.172, de 9/1/2001. Estabelece o Plano Nacional de Educação. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 jan. 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 235, de 20 de fevereiro de 2001. Estabelece diretrizes para reorganização da atenção aos segmentos populacionais expostos e portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 fev. 2001b.

BRASIL. Resolução n. 218, de 6 de março de 1997. Reconhecimento de profissionais de saúde de nível superior. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 maio 1997.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1996.

BRUGNEROTTO, F.; SIMÕES, R. Caracterização dos currículos de formação profissional em educação física: um enfoque sobre saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 149-172, 2009.

CAPOZZOLO, A. A. *et al.* Formação interprofissional e produção do cuidado: análise de uma experiência. **Interface**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1675-1684, 2018.

CARVALHO, S. B. O. *et al.* Parceria ensino e serviço em unidade básica de saúde como cenário de ensino-aprendizagem. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.123-144, jan./abr. 2015.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p.137-170.

CASETTO, S. J. *et al.* A investigação da experiência. In: CAPOZZOLO, A. A. *et al.* (org.). **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p.93-102.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1400-1410, out. 2004.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

COSTA, D. A. S. *et al.* Diretrizes curriculares nacionais das profissões da saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 67, p. 1183-1195, out./dez. 2018.

COSTA, L. C. *et al.* Formação profissional e produtividade em saúde coletiva do profissional de educação física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p.107-113, set. 2012.

DIAS, I. M. A. V. *et al.* Residência multiprofissional em saúde e suas normativas. In: FIGUEIREDO, L. R. U.; RODRIGUES, T. F.; DIAS, I. M. A. V. (org.). **Percursos interprofissionais: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p.35-58.

FERLA, A. A.; BUENO, A.; SOUZA, R. Educação Física e Saúde Coletiva: o que pode a ideia de integralidade na produção de mudanças no trabalho e na educação dos profissionais? In: FRAGA, A. B.; CARVA-

LHO, Y. M.; GOMES, I. M. **As práticas corporais no campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p.198-226.

FERREIRA, S. E. *et al.* Formação profissional em Educação Física e saúde na Universidade Federal de São Paulo. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v.18, n.5, p.646-651, maio 2013.

FEUERWERKER, L. C. M. Educação dos profissionais de Saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista ABENO**, [s. l.], v.3, n.1, p.24-27, fev. 2003.

FEUERWERKER, L. C. M.; CAPOZZOLO, A. A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo trabalho em saúde. In: CAPOZZOLO, A. A. et al. (org.). **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p.35-58.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 24. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

HENZ, A. O. et al. Trabalho entreprofissional: acerca do comum e a cerca do específico. In: CAPOZZOLO, A. A. et al. (org.). **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p.163-186.

LIMA, A. W. S. *et al.* Percepção e manifestação de competências colaborativas em discentes da graduação em saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.28, p. e3240, 2020.

LOBATO, C. P. et al. A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v.22, n. 4, p.1273-1291, jan. 2012.

MERHY, E. E. et al. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T. B. et al. (org.). **Afecção e cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p.60-75.

NUNES, E. D. Interdisciplinaridade: conjugar saberes. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p. 249-258, set./dez. 2002.

NUTO, S.A.S. *et al.* Avaliação da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional de estudantes de Ciências da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 50-57, 2017.

OLIVEIRA, C. A. M. *et al.* Peer Mentoring Program in an Interprofes-

sional and Interdisciplinary Curriculum in Brazil. **Anatomical Science Education**, [s. l.], v.8, n.4, p.338-347, jul./aug. 2015.

OLIVEIRA, R. C.; ANDRADE, D. R. Formação profissional em Educação Física para o Setor da Saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais. **Pensar a Prática**, Goiânia, v.19, n.4, p.721-733, dez. 2016.

PASQUIM, H. M. A Saúde Coletiva nos Cursos de Graduação em Educação Física. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 193-200, mar. 2010.

PASSOS, E.; CARVALHO, Y. M. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 92-101, apr./jun. 2015.

REEVES, S. Por que precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro? **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p.185-196, jan./mar. 2016.

REEVES, S. An Overview of Continuing Interprofessional Education. **Journal of continuing education in the health professions**, Ottawa, v. 29, n. 3, p. 142-146, 2009.

SILVA, G. T. R. Educação interprofissional e formação de professores em saúde [Editorial]. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 5, n. 1, p. 1-4, nov. 2020.

SILVA, G. T. R. *et al.* Interprofessional education: reflections on health training in Brazil. **Nursing & Care Open Access Journal**, v. 6, n. 5, p. 158-160, 2019.

SORDI, M. R. L.; BAGNATO, M. H. S. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n.2, p.83-88, abr. 1998.

SOUZA, S.C.; LOCH, M.R. Intervenção do profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v.16, n.1, p.5-10, ago. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. Curso de Educação Física. **Projeto Pedagógico do Curso de Educação Física**. Santos: Unifesp, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. **Projeto político pedagógico**: a educação interprofissional na formação em saúde. Santos: Unifesp, 2006.

Modelo de gestão do sistema municipal Saúde-Escola em Sobral-CE e sua repercussão na formação em Educação Física

André Luís Façanha da Silva

Anagécia Sousa Linhares

Lidiane Almeida Moura

Braulio Nogueira de Oliveira

No escopo da gestão de políticas públicas no Brasil, transitam princípios da administração pública gerencial (gerencialismo), cuja centralidade se encontra na cultura do empreendedorismo e na profissionalização da gestão, bem como da administração pública societal, centrada na participação e no controle social (PAULA, 2005). A própria implementação do Sistema Único de Saúde envolveu um forte movimento político-participativo²⁶ em torno da reforma sanitária, ainda que tenha culminado em uma reforma apenas setorial.

Essa reforma promoveu alguns avanços, dentre os quais, cabe destacar a orientação de estruturar o sistema de saúde de modo a contribuir com os processos de formação. Trata-se de uma premissa reafirmada na nova Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), que propõe:

5. DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

[...] Dessa forma, é fundamental que o processo de trabalho na Atenção Básica se caracteriza por:

XIX – [...] A Formação em Saúde, desenvolvida por meio da relação entre trabalhadores da AB no território (estágios de graduação e residências, projetos de pesquisa e extensão, entre outros), beneficiam AB [atenção básica] e instituições de ensino e pesquisa, trabalhadores, docentes e discentes e, acima de tudo, a população, com profissionais de saúde mais qualificados para a atuação e com a produção de conheci-

26 Vale ressaltar alguns espaços institucionalizados de participação popular criados por meio das leis que regulamentam o SUS, como as conferências e conselhos locais, municipais e estaduais de saúde.

mento na AB. Para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS, destaca-se a estratégia de celebração de instrumentos contratuais entre instituições de ensino e serviço, como forma de garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde no SUS, bem como de estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade.

Apesar dessa indicação normativa de abrangência nacional, o SUS incorpora, dentre seus princípios organizacionais, a descentralização no sentido da municipalização de modo que afeta a singularidade na dinâmica política e social em cada município (LOBATO; MARTICH; PEREIRA, 2016). Isso implica maior autonomia por parte dos municípios para consolidar modelos de atenção e de gestão mais alinhados com a demanda local. Logo, considerando a diversidade da formação cultural brasileira, bem como sua grande extensão territorial, há experiências municipais que se aproximam e outras que se distanciam da orientação normativa de integração ensino-serviço-comunidade.

Entende-se, portanto, que um modelo de atenção à saúde que favoreça os processos de formação precisa ser constituído no âmbito local, mas que deve contemplar orientações normativas gerais, como as políticas de formação para/pelo SUS. Uma experiência relevante nesse sentido é desenvolvida em Sobral, Ceará. A partir de 1997, o município começou a experimentar mudanças em seu contexto sociocultural, político e econômico. Tais mudanças reverberaram diretamente na organização da atenção à saúde no município, produzindo transformações: estruturação da Estratégia Saúde da Família, implantação da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia²⁷ (EFSFVS), definição do modelo ampliado e integral de atenção à saúde e desenvolvimento da concepção do Sistema Saúde-Escola. No campo da formação para o SUS, destaca-se o desenvolvimento de ações de educação permanente, a oferta de cursos técnicos, de atualização e especialização, bem como residências em saúde nas modalidades uni e multiprofissional (SOBRAL, 2014). Nesse sentido, foram criadas relativas condições em termos de infraestrutura e superestrutura para o surgimento no plano local de um Sistema Saúde-Escola.

27 A Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia, a partir do DECRETO Nº 2215, de 16 de maio de 2019 passa a denominar-se Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia - ESP-VS.

A proposta de um Sistema Saúde-Escola encontra correspondência na concepção de Paulo Freire de uma escola que não deve ser reduzida aos aspectos estruturais e formais de uma escola tradicional. Esta centra seu foco no conteúdo e na autoridade do professor. O termo aqui compreende um projeto ampliado, descentralizado e horizontal. Embora com responsabilidades distintas, todos os atores são, ao mesmo tempo, mestres e discípulos; docentes e discentes. Não há horário e local previamente definido para se estudar e ensinar. Com base em Freire (1996), o que se ensina e se aprende é algo contextualizado e profundamente conectado com a realidade vivenciada no processo de trabalho.

Entre a década de 1990 e os anos 2000, constata-se a implantação de diversas instituições de ensino superior (IES) públicas e privadas que colocam Sobral na condição de polo educativo. Na origem desse importante movimento, está a estratégia deflagrada a partir de ações sucessivas de planejamento. Sobral-CE, atualmente, configura-se como uma cidade universitária com ênfase para a área da saúde pública e atenção primária à saúde. Portanto, elegem-se os setores da saúde e da educação como áreas prioritárias para promoção do desenvolvimento local.

O município de Sobral está situado na Mesorregião Noroeste do Ceará, a 235 quilômetros de Fortaleza, capital do Estado. É composto por 11 distritos e a sede municipal, possui uma área territorial de 2.068,474 quilômetros quadrados. Segundo o último censo de 2010, possui uma população de 188.233 habitantes, na qual sua população estimada em 2019 passa para 208.935 habitantes (IBGE, 2010).

Nesse contexto, o presente capítulo tem por objetivo discutir a experiência do Sistema Municipal Saúde-Escola desse município, cuja estrutura organizacional favorece maior imbricação entre ensino e serviço. Assim, passamos a apresentar a seguir alguns aspectos metodológicos e, posteriormente, a discutir a referida experiência na formação em Educação Física e saúde.

Metodologia

Diante do objetivo do texto, metodologicamente, tornou-se pertinente a realização de uma análise documental, tendo como ênfase o modelo organizacional previsto para o Sistema Municipal Saúde-Escola de Sobral. Para tanto, o processo analítico foi estruturado em duas eta-

pas: análise preliminar – exame crítico do documento; e análise (CELLARD, 2012).

Em linhas gerais, a análise preliminar envolveu cinco dimensões: avaliação do contexto histórico, em que se deu a produção do documento; identificação do autor ou dos autores, que compreende os interesses e os motivos que os levaram a escrever, bem como se fala em nome próprio ou de um grupo social; a autenticidade e a confiabilidade do texto, que dizem respeito à procedência do documento e da propriedade do autor com relação ao que escreve; análise da natureza do texto; e, por fim, os conceitos-chave e a lógica interna de cada documento, que tratam da compreensão da fundamentação e do fio condutor (no sentido argumentativo) do documento. Assim, em primeiro momento, foi feito um movimento de desconstrução para reconstrução durante a etapa de análise. Nesse sentido, abordar exclusivamente o referencial normativo mostrou-se incipiente na produção de uma análise aprofundada desse contexto. Sendo assim, a empiria deste capítulo teve como ênfase três marcadores: o referencial normativo, composto efetivamente por documentos relevantes; o referencial acadêmico, constituído por textos acadêmicos que abordam a estrutura organizacional do município; e a implicação da autoria, considerando o nível de pertencimento dos autores com relação ao cenário em questão. Desse modo, os elementos constitutivos da empiria do texto foram os seguintes:

Quadro 1 – Elementos constitutivos da empiria do texto.

Referencial normativo
<input type="checkbox"/> Sobral (2016) – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Projeto Político-Pedagógico- PPP;
<input type="checkbox"/> Sobral (2017 ^a) – Plano Municipal de Saúde de Sobral 2018 a 2021.
<input type="checkbox"/> Sobral (2006) – Resolução de nº 176/GM, de 27 de janeiro de 2006 da Comissão Intergestora Bipartite – CIB/CE, que inclui a EFSFVS na Rede de Ensino e Gestão Estratégica para o SUS.
<input type="checkbox"/> Sobral (2008) – Resolução Municipal de nº 001/2008, que designa a EFSFVS como coordenadora dos processos de Educação na Saúde no âmbito do Sistema Saúde Escola de Sobral.
<input type="checkbox"/> Sobral (2013) – Portaria da Secretaria Saúde e Assistência Social de nº 001/2010/GAB-SEC, que dispõe sobre a criação da CIES no âmbito do Sistema Saúde Escola de Sobral.

Referencial acadêmico
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Silva e Oliveira (2013) – <i>A trajetória da educação física no SUS em Sobral-CE: um resgate histórico.</i> <input type="checkbox"/> Soares <i>et al.</i> (2008) – <i>Sistema Saúde-Escola de Sobral.</i> <input type="checkbox"/> Parente (2012) – <i>A comunidade de aprendizagem da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia e o efeito Paidéia: aprendizagens e tensionamentos no contexto do Sistema Saúde-Escola de Sobral/CE.</i>
Implicação da autoria
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Egressos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da EFSFVS. <input type="checkbox"/> Egresso e integrante do curso de Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral, Ceará. <input type="checkbox"/> Egresso e Integrante do corpo docente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da EFSFVS. <input type="checkbox"/> Profissional da rede de saúde de Sobral, Ceará, vinculado ao município.

Fonte: os autores.

Dado o escopo desses materiais, o processo de reconstrução e escrita dos resultados se estruturou em dois eixos: uma caracterização do Sistema Municipal Saúde-Escola; e algumas experiências realizadas no município em que há integração ensino e serviço na particularidade da Educação Física.

Modelo de gestão do Sistema Municipal Saúde-Escola em Sobral, Ceará

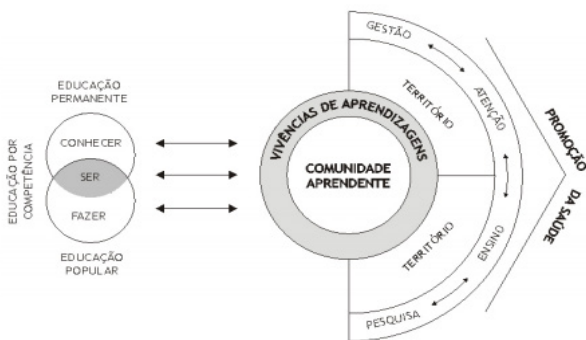
O município de Sobral está situado na região norte do Estado do Ceará. Configura-se como importante polo econômico, político, cultural, de lazer e de prestação de serviços no campo educacional e no campo da saúde para toda uma macrorregião.

O Sistema Saúde-Escola (SSE) de Sobral é considerado uma rede aprendente. Uma consequência dessa noção de escola é que a mesma implica a produção de um estado de aprendizagem, ou seja, caracteriza-se por um fluxo contínuo de aprendizagem. Isso vai de encontro ao modelo tradicional em que o aprender se daria numa relação demarcada de espaço-tempo (ASSAMAN, 2000). Trata-se de uma compreensão ampliada de escola (cenário de reflexão e prática) na qual toda “a rede (*retis*) de saúde local, nos seus diferentes níveis de extensão e complexidade no plano da atenção, gestão, controle social e formação, integra-se para apoiar a construção de uma comunidade aprendente, visando à promoção da saúde” (PARENTE, 2013, p. 09). Já o termo sistema abran-

ge uma noção de integralidade, por se constituir de modo articulado a graus variados de interdependência entre as diversas partes componentes desse todo. Portanto, tem por base a teoria geral dos sistemas (CAPRA, 1997).

Vale ressaltar que a reflexão sobre o Sistema Saúde Escola aqui colocada traz como contexto a educação na saúde. Seus processos e dinâmicas são apoiados e regulados pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, sendo esta a primeira escola municipal de saúde da família do Brasil, fundada no ano de 2001. A EFSFVS tem como missão contribuir para o aprimoramento da Estratégia Saúde da Família por meio de planejamentos, organizações, desenvolvimento de tecnologias e ações de educação em saúde. É constituída como um espaço de fortalecimento do Sistema Único de Saúde, desenvolvendo estratégias de educação permanente, especializada e contextualizada em saúde (SOBRAL, 2016). Segundo Soares *et al.* (2008), seu processo de trabalho está ancorado no quadrilátero da Educação Permanente, Educação Popular em Saúde, Educação por Competência e Promoção da Saúde, conforme imagem a seguir:

Figura 1 – Modelo do Sistema Saúde Escola de Sobral ou sistema aprendente.

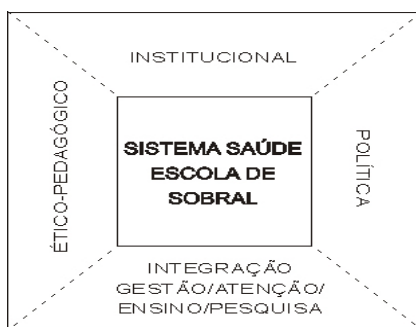


Fonte: Soares *et al.* (2008, p. 11).

Para além dos aspectos normativos-legais, destacam-se alguns pressupostos que orientam a dinâmica desse sistema aprendente: reco-

nhecimento de que as mudanças no cenário de saúde estão diretamente relacionados à política de educação do município em todos os níveis de formação continuada (graduação e pós-graduação) e pelo serviço (educação permanente); indissociabilidade entre gestão, ensino, pesquisa e atenção; descentralização dos processos de ensino-aprendizagem; democratização dos processos educativos para o conjunto dos atores que atuam no sistema a partir da educação permanente; e trabalho interprofissional e colaborativo como uma das importantes estratégias de promoção de ações sustentáveis na saúde, conforme a figura ilustrativa a seguir.

Figura 2 – Esquema ilustrativo dos quatro eixos estruturantes do Sistema Saúde Escola de Sobral-CE.



Fonte: Soares *et al.* (2008, p. 08)

Os eixos estruturantes do Sistema Saúde-Escola possibilitam um projeto político no âmbito local que viabiliza um modelo de parcerias, que perpassa o cotidiano das instituições, com significativa integração e colaboração entre gestão, serviço e formação (SOARES, 2008). De fato, a existência da EFSFVS como corresponsável por coordenar, planejar, executar e avaliar os processos de educação permanente condiciona tal cenário. Perpassa pelos profissionais da EFSFVS: a regulação das vivências práticas dos estudantes das instituições públicas e privadas nos serviços do sistema municipal; desenvolvimento de cursos de formação técnica e pós-técnica para trabalhadores do SUS; oferta de cursos de residências em saúde; além de dar anuência a pesquisas a serem realizadas nos serviços de saúde do município de Sobral (SOBRAL, 2017).

Um limite, contudo, é a ampla dimensão territorial que tal instituição promotora de educação na saúde ocupa na macrorregião de saúde de Sobral. A EFSFVS tem como responsabilidade assumir ações

de Educação Permanente em Saúde nos 55 municípios da região, contemplando as regiões de saúde de Acaraú, Camocim, Cratêus, Sobral e Tianguá. Uma das estratégias adotadas é a realização de processos descentralizados (SARAIVA *et al.*, 2015). Sendo assim, a realização de ações mais estratégicas e estruturadas para a macrorregião de saúde de Sobral, de modo mais amplo, constitui-se como um desafio para a EFS-FVS (SARAIVA *et al.*, 2015). Além disso, faz-se necessário fomentar a noção de educação permanente que ocorre por meio da formação pelo serviço, não necessariamente nos espaços institucionalizados.

No âmbito das pesquisas em saúde realizadas no município, vale destacar a criação, em 2004, do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde – NEPS, que hoje está integrado na Coordenação de Pesquisa da EFSFVS (EFSFVS, 2019). O NEPS busca contribuir para sistematização, produção e disseminação do conhecimento a partir de programas, projetos e ações, de modo a cooperar para formulação de políticas públicas, gerando impacto positivo na qualidade de vida da população. Ancora a comissão científica da secretaria da saúde, a secretaria executiva do periódico científico *SANARE – Revista de Políticas Públicas*, núcleo de evidências em saúde e o núcleo de comunicação. Possui uma comissão que avalia todos os projetos de pesquisa com seres humanos no âmbito do sistema de saúde municipal.

Outro desdobramento relevante foi a implantação do I Fórum do Sistema Saúde Escola em 2013. Trata-se de um espaço de reflexão e integração promovido no âmbito da EFSFVS que envolve representantes do sistema local de saúde e das instituições de ensino, com encontros realizados bimensalmente. Tem por objetivo momentos de diálogo, construção de propostas, articulações, planejamento e discussão dos processos relacionados à integração ensino-serviço no cenário local do SUS. Assim, possibilita uma ampliação e refinamento das discussões acerca dos processos de educação na saúde no município, com abertura a novos olhares na perspectiva de catalisar articulações entre universidade, serviços, estudantes, preceptores e comunidade, buscando ligar os espaços de formação aos diferentes cenários da vida real e de produção de cuidados na saúde (SOBRAL, 2016).

Para cuidar dessas demandas, a EFSFVS instituiu, em 2010, o Grupo de Trabalho (GT) de Integração Ensino e Serviço com o propósito de apoiar e organizar o processo de integração envolvendo o siste-

ma local de saúde e as instituições formadoras. Com esse propósito, o GT de Integração Ensino e Serviço vem desenvolvendo relevante trabalho a partir de estratégias como: definição de fluxos; conhecimento da capacidade instalada dos serviços; levantamento de demandas das instituições formadoras; regulação das práticas de formação no âmbito do SUS; e, em especial, o incentivo à efetivação do Fórum do Sistema Saúde-Escola, espaço de reflexão e colaboração interinstitucional com foco na aprendizagem colaborativa (EFSFVS, 2019). Por conseguinte, emerge a necessidade de ampliar e qualificar o sistema de regulação de tal demanda para além do cadastramento de solicitações via *on-line*, como estratégias que viabilizem devolutivas das experiências dos estudantes e docentes na realização de estágios, dos projetos de extensão e das pesquisas a serem realizadas na rede de saúde, de modo que favoreçam melhor aprendizado e devolutivas dos resultados para os gestores, profissionais e controle social.

Vale destacar a atuação do Conselho Municipal de Saúde de Sobral (CMSS), instância privilegiada de controle social, no qual transitam diversas decisões em relação à implantação de processos de integração entre ensino e serviço, tais como a implantação (ou não) das experiências apresentadas na próxima seção deste capítulo. Nesse contexto, a EFSFVS também atua na formação dos conselheiros para a construção de políticas públicas de saúde (SOBRAL, 2017), não só no âmbito municipal como também nos demais municípios da macrorregião Norte do Ceará (SARAIVA *et al.*, 2015).

Diante desse cenário, considerando a Lei Municipal de nº 1685, de novembro de 2017, que sancionou o Sistema Municipal Saúde Escola, em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, observam-se algumas limitações do Sistema Saúde-Escola, a exemplo da prática do município de contratação temporária de profissionais em detrimento da realização de concursos públicos, comprometendo, assim, a longitudinalidade do cuidado e o vínculo. Outra limitação é referente ao financiamento, especialmente em nível de repasses federais, corroborando com Parente (2012), que reconhece as limitações e o caráter inacabado dessa experiência que se encontra ainda em andamento, considera-se que o Sistema Saúde-Escola é uma rede complexa e terá que percorrer um longo caminho a fim de fazer com que essa possibilidade e tendência efetivamente se estabeleça numa estrutura consolidada.

Experiências da Educação Física no SMSE

Em estudo anterior, Silva e Oliveira (2013) apresentaram algumas das primeiras experiências da Educação Física no SUS em Sobral. Conforme consta nesse trabalho, a inserção da categoria ocorreu justamente em meio a uma proposta de integração entre ensino e serviço: a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF). Assim, no ano 2000, especificamente em sua segunda turma, o município contou com a primeira profissional de Educação Física na Atenção Primária à Saúde. A partir daí, diversas outras experiências relevantes emergiram, tais como: inserção na Rede de Atenção Integral em Saúde Mental (RAISM); o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF); Academia da Saúde; programas de extensão e ensino, como o PET-Saúde e o Ver-SUS, inseridos no sistema de saúde local com repasse do município e os estágios curriculares da graduação em Educação Física no SUS (SILVA; OLIVEIRA, 2013).

Ressaltamos que, no município de Sobral, há programas/políticas que contam com profissionais de Educação Física, como o NASF, a Academia da Saúde e a Rede de Atenção Integral a Saúde Mental, na preceptoria dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Multiprofissional em Saúde Mental, na gerência do Centro de Saúde da Família e Centro de Reabilitação (CR), bem como na coordenação do NASF, atualizados em 2020. Desses, apenas o CR que não recebe estudantes do curso de Educação Física para realização de estágios curriculares. Reforçamos que todos esses espaços são transitórios, ou seja, dependem de seleção pública de duração de dois anos. Nesse contexto, estruturamos essa seção em dois núcleos: experiências de integração ensino-serviço no âmbito do ensino da graduação e no âmbito da pós-graduação.

a) Integração no âmbito da graduação: PET-Saúde e VER-SUS

Em 2010, com aprovação da proposta do Programa de Educação pelo Trabalho- PET-Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), os estudantes de Educação Física desenvolveram ações de territorialização em saúde para conhecer as potencialidades e

as fragilidades do território e de observação participante no serviço de saúde. Após esse processo, alguns estudantes foram inseridos em grupos sistemáticos dos Centros de Saúde da Família (CSF) e fomentaram vivências corporais, como ginástica, dança, massoterapia, esportes de marcas adaptados, seções de flexibilidade, jogos e brincadeiras; além dessas práticas, incluímos o atendimento individual para avaliação corporal (LINHARES; SILVA, 2014).

A avaliação corporal foi uma das estratégias incorporadas na oferta de serviço do CSF, inicialmente, aos participantes dos grupos de atividade física/práticas corporais. Essa avaliação era composta por uma anamnese sobre dados pessoais, corpo, lazer, saúde mental, alimentação, antropometria e condições de saúde. O contato do estudante com o usuário, tanto em grupo quanto individualmente, colaborava para ampliar sua compreensão sobre a vida daquele e a comunidade. Esse trabalho individualizado soava estranho por parte de alguns profissionais de saúde, devido à consolidação dos grupos de atividade física/práticas corporais. Essa experiência resultou em um trabalho de conclusão de curso (TCC) elaborado por uma estudante da licenciatura, sob a orientação do professor de Educação Física preceptor do PET-Saúde, que analisou o perfil e as condições de saúde das participantes do grupo de práticas corporais (LINHARES; SILVA, 2014).

Em 2011, a UVA foi contemplada pelo Ministério da Saúde com o PRÓ-Saúde e PET-Saúde. Na época, foram aprovadas três árvores tutoriais: PET-Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes; PET-Programa Saúde na Escola: Juntos na Promoção do Adolescer Saudável; e PET Vigilância: prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de doenças transmissíveis – dengue, calazar, hanseníase e tuberculose na população acompanhada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), em que estudantes de Educação Física e enfermagem foram inseridos. Em 2013, a UVA foi contemplada com o PET-Redes de Atenção, com ênfase na rede de atenção psicossocial: álcool, crack e outras drogas, Rede Cegonha, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

A inserção do estudante de Educação Física nos serviços de saúde proporcionou um olhar diferenciado para a formação, pois possibilitou a vivência de situações para além das grades curriculares (licenciatura e bacharelado), bem como a vivência de trabalho de conclusão

de curso (TCC) e relatos de experiência pedagógica, como destacam os autores estudantes do curso de Educação Física da UVA. As publicações de Vasconcelos *et al.* (2015a), Vasconcelos *et al.* (2015b) e Souza *et al.* (2015) foram sobre a vivência na rede de saúde mental e sobre a vigilância epidemiológica com ênfase nas doenças crônicas não transmissíveis.

Os programas de formação operavam sob a égide do sistema aprendente de forma que integração entre ensino, comunidade e serviço era vivenciada durante todo o processo de ensino-aprendizagem. Foi articulada a orientação teórica com as práticas de atenção nos serviços públicos de saúde em sintonia com as redes assistenciais com as necessidades dos usuários e do serviço. Entretanto, para os estudantes de Educação Física, algumas árvores tutoriais causavam estranhamentos, pois o ensino na graduação não contemplava temáticas como doenças infecciosas, sexualidade, urgência e emergências, tornando mais desafiadora sua inserção e compreensão acerca do núcleo com os programas e os serviços de saúde pública. Acrescenta-se, ainda, que algumas árvores tutoriais como Rede Cegonha, Urgência e Emergência e Doenças Transmissíveis não contavam com apoio de preceptor da Educação Física, além disso, na estrutura operacional do PET-Saúde, não tinha o espaço coletivo dos núcleos, o que reforçou a ausência de apoio e trocas de experiências de núcleo. Ademais, há as limitações conceituais sobre o SUS e as políticas de saúde que organizam a saúde pública, problemática comum aos estudantes e docentes da graduação em Educação Física.

Ainda que tenham ocorrido avanços na inserção de estudantes de Educação Física nos diferentes cenários de práticas dos serviços de saúde através do PET-Saúde, ficou como principal lacuna o aprofundamento acerca do debate e de mudanças na matriz curricular do curso de Educação Física, como preconizado pelo Pró-Saúde. Essa limitação reforçou a ausência de disciplinas, de projetos de extensão e de laboratórios de estudo que abordassem saúde pública e saúde coletiva com a respectiva interface com a Educação Física.

Outra experiência relevante foi a das edições de construção da Vivência de Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil) na cidade de Sobral, Ceará, que contribuíram com a formação de 13 estudantes de Educação Física. O projeto, em suas edições, contou com participação dos estudantes em diálogo com as metodologias e formas de expressão utilizadas pelos movimentos sociais na es-

truturação do desenho pedagógico e operacional deste, que encontrou espaço favorável, pois o Sistema de Saúde de Sobral, ao longo de sua trajetória, possibilitou e apoiou os projetos de indução da formação para o SUS. A proposta teórica e metodológica do VER-SUS, portanto, dialoga com os pressupostos do sistema aprendente, já que o processo de ensino e aprendizado não se limita a lugares, a prédios ou a currículos. Assim, o processo pedagógico em saúde é vivo, complexo e dinâmico e exige rigor metodológico e concepções filosóficas operando na lógica das vivências de aprendizagens (PARENTE, 2013).

A expressão da interface do VER-SUS e do sistema aprendente de Sobral-CE aconteceu em 2015, quando o grupo de estudantes de diferentes categorias da saúde e áreas afins realizaram um fórum para discutir e construir uma proposta que não se limitasse ao modelo de vivência proposto e orientado pelo Ministério da Saúde realizado desde a primeira edição. A partir desse fórum, os estudantes de Educação Física vivenciaram o primeiro VER-SUS Extensão. Foi uma vivência em que os estudantes puderam realizar um projeto de intervenção na comunidade ou no serviço de saúde a partir dos olhares e sentidos produzidos durante a imersão na rede municipal de saúde. É importante ressaltar que, durante a execução dos projetos de intervenção, os profissionais (antes estudantes de outras edições do VER-SUS) estiveram como apoiadores pedagógicos no acompanhamento da construção e execução dos projetos.

O VER-SUS é um projeto que contribui na formação política dos estudantes em defesa do SUS com visão mais ampla e crítica acerca dos seus avanços e retrocessos. No entanto, com recentes cortes de verba de saúde e educação, o projeto tem perdido espaço. Em seu início, havia editais de financiamento em duas edições ao ano (inverno e verão), porém, atualmente, tem se restringido a uma edição ou formato de seminário de um dia de duração, excluindo uma das principais características: a imersão nos serviços de saúde.

b) Integração no âmbito da pós-graduação: Residência Multiprofissional em Saúde

Conforme já mencionado, a criação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) em Sobral é um marco

relevante na inserção da Educação Física no âmbito do SUS, dada sua ocorrência antes mesmo da existência dos NASF (SILVA; OLIVEIRA, 2013). Vale destacar a posterior criação da Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM), que também incorpora a categoria da Educação Física em seu escopo. Em nível estadual, ressalta-se também a criação das Residências Integradas em Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), que, apesar de não ser objeto do presente texto, configura-se como o programa de residência de maior amplitude – pelo menos em termos de difusão da quantidade de profissionais – no Brasil.

Pelo fato de os programas de residências serem fruto da Política Municipal de Educação Permanente, o eixo integrador entre ensino e serviço se constitui desde sua implementação. Isso resulta na constituição de atores responsáveis pela integração. No contexto de Sobral, uma figura relevante que reconfigura a orientação normativa, em nível nacional, é a atuação do tutor de campo. Este não se limita a “tutoriar” os profissionais residentes, mas todo o território local, tencionando uma articulação intersetorial.

Dada a provocação de que as práticas se constituam concomitantemente como espaços de formação, algumas tecnologias são fortemente exploradas pelos profissionais de Educação Física que atuam no âmbito local. Um exemplo relevante é a fundamentação na perspectiva do apoio matricial. Trata-se de um trabalho dialógico em que um ou mais integrantes da equipe de referência, geralmente as equipes de saúde da família responsáveis pelo cuidado longitudinal, são apoiados técnica e pedagogicamente por um ou mais especialistas da equipe de apoiadores matriciais. O apoio abrange especialmente o modo de conduzir o processo de cuidado (CAMPOS, 1999).

Nesse escopo, é possível perceber que ocorre um intenso movimento de troca, na medida em que o profissional de Educação Física, ainda que exercendo a função de apoiador matricial, aprende com as equipes de referência e com os usuários, constituindo um cuidado corresponsável (OLIVEIRA; WACHS, 2018a). Constitui-se, portanto, de modo diluído na rotina de trabalho, e não com agendas pontuais específicas para realização do apoio. Logo, entendido de modo amplo, envolve posturas como: ser um profissional aprendente, promover a clínica ampliada, conhecer a rede, reorganizar o cuidado em saúde e participar dos espaços políticos (OLIVEIRA; WACHS, 2018b).

Nesse sentido, contemplar a integralidade do cuidado e uma proposta de integração entre ensino e serviço envolve um amplo conhecimento das políticas públicas nas quais o profissional se encontra inserido. Por meio do apoio matricial com práticas eminentemente pedagógicas, os profissionais de Educação Física em Sobral apontam para o entendimento de que os usuários integram redes de atenção à saúde, dentre as quais a ênfase de suas intervenções eram: Rede Cegonha, Rede de Atenção à Saúde da Mulher, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. Envolvem ainda diferentes possibilidades de intervenção, tais como: apoio matricial intersetorial, acolhimento, projeto terapêutico singular, interconsulta, intervisita, apoio a outras unidades básicas de saúde e a grupos de práticas corporais (OLIVEIRA; WACHS, 2019c).

Vale destacar que o apoio matricial deve fundamentar os processos de trabalho de todos os profissionais dos programas RMSF, RSM e NASF, enquanto apoiadores matriciais, em relação às equipes de saúde da família, enquanto equipes de referência, e não somente no âmbito aqui explorado – das residências em saúde. O mesmo ocorre com ações de profissionais de outros níveis de atenção (como os CAPS e o CEREST).

Ainda que a inserção de profissionais de Educação Física cursando os programas de Residência Multiprofissional em Saúde seja pequena em relação à quantidade de profissionais, vários egressos seguiram atuando na saúde pública local. Atualmente, há uma egressa na gestão do NASF, um na gestão do polo da Academia da Saúde, outra na gestão do Centro de Reabilitação e mais dois egressos que passaram pela gestão de CSF, ressaltando que todas essas funções são transitórias. Além dessas frentes de atuações, atualmente à preceptoria da Educação Física da RMSF e da RSM, soma-se ainda uma tutora do SMSE, esse trio docente assistencial são egressos do programa de RMSF que são postos de trabalho transitório.

Para além do setor saúde, encontramos dois egressos na gestão do esporte e lazer, duas na docência superior, quatro na educação básica, dez em academias e/ou clínica privadas e cinco cursando mestrado ou doutorado. Há outros dois que estão em um programa diferente de Residência em Saúde, e existem ainda quatro egressos que migraram

para outras graduações, como psicologia e direito, e outras duas que são concursadas em instituições federais, Caixa Econômica e Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) (SILVA, 2014). Somam-se, ainda, dois que estão exclusivamente na pós-graduação em Educação Física. Seis fizeram seus mestrados em saúde da família ofertados pelas IESs públicas de Sobral.

Silva (2014), em seu estudo, evidenciou a contribuição da formação da RMSF no exercício profissional do egresso independentemente do cenário de atuação, por exemplo, visão ampliada de saúde, trabalho em equipe, participação social, integralidade, embora, o autor tenha observado limitações teóricas conceituais acerca de algumas categorias que foram abordadas no programa de RMSF, a exemplo da territorialização em saúde.

Considerações finais

As reflexões iniciais sobre o Sistema Saúde-Escola de Sobral são essenciais para compreender a inserção de estudantes e profissionais de Educação Física na Rede Atenção à Saúde como cenário favorável para o desenvolvimento da Educação Física ancorado no modelo técnico assistencial da ESF, seu referencial de reorientação dos serviços, das ações de saúde e da efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

As políticas indutoras da formação para o SUS lançadas pelo MS e implantadas no município de Sobral-CE tiveram como sustentação teórica, metodológica e filosófica a concepção de sistema de saúde aprendente elaborada e consolidada localmente. A depender dos programas de formação na graduação e pós-graduação, podemos dizer que, em tese, independentemente da “porta de entrada”, políticas como PET-Saúde, VER-SUS e Residência Multiprofissional em Saúde contribuíram na formação em saúde e em Educação Física de forma que alguns atores desses processos seguiram em busca de atuar como profissionais do SUS, embora, paradoxalmente, o SUS tenha absorvido poucos profissionais formados por esses dispositivos.

Os ambientes dos serviços de saúde e a comunidade, ao longo de dezenove anos, têm proporcionado aos estudantes de graduação, residentes em saúde e profissionais de Educação Física cenários de aprendizagem, experimentação e ressignificação dos conhecimentos

sistematizados pela Educação Física na saúde pública em diálogos com a saúde coletiva. Nesse sentido, esses ambientes permitiram construir outras maneiras de pensar e de agir a partir das necessidades sociais de saúde dos usuários e territórios em diálogo permanente com gestores e trabalhadores.

No contexto de Sobral, pode-se dizer que é por dentro do Sistema Saúde-Escola que a Educação Física tem problematizado e refletido a sua participação na organização e na efetivação das políticas que orientam e organizam a saúde pública local. Isso se deve às parcerias institucionais do Sistema Municipal Saúde Escola no compromisso e investimento em educação na saúde implicados com a defesa do SUS e da vida.

Referências

ASSAMAN, Hugo. **Reencantar a educação**: rumo à sociedade aprendente. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.2436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CAPRA, Fritjof. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix, 1997.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários a à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

IBGE. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/sobral/panorama>. Acesso em: 12 ago. 2020.

LINHARES, Anagecia Sousa; SILVA, André Luis Façanha. Caracterização do grupo de práticas corporais na atenção primária à saúde em Sobral – Ceará. **Sanare**, Sobral, v. 13, n. 1, p. 56-63, jan./jun. 2014.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; MARTICH, Evangelina; PEREIRA, Ingrid D'avilla Freire. Prefeitos eleitos, descentralização na saúde e os compromissos com o SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 74-85, jan./mar. 2016.

OLIVEIRA, Braulio Nogueira de; WACHS, Felipe. Educação física e atenção primária à saúde: apropriações acerca do apoio matricial. **Movimento**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 173-186, jan./mar. 2018a.

OLIVEIRA, B. N.; WACHS, F. Educação física e atenção primária à saúde: o apoio matricial no contexto das redes. **Rev. Bras. Ativ. Fis. Saúde**, Florianópolis, v. 23, ago. 2018b.

PARENTE, José Reginaldo Feijão. **A comunidade de aprendizagem da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia e o efeito paidéia**: aprendizagens e tensionamentos no contexto do sistema saúde escola de Sobral/CE. Campina Grande: Realize Editora, 2012.

PAULA, Ana Paula Paes de. Administração pública brasileira: entre o gerencialismo e a gestão social. **Revista de Administração de Empresas**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, p. 36-49, jan./mar. 2005.

SARAIVA, Maria José Galdino; Oliveira, E. N. de; DIAS, Maria Socorro de Araújo; SILVA, Lielma Carla Chagas da; CARNEIRO, C. A Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia: narrativas que resgatam uma história. **ABCS Health Sciences**, Sobral, v. 40, p. 197-202, 2015.

SILVA, André Luis Façanha de; OLIVEIRA, Braulio Nogueira de. A trajetória da educação física no SUS em Sobral-CE: Um resgate histórico. **Conexões**, v. 11, n. 2, p. 193-207, 2013.

SILVA, André Luis Façanha. **Programas de residência multiprofissional em saúde da família: repercussões no exercício profissional dos egressos de educação física**. 2015. 195 f. (Mestrado Acadêmico em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2015.

SOARES, C.H. A. *et al.* Sistema Saúde Escola de Sobral. **Sanare**: Revista de Políticas Públicas, Sobral, v. 07, n. 2, p.7-13, jul./dez. 2008.

SOBRAL. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Educação na Saúde – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. **Plano Municipal de Saúde de Sobral 2018 a 2021**. Sobral: Secretaria Municipal da Saúde, 2017.

SOBRAL. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. **Projeto Político Pedagógico- PPP**. Sobral, 2016.

SOBRAL. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Educação na Saúde – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia. Plano Municipal de Saúde de EFSFVS. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde (NEPS). **Blog Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia**. Sobral, 2019. Disponível em: http://blogdaescolasobral.blogspot.com/p/blog-page_1.html. Acesso em: 26 mar. 2019.

SOBRAL. Prefeitura de Sobral-CE. **Lei do Sistema Municipal Saúde Escola**. Sobral, 2017b. Disponível em: http://transparencia.sobral.ce.gov.br/arquivo/nome:68a99ba38961314a3a_e3a2d99b4dd6f9.pdf. Acesso em: 26 mar. 2019.

SOUSA, F. M. *et al.* Vivências dos monitores bolsistas do Pet-Saúde/ Vigilância no Município de Sobral-CE. **Sanare**, Sobral, v. 14, supl. 1, nov. 2015.

VASCONCELOS, A. C. M. *et al.* A inserção do acadêmico de educação física na rede de atenção psicossocial: experiência multiprofissional promovida pelo pet redes. **Sanare**, Sobral, v. 14, nov. 2015a.

VASCONCELOS, A. C. M. *et al.* Educação popular em saúde na abordagem sobre drogas com adolescentes. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, v. 14, n. 2, p. 180-191, jul./dez 2015b.

Educação Física e residências em saúde: entre ecos e pistas sobre a formação do profissional de Educação Física

George Saliba Manske

Alan Goularte Knuth

André Luis Façanha da Silva

Alinhamentos teóricos e pressupostos para a formação em serviço nas residências em saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro foi gestado e organizado em meio ao processo de redemocratização do país, em meados dos anos de 1980, derivado do movimento da reforma sanitária, tendo como pressupostos a garantia de universalidade, integralidade, gratuidade, equidade e direito comum para toda população, sem discriminação de quaisquer marcadores sociais, econômicos, culturais ou de outra ordem. Em meio a elaboração da Constituição Brasileira (BRASIL, 1988), a inclusão e permanência do SUS na Carta Magna com tais princípios era condição *sine qua non* para que a saúde, numa perspectiva inclusiva, baseada em concepções de determinantes ou determinação social, fosse efetivada.

Passados dois anos da elaboração da Constituição Federal, no ano de 1990, é publicada a Lei 8.080/90, intitulada Lei Orgânica do SUS. Nessa legislação consta, de forma estrita e ampliada, a concepção de saúde que organiza este sistema. De modo geral, é possível afirmar que saúde é concebida a partir de “fatores determinantes e condicionantes” (BRASIL, 1990) de base socioeconômica e cultural da sociedade que incidem sobre a população e os cidadãos. Ou seja, saúde é resultante dos processos sociais, econômicos, políticos, culturais e de acesso que implicam em modos de ser saudável. Cabe ressaltar que essa legislação suprimiu partes importantes referidas na VIII Conferência Nacional de Saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986), movimento

que lançou as bases para organização do SUS, em que constavam, como fenômenos vinculados à saúde, o acesso e a redistribuição da terra, por exemplo.

Tendo como arcabouço legal, político e teórico uma concepção de saúde calcada em determinação social e/ou em determinantes e condicionantes sociais, caberia, então, a execução das ações do sistema por trabalhadores em saúde que coadunassem em suas práticas esses aspectos e princípios. Porém, houve, exatamente nesse ponto, uma lacuna a ser preenchida. Estariam os trabalhadores em saúde, vindos de outra forma de organização do trabalho de saúde no Brasil (modelo privado, hospitalocêntrico, camponês, entre outros), alinhados com as perspectivas de saúde redesenhadas para o SUS? As formações profissionais e acadêmicas em saúde nas suas mais diversas áreas de conhecimento, assim como, os diferentes trabalhadores que são importantes para o SUS se efetivar em seu funcionamento complexo e descentrado, estariam conciliados com as novas diretrizes?

As formações no campo da saúde, historicamente, seguiram modelos biologicistas baseados em perspectivas clínico-assistencialistas e médico-centradas baseadas em aspectos epistemológicos que moldaram todo um saber-fazer nesse campo. Assim, percebeu-se a necessidade de reconfiguração não apenas das noções de saúde (já explicitadas no SUS), mas, também, e principalmente, a premência de mapear o perfil de seus trabalhadores, num primeiro momento, para que se pudesse atuar com aqueles que estavam em formação seja inicial, continuada ou permanente num segundo momento. Assim, buscou-se alterar, em consonância com os princípios do SUS, os conceitos, práticas, saberes e fazeres em formação pelo trabalho em saúde, o que reforça o Art. 200 da Constituição Federal de que é papel do SUS ordenar a formação em saúde dos seus trabalhadores (BRASIL, 1988).

É diante desse cenário que o governo federal, em fevereiro de 2004, lançou a portaria nº 198/GM/MS, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente, e, no ano seguinte, em 2005, constituiu o programa de Residência em Área Profissional da Saúde²⁸, regulamentado

28 As Residências em Área Profissional da Saúde abrangem, dentre outras, as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), as quais preveem a Educação Física enquanto área profissional constituinte. Discutiremos centralmente, neste texto, as RMS, por serem aquelas que dizem diretamente sobre a presença da Educação Física. No entanto, por vezes, ao demarcar o contexto histórico, legal e de desenvolvimento das residências de modo geral, abordaremos também a Residência em Área Profissional da Saúde, nomenclatura utilizada na legislação 11.129/05 que abrange a formação em saúde nessa modalidade.

através da Lei nº 11.129/05, que define a Residência como “modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica” (BRASIL, 2004). O documento da Lei segue afirmando que o referido programa é uma cooperação intersetorial (educação e saúde) que tem como finalidade “favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde” (idem), organizado com uma duração de 24 meses e com carga horária semanal de 60 horas, com dedicação exclusiva.

Cabe destacar que inúmeras ações de qualificação do trabalho em saúde foram e são executadas em diversas instâncias por e com diferentes atores, tendo como premissa justamente a questão do perfil do egresso e/ou profissional de saúde que irá atuar no SUS, atendendo distintos níveis de formação (inicial, continuada ou permanente) de estudantes e/ou trabalhadores e em diferentes cenários de prática (Universidades e Secretarias de Saúde, por exemplo), bem como coordenadas pelos distintos entes federados que assumem responsabilidades no SUS: município, estado e união. São exemplos dessas ações o Pró-Saúde, PET-Saúde, GraduaSus, VerSUS, Mestrados Profissionais em Saúde, entre outros.

A produção acerca das implicações e dos efeitos na formação daqueles que participaram da Residência em Área Profissional da Saúde, em especial da Educação Física (EF), está em construção na literatura nacional no que refere ao relato desses aspectos em artigos científicos. É justamente sobre essa lacuna que pretendemos abordar a formação em serviço do profissional de EF nas residências multiprofissionais, discutindo os modos como ela deveria estar orientada em seus elementos teóricos, epistemológicos e metodológicos sobre saúde e trabalho a partir dos princípios orientadores do SUS.

Assim, este texto pretende ter um caráter descritivo-propositivo, pois entendemos que é necessário, neste momento, expor argumentos e arcabouços acerca da residência e das atribuições do profissional de educação física na formação em saúde pelo trabalho no SUS.

Visto isso, organizamos os escritos de forma a apresentar, na seção seguinte, os percursos históricos e legais que permitiram a organização das Residências em suas distintas modalidades, característi-

cas e possibilidades de inserção da Educação Física. Importou também elencar as relações entre EF e saúde, de forma breve, e os modos como tais perspectivas incidem na identidade e no saber-fazer dessa profissão em relação à saúde nessa modalidade de formação.

Na continuidade das discussões, apresentamos um registro acerca das produções existentes sobre residências em saúde e a EF para, a seguir, tomando conceitos-chave para formação pelo trabalho em saúde na modalidade de residência, propormos elementos teórico-metodológicos centrais a serem considerados para o exercício das ações da categoria em tela nessa modalidade de formação em serviço.

Educação Física nas residências em saúde: ecos históricos e legais

As residências como modalidade de formação encaixam-se na pós-graduação do tipo *lato sensu*. Como modalidade de ensino, têm o pioneirismo na medicina naquilo que ficou conhecido como Residência Médica. O âmbito central de atuação foi o hospital, e, no Brasil, as primeiras experiências de residência médica são de 1945 em São Paulo e 1947 no Rio de Janeiro, inspiradas no modelo norte-americano, entretanto a regulamentação ocorreu apenas em 1977 com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010). A primeira área a reproduzir tal modelo de formação foi a enfermagem a partir dos anos 60.

Tanto Abib e Kuhn (2017) quanto Ferreira e Olschowsky (2010) concordam que o Programa de Residência em Saúde Comunitária da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul em 1977 inaugura o caráter multiprofissional pelo arranjo de enfermeiros, assistentes sociais e médicos veterinários. Os autores também situam adormecimento e fragilidade na constituição e financiamento desses programas até o início dos anos 1990. Essas questões foram evidenciadas no início do programa de residência em saúde da família em 1998, na cidade de Sobral, Ceará, tanto que o programa foi autofinanciado pelo município com objetivo de qualificar os profissionais de nível superior das equipes de saúde da família para reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica (AB) em conformidade com os princípios do SUS (BARRETO *et al.*, 1999).

Essa retomada de ações e de fortalecimento da formação em serviço no âmbito da saúde pública parece encontrar ecos do sul ao nordeste do Brasil. Exemplo desse movimento na região sul se insere no Programa de Residência Integrada em Saúde, que passa a ser efetivado a partir de 1999 no Rio Grande do Sul. De modo síncrono, na região nordeste, o programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do Sistema Saúde Escola de Sobral – inicialmente para os profissionais de Medicina e Enfermagem – toma forma e também tem seu início, e assim, no ano 2000, há a inclusão da Educação Física entre outras categorias (SILVA; OLIVEIRA, 2013).

Em 2003, o Ministério da Saúde cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), onde a aposta na lógica multiprofissional ganha respaldo importante. Como se vê, boa parte da trajetória das residências ocorreu por meio de iniciativas de instituições, municípios, estados e atores sociais, antes do reconhecimento ou apoio do Estado Brasileiro. Já no ano de 2004, o Ministério da Saúde elabora a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), designada pela Portaria GM/MS nº 198, considerada uma estratégia que visa à “transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor saúde” (BRASIL, 2004). Contudo, somente em 2005 é que as Residências em Área Profissional da Saúde são regulamentadas (BRASIL, 2005), conforme disposto na introdução do capítulo, e abrangem as seguintes profissões da área da saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

É importante demarcar que tantos movimentos e modificações não aconteceram em uma linearidade ou por um mero acúmulo, ao contrário, são atravessadas por fatos sociais e históricos decorrentes das relações de poder estabelecidas. Isso pode ser demarcado pelos tipos de governo em cada período e pelas pressões sociais exercidas, assim como, pela influência internacional nas formações, nos direcionamentos ao campo da saúde e no próprio conceito de saúde predominante, que implicaram na organização e desenvolvimento das residências.

No que se refere às modalidades das Residências em Área Profissional da Saúde, a partir do descolamento da medicina, estas podem ser

expressas nas seguintes formas de concepção e execução: uniprofissional e multiprofissional, sendo esta última a que interessa particularmente a este capítulo. As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) demandam o envolvimento de distintos núcleos profissionais, a partir das profissões entendidas como saúde no Brasil (BRASIL, 1998).

Dallegre e Kruse (2009) indicam as RMS como uma invenção cultural, instituídas de diferentes formas e modificadas conforme políticas culturais e governamentais, a depender da região e da instituição que a comporta. Uma manifestação de como as RMS acabam se alterando foi a publicação de editais em 2017 para autorização de novos programas de residência e ampliação de vagas em programas já existentes, condicionando o financiamento das bolsas às instituições proponentes. Essa alteração encrudesce a ampliação somente a instituições que disponham de tais recursos e reduz a participação dos Ministérios no fortalecimento das RMS.

A instituição das residências em 2005 culminou com uma série de legislações posteriores, formação de coletivos, consolidação de pautas políticas com questionamento de diversas proposições para as residências, bem como a ampliação e o financiamento de programas. É nesse íterim que as RMS passam a contar com a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), e, nesse espaço, ocorre o debate para autorização, avaliação e certificação dos programas e residentes, além de discussões acerca do funcionamento cotidiano das atividades teórico-práticas, férias, afastamentos, remuneração e, especialmente, o questionamento das 60h semanais de atividades, principal pauta política dos residentes. Todos esses aspectos encontram legislação abundante na esfera dos Ministérios da Saúde, Educação e CNRMS. Por fim, destacamos que, mediados por esses debates, foram realizados diversos encontros locais e nacionais sobre RMS, bem como foram constituídos fóruns (residentes; preceptores e tutores; coordenadores de programas de RMS) que compõem as residências, definindo, em tais instâncias, a divulgação de atividades, troca de experiências, organização de pautas comuns e identificação de coletivos e lideranças.

Cabe ressaltar que os programas de RMS colocam o profissional de saúde na condição de residente em distintas ênfases de atuação, quais sejam: saúde da família, saúde mental, saúde da criança, saúde

coletiva, reabilitação física, entre outras, com a perspectiva de trabalho multiprofissional. São dois anos de atuação que são caracterizados como R1 (residentes do primeiro ano) e R2 (residentes do segundo ano). Os programas são constituídos por, pelo menos, três núcleos profissionais das diferentes profissões da saúde. Os programas têm autonomia para elaboração de seu funcionamento, desde que algumas características sejam comuns e mantidas.

A atuação dos residentes ocorre nos cenários de prática, ou seja, serviços e dispositivos que compõem a rede de serviços do SUS. Em adição, os residentes recebem um componente de formação teórica. Os residentes são apoiados por professor/tutor e preceptor, um profissional dos serviços de saúde que colabora com a atuação do profissional residente. Nos dois anos, o residente deve integralizar 5.760 horas, incluindo aqui as atividades teóricas. Desse modo, a participação nos programas requer dedicação exclusiva. Para conclusão da residência, há a indicação da defesa de um Trabalho de Conclusão de Residência (TCR). Em geral, os programas possuem um Projeto Político Pedagógico com os princípios e a atuação dos atores envolvidos, e as pautas coletivas são tratadas na Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (CO-REMU). O compromisso das RMS é qualificar o cuidado em saúde nos mais diferentes eixos de atuação do SUS, buscando uma saúde digna e compromissada com os princípios do sistema.

As informações sobre o panorama atual dos programas de residência em área profissional não são facilmente encontradas e conferem um problema, pois não se tem precisão sobre os recursos públicos destinados e sobre a composição das equipes e áreas profissionais. Os dados defasados disponíveis pelo Ministério da Educação indicam, em 2014/2015, a existência de 1225 programas e 6575 residentes Brasil afora. O núcleo de enfermagem apresentava 1608 residentes, sendo o predominante. Seriam 97 residentes da educação física naquele ano conforme o SisCNRMS RAPS/SESu/MEC (<http://portal.mec.gov.br>). É preciso considerar ainda todo o histórico de residentes que já passou pelos programas, por isso é importante que os Ministério da Saúde e da Educação pudessem tornar públicas tais informações.

Um cenário reformista na saúde pública brasileira que desloca-se do hospital para outras instâncias de cuidado, com o reconhecimento dos saberes multiprofissionais, a ampliação do conceito de saúde, a

criação do SUS e a própria colocação do núcleo profissional educação física como área de saúde em 1998 ofereceram as condições para que as RMS tivessem a inclusão da educação física em seu saber-fazer. A combinação de fatores macro encontrou as singularidades do próprio núcleo da educação física.

Os discursos de saúde compõem a educação física brasileira desde o seu surgimento no Brasil no início do século XX, mas o reconhecimento social e a institucionalização da área ocorreram na escola a partir da docência do componente curricular educação física. O trajeto que leva a um debate sobre a atuação da educação física em espaços escolares e não escolares é longo, complexo, dotado de interesses e disputas que escapam ao escopo do capítulo. Uma série de fatos históricos e sociais se entrecruzaram como: a divisão dos cursos de educação física em bacharelado e licenciatura; a regulamentação da profissão e criação dos conselhos profissionais; a institucionalização do eixo práticas corporais/atividade física em políticas e programas do SUS; o perfil predominante de morbimortalidade pelas condições crônicas, influenciado pelas transições sociodemográficas, nutricional e epidemiológica; o amadurecimento conceitual da área em programas *stricto sensu* próprios ou de outras áreas como saúde e educação; e a criação de políticas que contratassem profissionais de educação física nas secretarias e instituições de saúde. Diante de um cenário tão múltiplo, é possível afirmar que está em curso um amadurecimento da Educação Física em Saúde Coletiva (NOGUEIRA; BOSI, 2017) ainda que sustentado em tensões a partir dos paradigmas biológico e social.

Alguns programas de RMS passaram a incorporar o núcleo profissional da educação física em suas equipes multiprofissionais. A atuação é diversa e pode se dar nas diferentes frentes de trabalho do SUS, desde a atenção básica até o nível hospitalar. Um dos primeiros relatos registrados aponta para 1990 no qual Damico (2007) problematiza as intervenções que a educação física poderia efetivar na saúde coletiva a partir da experiência como residente em saúde mental coletiva na Unidade Sanitária São José do Murialdo, em Porto Alegre. Além desse relevante registro, acrescentamos ainda duas produções sistematizadas por profissionais de educação física residentes da primeira e sexta turmas do programa de RMSF de Sobral e outra desenvolvida enquanto um relato de experiência por residentes da turma de RMPSF de Itajaí, Santa Catarina.

A primeira produção desenvolvida em Sobral aponta as competências e habilidades do profissional de educação física na Estratégia Saúde da Família ainda que centradas na noção clássica de atividade física e exercício físico (LUCENA *et al.*, 2004). No entanto, o segundo texto foi uma releitura crítica do primeiro na perspectiva da integralidade do cuidado a partir das experiências dos residentes com práticas de saúde interprofissionais, pressupostos centrais para programa de RMSF (SILVA *et al.*, 2009). A inclusão de vagas de educação física em ambos os programas inaugura as relações entre RMS e o núcleo profissional naquela localidade.

Em consonância com os materiais acima descritos, o registro realizado por residentes de educação física em Itajaí destaca a organização de ações coordenadas pelo núcleo profissional da área tendo como eixo central de organização das ações a noção de práticas corporais em interface com preceitos da saúde coletiva, operacionalizados conjuntamente com outras áreas e profissões. Essas ações fizeram parte de um programa intitulado “Movimenta SUS”, pautado em princípios da educação popular em saúde. Essa experiência foi sistematizada enquanto Trabalho de Conclusão de Residência e, posteriormente, divulgada à comunidade científica da área (OLIVEIRA JÚNIOR *et al.*, 2020).

Breves notas sobre as produções acerca da Educação Física nas residências em saúde

A produção acadêmica que versa sobre mapeamento, descrição, inserção e desenvolvimento de ações e processos formativos da EF em RMS ainda encontra espaços para preenchimento. Numa consulta ao site do *Scielo*, por exemplo, colocando como palavra-chave de busca o termo “Residência Multiprofissional em Saúde”, aparecem apenas cinco resultados sobre essa temática. Dentre eles, o objeto de estudo mais recorrente trata da apresentação de processos históricos de construção das RMS (ROSA; LOPES, 2009; SILVA, 2018). Por outro lado, são apresentadas, também, discussões referentes tanto a processos de avaliação do programa da RMS (ROSA; LOPES, 2016) como aos sentidos atribuídos por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Saúde Mental na Atenção Básica em Saúde (ABS) (MOURA; SILVA, 2015), além de um texto com abordagem crítico-ensaística sobre os aspectos

históricos do programa (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009)²⁹. Destacamos que nenhum desses artigos aborda, estritamente, a relação entre Residência Multiprofissional em Saúde e Educação Física.

Já no Portal de Periódicos CAPES, ao incluir o termo de busca “Residência Multiprofissional em Saúde” e filtrar por “periódicos revisados por pares” e “língua portuguesa”, aparecem 127 artigos correspondentes a busca, no período compreendido em 2005 e 2019. Ao restringir o período de publicação para os últimos cinco anos, a saber, 2014 a 2019, há uma redução para 100 artigos, indicando um aumento de produção sobre esse tema nos últimos anos, o que, ao nosso ver, ocorre pela importância crescente de análises sobre a inserção dessa temática no âmbito acadêmico. No entanto, ao acrescentarmos, junto com o termo “Residência Multiprofissional em Saúde”, a palavra “Educação Física” (sem incluir aqui variantes radicais, como por exemplo, “Educa*”, “Fisic*”, ou ainda, “Prof*”), dos 127 artigos iniciais apareceram apenas 24, sem aplicação de filtro.

Entrementes, ao aplicarmos os filtros “periódicos revisados por pares” e “língua portuguesa”, desses 24 artigos iniciais, resultam 17 num período que compreende de 2014 a 2019. Numa leitura breve dos títulos, palavras-chave e resumos destes, apenas três estão diretamente relacionados à RMS e Educação Física, sendo um voltado para descrição e/ou avaliação da inserção da EF nesse programa (CORRÊA; *et al*, 2014), outro direcionado a uma revisão da literatura sobre essa temática (CARVALHO; ABDALLA; BUENO JÚNIOR, 2017) e, por fim, um destinado à análise dos processos de formação de residentes de educação física em um programa de RMS (MANSKE *et al.*, 2019).

Se aplicado o mesmo protocolo de buscas realizado no Portal de Periódicos CAPES no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), temos, de início, apenas com o termo “Residência Multiprofissional em Saúde”, filtrado por “texto completo” e “língua portuguesa”, um total de 179 artigos, sem recorte temporal, e um montante de 112 se considerado apenas os últimos cinco anos. Já complementando o termo de busca inicial com a palavra “Educação Física”, sem recorte de ano, a totalidade de artigos reduz para cinco, sendo que apenas três tratam especificamente das relações entre EF e RMS, destacando a inserção e mapeamento da EF nas RMS no sul do Brasil (XAVIER; KNUTH, 2016), ou ainda, sobre o fazer profissional da EF em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) via RMS (VARELA; OLIVEIRA, 2018).

²⁹ Pesquisa realizada em 12 de maio de 2020 nos sites de busca aqui mencionados.

De modo complementar, destacamos que registros sobre a relação desses objetos temáticos em dissertações e/ou teses no Brasil se mostram como produtos acadêmicos ainda em processo de desenvolvimento. Com os mesmos *strings* e período de busca, a saber, “Educação Física” e “Residência Multiprofissional em Saúde”, entre 2014 e 2020, encontramos apenas quatro trabalhos referentes à busca no site da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). Esses trabalhos versam, de forma geral, sobre as relações dos profissionais de educação física na AB, majoritariamente nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), sendo que mais precisamente sobre EF e RMS, encontramos apenas uma dissertação (SILVA, 2014).

Tais registros permitem pensar que estudos acerca das relações entre EF e RMS, ou ainda, residências de um modo geral, são iniciais no Brasil, o que implica, portanto, em um espaço que precisa ser preenchido com outras publicações. A temática abordada nos textos é variada, abrangendo desde aspectos descritivos de mapeamento e de revisão até pesquisas empíricas sobre o fazer profissional e os efeitos da RMS na formação de seus residentes. Ressaltamos que, além da busca do tema em sites de periódicos, há que se investigar tal temática em outras fontes de produção acadêmica, tal como livros e capítulos de livros.

De forma sumária, apresentamos aqui um esforço de síntese de obras que correspondem à literatura acadêmica brasileira sobre a relação estrita entre EF e RMS. Salientamos que tal apresentação não tem a intenção de descrever, de forma fiel, o que foi produzido sobre esse objeto de prática, formação, serviço e estudo até então. Esse esboço sintetiza a) a necessidade de mais trabalhos sobre esse processo de trabalho-formativo; b) que tal apresentação se configura como um ponto de partida para a construção coletiva de informações que divulguem mais ações acerca dos processos de EF em RMS.

Quadro 1 - Levantamento das produções textuais sobre educação física nos livros sobre residências multiprofissionais em saúde.

ANO	Título e referência	Capítulo sobre educação física nas RMS	Autoria
2006	Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios (BRASIL, 2006)		
2010	Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde (BRASIL, 2010)		
2015	Tecnologias leves em saúde: saberes e práticas da Residência Multiprofissional na Estratégia Saúde da Família (DIAS <i>et al.</i> , 2015)	O esporte educacional como estratégia na Cultura de paz	GOMES, I. C; NEPOMUCENO L.B; OLIVEIRA, B. N.
		Práticas corporais e promoção da saúde em um grupo de mulheres da estratégia saúde da família	SOUSA FILHO M. A. F <i>et al.</i>
		Educação popular em saúde e práticas corporais: contribuições para o debate	OLIVEIRA; B. N. <i>et al.</i>
2016	Percursos interprofissionais: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (UCHÔ-FIGUEUREDO <i>et al.</i> , 2016)		
2016	Residência integrada em cenas: ensaios críticos acerca da formação do profissional em saúde (MEDEIROS, 2016)		
2017	Residências e a Educação e Ensino da Saúde: tecnologias Formativas e o Desenvolvimento do Trabalho (FERLA <i>et al.</i> , 2017)		
2017	Residências em saúde e o aprender no trabalho: mosaico de experiências de equipes, serviços e redes (FERLA <i>et al.</i> , 2017)	Movimentando corpos, redes e afetos: a Educação Física como propositora de ações em saúde mental coletiva em um território de saúde.	SILVA; I. F; SIEBENEICHLER, P; DAMICO, J.G.

2017	Trajétórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas Residências Multiprofissionais em Saúde (KNUTH; AREJANO; MARTINS, 2017)	Perfil de pacientes atendidos pelo serviço de educação física em um hospital público de Rio Grande/RS	OLIZ; M.M.; XAVIER, B.B.; CORRÊA, L.Q.
2020	Transformações das residências multiprofissionais em saúde (GOMES <i>et al.</i> , 2020)		

Fonte: site das editoras.

A produção de conhecimento disponível a partir da educação física e RMS pode ser considerada baixa, no entanto, é prudente demarcar alguns aspectos. Uma parte dos TCR pode ter sido publicada no formato de artigo, capítulo ou livro sem necessariamente apontar a origem da pesquisa vinculada ao TCR ou mesmo trazer essa vinculação no título e resumo. Outro argumento é que alguns TCR dizem respeito a temas de interesse a todos os núcleos profissionais, não percorrendo necessariamente um problema de pesquisa específico da educação física, por exemplo, os desafios dos programas, questões de prática como matriciamento, papel dos preceptores, entre outros recorrentes. Um terceiro aspecto é que, com a carga horária bastante direcionada aos cenários de prática, pode ocorrer um esmagamento de melhores condições para que residentes realizem pesquisa com a mesma profundidade da imersão nos serviços de saúde e, ao concluir os programas, os TCR não sejam publicados. Assim como já abordamos a baixa qualidade da informação pública sobre o histórico e número de residentes no Brasil, outra informação que seria relevante para o fortalecimento e divulgação dos programas seria a criação de um banco de TCR que funcionaria como um repositório sobre o que é pesquisado por dentro das RMS.

Pistas pedagógicas para formação em serviço

A formação de profissionais de saúde através dos programas de RMS com base nos princípios do SUS, nas determinações sociais e nos seus determinantes em saúde exige, das instituições formadoras, projetos político-pedagógicos (PPP) condizentes com as realidades em que se encontram e serviços de saúde com vistas à uma educação participativa

e democrática, capaz de organizar a formação pelo trabalho com vistas a provocar, tencionar, mobilizar e mediar mudanças possíveis e reais nas práticas profissionais, sobretudo nas relações destes com os usuários.

Além disso, cabe aos programas proporcionarem aos seus sujeitos o acesso aos conhecimentos sobre o SUS prescrito e o SUS real, da saúde pública e da saúde coletiva, inclusive para as distinções entre ambas. A apropriação desses conhecimentos por parte da/do residente contribui para uma formação crítica, reflexiva, propositiva e política, sobretudo do profissional de educação física, em que os currículos da formação inicial apresentam distanciamentos do marco legislativo, regulatório e político do SUS e dos serviços de saúde, e pouco alinhamento da educação física com a produção de saberes e práticas da saúde pública e saúde coletiva.

Diante da premência de que a formação em serviço atenda às necessidades acima aludidas, entendemos que a noção de trabalho vivo é aquela que melhor se apresenta como norteadora das ações formativas a serem desenvolvidas. Compreende-se o trabalho em saúde como trabalho vivo (MERHRY, 1997; 2002) permeado por saberes, práticas, poderes, afetos e interesses, que possibilita experimentações e movimentos de mudanças implicadas com as ações de saúde e suas demandas; com descobertas institucionais e coletivas na relação entre o trabalhador, o usuário, o gestor e o coletivo, mediada pelo trabalho enquanto produção de saúde e em defesa da vida e do SUS (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010).

A educação pelo trabalho nos contextos onde os programas de RMS são implantados apresenta-se como estratégia potente num ambiente desafiador e instigante para romper com a reprodução social de práticas de saúde hegemônicas, proporcionando um espaço de aprendizado vivo ancorado na integralidade como eixo da gestão e do cuidado em saúde. É no âmbito das relações vividas em espaços de micropolíticas que permitam a reflexividade crítica dos residentes em práticas que coadunem os preceitos da saúde pública e coletiva que residem as potências de formação e transformação.

As vivências nos serviços de saúde pelo profissional de educação física residente podem possibilitar e gerar aprendizagem através do diálogo permanente entre teoria e prática via uma organização educativa contextualizada com as demandas do trabalho no e do cotidiano do serviço, com a finalidade de transformar suas práticas de

saúde (MERHY; FEUERWEKER; CECCIM, 2006). É nesse encontro que os processos formativos em serviço assumem formas que promovem sentidos vinculados ao trabalho em saúde.

Na concepção da educação pelo trabalho, o saber nasce deste, na constante reflexão *na* e *sobre* a atividade trabalho. As experiências produzidas sobre gestão, atenção, formação e participação social, a partir das diferentes ênfases dos programas de RMS, devem possibilitar ao residente no trabalho vivo compartilhar práticas e saberes de núcleo e de campo decorrentes das demandas sociais dos usuários e da própria rede de atenção à saúde local (CAMPOS, 2000). Nesse movimento de compartilhar, o trabalho vivo possibilita também questionar o próprio núcleo, no caso aqui da educação física, a título de exemplo, em que permitiria repensar em que medida os espaços de promoção de atividade física e práticas corporais (por ser um saber-fazer de núcleo) pode se configurar como campo comum.

Tomando esse caminho, acredita-se que um programa de RMS, ao promover uma formação contextualizada e significativa, dialógica e participativa se aproximaria da função aprendente, na qual “o aprender se constrói e se fortalece mediante sua integração, sábia, e delicadamente, a uma grande rede institucional, social e humana disponíveis nos territórios” (SOARES *et al.*, 2008, p. 7). É sobre esse aprender que os processos formativos em serviço no âmbito das residências devem ser orientados.

Para somar com essa dimensão, Barros e Barros (2010, p. 79) reforçam que “[...] a formação em situação, tal como o trabalho situado, nos convoca a habilitar este plano de experimentação, plano onde pensar, fazer, aprender, trabalhar, viver não se dissociam”. Assim, não existe separação real entre trabalho em situação, em ato, e os processos de formação pelo trabalho, ou seja, durante o processo de trabalho em saúde ou de educação pelo trabalho, institucionalizado ou não, existe uma produção pedagógica (HECKET; NEVES, 2010).

Na esteira do debate sobre o trabalho em saúde, podemos inserir, também como elementos pedagógicos da formação em serviço, as noções de micropolíticas, macropolíticas e trabalho criativo (FRANCO, 2015). Por micropolíticas, referimos as relações que ocorrem no espaço de trabalho em que os trabalhadores em saúde se encontram, em contato com o mundo, e, partir de seus mais variados aspectos formativos de

sujeitos, atuam de determinadas maneiras. As micropolíticas são atravessadas pelas macropolíticas, que são aquelas orientações, regulamentações ou proposições maiores que fundam princípios e projetam ações a serem realizadas em saúde, tais como as legislações, portarias, entre outros. Cabe ressaltar que as macropolíticas são gestadas e propostas em relações e tensões permanentes de poder com o sistema social, econômico e cultural em que são forjadas.

É no enlace entre as micropolíticas e as macropolíticas que o trabalho criativo pode ocorrer num espaço de disputa entre “liberdade” e “servidão” (FRANCO, 2015). Na medida em que as macropolíticas atuam condicionando um saber-fazer empírico no serviço em saúde em suas micropolíticas, uma série de ações e noções derivam dessa relação, e outras são produzidas a partir delas. Assim, as noções de saúde, de cuidado, de escuta, de acolhimento e todas outras que compõem o universo dos serviços em saúde são atravessadas, no espaço das micropolíticas, pelas regulamentações macro, tanto aquelas voltadas especificamente para a regulação da atuação em saúde como aquelas que compõem e compuseram o perfil do profissional de saúde em questão. É no ponto de encontro dessas forças na ação profissional que o trabalho criativo pode emergir.

Profissionais de educação física na perseguição da criatividade no trabalho se depararão com distintas e desiguais condições de vida. Ao percorrerem as práticas profissionais, de núcleo ou campo, apoiados ou não nas práticas corporais/atividade física, deverão enfrentar as disparidades sociais e de saúde que afetam sobretudo aspectos étnico-raciais, de gênero, geracionais e de orientação afetiva e sexual. Entende-se que a atuação nas residências deva ser socialmente referenciada a partir da formulação de saberes técnicos, populares e científicos com vista a uma humanização do cuidado.

Assim, caso um profissional de educação física tenha sido formado numa perspectiva tecnicista com aporte teórico majoritariamente biologicista e com apelos de atuação baseado em modelos clínico-assistencial, tais aspectos que o moldaram como sujeito irão orientar suas atividades nas micro relações. Por outro lado, caso as regulamentações e orientações maiores das ações em saúde (macropolítica) nas quais sujeito está imerso em cenário de prática prevejam e incitem práticas que sejam da ordem da educação popular com abordagem baseada em clí-

nica ampliada, por exemplo, este terá, no trabalho vivo, a possibilidade de exercício de reflexão e transformação do espaço em que atua e de si mesmo.

Exemplos dessa situação ocorrem nos diferentes espaços de formação de residências em saúde. O perfil de residentes que iniciam a residência é múltiplo, devido às diferentes formações que tiveram (pautadas por Diretrizes Curriculares Nacionais, Projetos Políticos de Curso, etc), assim como pelo seu percurso profissional anterior ao ingresso na residência. Essa formação medeia sua atuação no espaço da micropolítica. Também orienta a micropolítica o Projeto Político Pedagógico da residência em questão, definido a partir de legislações e de premissas mais amplas (macropolítica). O choque dessas políticas no espaço de trabalho é potencialmente produtor de uma subjetividade profissional em saúde. E é justamente essa potência de formação que pode gerar o trabalho criativo na medida em que se deve lançar mão, reflexivamente e criticamente, de práticas profissionais orientadas aos princípios do SUS. Não é à toa que as RMS foram gestadas como espaços para dirimir as dificuldades de atuação profissional em saúde não alinhadas com os princípios do SUS, tal como referido na introdução deste texto.

Frente ao apanhado de concepções de formação em serviço que aqui propomos como pedagógicas, sejam elas referentes ao trabalho vivo, trabalho criativo ou micro e macropolítica, acreditamos que a proposta da RMS tem potencial pedagógico de contribuir na formação do profissional de educação física desde que essa interface educação e trabalho não se limite a transformar apenas a dimensão técnica do fazer, mas que afete a dimensão humana e ético-política do trabalhar no cuidado em saúde. Diante disso, a aposta que fazemos nos programas de RMS é que essa formação tenha repercussões em diferentes cenários de prática do profissional de educação física, agora egresso especialista em RMS no SUS.

Considerações

A partir das necessidades de formação de trabalhadores em saúde coadunados com os princípios do SUS, uma série de iniciativas governamentais foram desenvolvidas com o intuito de fazer um alinhamento dos profissionais de saúde com os princípios desse sistema, sendo as

RMS uma das iniciativas de formação em serviço com tal finalidade.

Nos propomos aqui empreender uma narrativa sobre a aproximação do núcleo profissional da educação física com as RMS no Brasil. Isso só foi possível com o advento do SUS e com a articulação com a saúde coletiva a partir da ampliação do conceito de saúde praticado na área. Também demarcamos a oferta de outras políticas e programas que articulam o profissional de educação física no âmbito da saúde, nos diferentes níveis de adensamentos tecnológicos que compõem a rede de atenção à saúde da atenção primária até o âmbito hospitalar.

Para além do arcabouço legislativo sobre a educação na saúde que sustenta a formação pelo trabalho, apostamos nos eixos pedagógicos abordados como “pistas” orientadoras ao desenvolvimento de programa de RMS, no sentido de provocar no residente profissional a reflexão-ação-reflexão sobre o trabalho em saúde de modo singular ao profissional da Educação Física.

Os programas de RMS enfrentam dificuldades, como a questão da carga horária excessiva, a modificação nos formatos de financiamento, a implementação de programas, a ainda reduzida produção de conhecimento que caracterize os programas e a pouca disponibilidade de informações sobre o histórico e sobre o panorama atual de programas, áreas, residentes e núcleos profissionais. Também é preciso atenção para decisões políticas que constriam as políticas públicas e o SUS. Se o direito social pela saúde for enfraquecido, as residências também o serão. E estas tem o potencial de transformação tanto de usuários como de trabalhadores, assim como, dos processos de gestão, atenção e cuidado à saúde na direção do desenvolvimento de políticas públicas e sociais que tomem a saúde como um direito incontestável e de qualidade para todos.

Referências

ABIB, L. T.; KUHN, G. V. Trajetórias das residências multiprofissionais em saúde no contexto da Saúde Coletiva. In: KNUTH, A. G.; AREJANO, C. B.; MARTINS, S. R. (org.). **Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas Residências Multiprofissionais em Saúde**. Rio Grande, RS: Ed. da FURG, 2017.

BARRETO, I. C. H. C. *et al.* Residência em saúde da família: desafios na qualificação dos profissionais na atenção primária. **Sanare** – Revista Sobralense de Políticas Públicas, Sobral, v. 1, n. 1, abr. 1999. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/216/203>

BARROS, M. E. B.; BARROS, R. B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: PINHEIRO, R. *et al.* (org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: Valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC: ABRASCO, 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988.

BRASIL. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, 2005.

BRASIL. **Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998**. Brasília, 1998,

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, jul. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000400007>. Acesso em: 28 maio 2020

CARVALHO, Anderson dos S.; ABDALLA, Pedro P.; BUENO JÚNIOR, Carlos R. Atuação do profissional de educação física no sistema único de saúde: revisão sistemática. **Rev Bras Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 3, p. 1-11, jul./set., 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6316>. Acesso em: 05 jun. 2020.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

CORRÊA, Leandro Q. *et al.* A atuação da educação física nas Residências Multiprofissionais em Saúde. **Rev Bras Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 3, p. 428-433, jul./set. 2014. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2863/pdf>. Acesso em: 05 jun. 2020.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M. H. L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 213- 237, jan/mar, 2009.

DAMICO, J. G. S. Das possibilidades às incertezas: instrumentos para intervenção do profissional de educação física no posto de saúde. In: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe (org.). **Educação física e saúde coletiva**: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

FERLA, A. *et al.* **Residências e a educação e ensino da saúde**: tecnologias formativas e o desenvolvimento do trabalho. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. (Série Vivências em Educação na Saúde).

FERREIRA, S. R.; OLSCHOWSKY, A. Residência: uma modalidade de ensino. In: PORTO FAJARDO, A.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (org.). **Residências em saúde**: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Ministério da Saúde; Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

FRANCO, Túlio Batista. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 102-114, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500102&lng=en&nrm=iso Acesso em: 05 jun. 2020.

GOMES, D. F. *et al.* **Transformações das residências multiprofissio-**

nais em saúde. Sobral: Edições UVA, 2020. E-Book.

GOMES, I. C.; NEPOMUCENO L. B.; OLIVEIRA, B. N. O esporte educacional como estratégia na Cultura de paz. In: DIAS, M. S. A. *et al.* (Orgs.) **Tecnologias leves em saúde:** saberes e práticas da Residência Multiprofissional na Estratégia Saúde da Família. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. (Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)

HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. A. B. Modos de formar e modos de intervir: De quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R. *et al.* (org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:** valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2010.

KNUTH, A. G.; AREJANO, C. B.; MARTINS, S. R. **Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas Residências Multiprofissionais em Saúde:** Dados eletrônicos. Rio Grande: FURG, 2017.

LUCENA *et al.* A inserção da educação física na estratégia saúde da família em Sobral/CE. **Revista Sanare**, Sobral, ano V, n. 1, jan./mar. 2004.

MANSKE, George S. *et al.* Concepções de Saúde e de Atuação Profissional dos Residentes de Educação Física de uma Residência Multiprofissional em Saúde. **Tempos e Espaços em Educação**, São Cristóvão, v. 12, p. 261-274, ago. 2019. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/revtee/article/view/10858> Acesso em: 05 jun. 2020.

MEDEIROS, R. H. A. **Residência integrada em cenas:** ensaios críticos acerca da formação do profissional em saúde / Roberto Henrique Amorim de Medeiros. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. (Série Vivências em Educação na Saúde)

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, Rosana (org.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-111.

MERHY, E. E. Saúde: **A cartografia do trabalho vivo.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FEUERWEKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud una estrategia para intervenir en la micropolítica

del trabajo en salud. **Salud Colect**, Buenos Aires, v. 2, n. 2, p. 147-60, ago. 2006.

MOURA, Raul Franklin Sarabando de; SILVA, Carlos Roberto de Castro e. Saúde Mental na Atenção Básica: Sentidos Atribuídos pelos Agentes Comunitários de Saúde. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, v. 35, n. 1, p. 199-210, mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000100199&lng=en&nrm=iso Acesso em: 05 jun. 2020.

NOGUEIRA, J. A. D.; BOSI, M. L. M. Saúde Coletiva e Educação Física: distanciamentos e interfaces. **Ciência e saúde coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1913-1922, jun. 2017.

OLIVEIRA, C. F.; GUARESCHI, N. M. F. Formação de Profissionais para o SUS: Há brechas para novas formas de conhecimento? In: ANANR, P. F.; ROCHA, M. F. C.; PASINI, V. L. (org.). **Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 91-114.

OLIVEIRA; B. N. *et al.* Educação popular em saúde e práticas corporais: contribuições para o debate. In: DIAS, M. S. A. *et al.* (Orgs.) **Tecnologias leves em saúde: saberes e práticas da Residência Multiprofissional na Estratégia Saúde da Família [recurso eletrônico]**. 1.ed. Porto Alegre : Rede UNIDA, 2015. (Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

OLIVEIRA JUNIOR, JOÃO B. DE; WACHHOLZ, LUANA B.; MANSKE, GEORGE S.; LANGE, FERNANDA C. Promoção da saúde através da educação popular e práticas corporais: potencializando o cuidado e fortalecendo os vínculos sociais. **Revista Motrivivência**, Florianópolis, v. 32, p. 01-15, jun. 2020

OLIZ, Manoela Maciel; XAVIER, Bruno Botelho; CORRÊA; Leandro Quadro. Perfil de pacientes atendidos pelo serviço de educação física em um hospital público de Rio Grande/RS. In: KNUTH, A. G.; AREJANO, C. B.; MARTINS, S. R. (org.) **Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas Residências Multiprofissionais em Saúde: Dados eletrônicos**. Rio Grande: FURG, 2017. p. 163-182.

PORTO FAJARDO, A.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (org.). **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Ale-

- gre: Ministério da Saúde; Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.
- ROSA, Soraya Diniz; LOPES, Roseli Esquerdo. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 479-498, nov. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462009000300006&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 05 jun. 2020.
- ROSA, Soraya Diniz; LOPES, Roseli Esquerdo. Tecendo os fios entre educação e saúde: avaliação do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde. **Avaliação (Campinas)**, Sorocaba, v. 21, n. 2, p. 637-660, jul. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772016000200637&lng=en&nrm=iso Acesso em: 05 jun. 2020.
- SILVA, André Luís Façanha da. **Programas de residência multiprofissional em saúde da família: repercussões no exercício profissional dos egressos de Educação Física**. 2014. 195 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará, 2014.
- SILVA, Letícia Batista. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, jan. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802018000100200&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 05 jun. 2020.
- SILVA, A. L. F. *et al.* Educação Física na Atenção Primária à Saúde em Sobral-Ceará: desenhado saberes e fazeres integralizados. **Sanare: Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v.8, n.2, p. 63-72, jul./dez. 2009.
- SILVA, A. L. F. da; OLIVEIRA, B. N. de. (2013). A trajetória da Educação Física no SUS em Sobral-CE. **Conexões: Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, Campinas, v. 11, n. 2, p. 193-207, jun. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/conex.v11i2.8637623>
- SILVA; I. F.; SIEBENEICHLER, P.; DAMICO, J. G. Movimentando corpos, redes e afetos: a Educação Física como propositora de ações em saúde mental coletiva em um território de saúde. In: FERLA, A. *et al.* (org.). **Residências em saúde e o aprender no trabalho: mosaico de experiências de equipes, serviços e redes** [recurso eletrônico]. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. (Série Vivências em Educação na Saúde).

SOARES, C. H. A. *et al.* Sistema Saúde Escola de Sobral-CE. **Sanare**: Revista de Políticas Públicas, Sobral, v.7, n.2, p.7-13, jul./dez. 2008.

SOUSA FILHO, M. A. F. *et al.* Práticas corporais e promoção da saúde em um grupo de mulheres da estratégia saúde da família. In: DIAS, M. S. A. *et al.* (org.). **Tecnologias leves em saúde**: saberes e práticas da Residência Multiprofissional na Estratégia Saúde da Família. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. (Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)

UCHÔ-FIGUEUREDO, L. R.; RODRIGUES, T. F.; DIAS, I. M. A. V. (org.). **Percursos interprofissionais**: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. (Série Vivências em Educação na Saúde).

VARAELA, Shalana H.; OLIVEIRA, Braúlio N. de. Alongamento? Dinâmica? Chama o Professor de Educação Física! **LICERE**: Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos Do Lazer, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 313-340, mar. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/licere/article/view/1780> Acesso em 05 de junho de 2020.

XAVIER, Douglas A.; KNUTH, Alan G. Mapeamento da educação Física em programas de residência Multiprofissional em Saúde no Sul do Brasil. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**, Florianópolis, v. 21, n. 6, p. 552-560, jan. 2016. Disponível em <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/8014>. Acesso em: 05 jun. 2020.

Interfaces da promoção da saúde e da clínica ampliada na construção do cuidado centrado no usuário

Valéria Monteiro Mendes

Yara Maria de Carvalho

Quando fomos convidadas a escrever sobre as “Interfaces da Promoção da Saúde e da Clínica Ampliada na construção do cuidado centrado no usuário”, sentimo-nos convocadas a compartilhar o que temos trilhado desde a pesquisa construída no Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza da FSP da USP, a partir da qual experimentamos um modo de construir um grupo de práticas corporais segundo uma composição com os saberes, necessidades e expectativas dos/das integrantes do grupo e em articulação com os profissionais do serviço.

Nesse período, estávamos implicadas com a necessidade de problematizar a atuação do profissional de educação física no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de misturas/conexões com os saberes da Saúde Coletiva e das Ciências Humanas e Sociais e das Artes e com os princípios caros ao trabalho em saúde como a Integralidade e a Produção do Cuidado.

Buscávamos construir uma pesquisa que conversasse com o que era de cada um/uma do grupo e do que era do coletivo, de modo a produzir uma pesquisa *viva*, aberta a todos e todas independente da idade, condição de saúde e experiências anteriores com práticas e modalidades esportivas. Nosso propósito era tecer encontros a partir de um *entre* que é imprevisível e processual. E foi justamente no processo, quando as demandas por diferentes tipos de cuidado aconteceram por parte dos integrantes do grupo (patologias ortopédicas, doenças crônicas e questões de saúde mental), que encontramos com o referencial da Clínica Ampliada e Compartilhada.

Assim, entrevemos uma possibilidade de compor os saberes e práticas dos campos das Ciências Humanas e das Ciências Naturais,

considerando a formação da pesquisadora também em cinesiologia e fisiologia do exercício. Percebendo e acolhendo as necessidades e saberes dos integrantes do grupo, fomos dando passagem para a experimentação *no corpo* de outras sensibilidades e percepções em diálogo com noções próprias do cuidado, especialmente na atenção básica, como corresponsabilidade, longitudinalidade e vínculo, considerando também as proposições teórico-metodológicas de “[...] uma clínica centrada nos Sujeitos concretos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, também considerando a doença como parte dessas existências” (CAMPOS, 2003, p. 56).

Experimentando com o grupo um referencial *no corpo*, o vivido nos interstícios da presença e para além do tempo e espaço dos encontros, problematizamos questões que atravessam e compõem os modos de agir-pensar do campo da saúde e que não estão circunscritas à educação física. Visibilizamos um *plano comum* entre as subáreas da saúde que atravessam a todos, considerando as racionalidades que, predominantemente constituem a formação e o trabalho em saúde. Certo ordenamento de mundo cujo pressuposto tem sido a produção ativa de uma naturalização das concepções, dos valores e dos modos de operar que buscam nos fazer crer que “as coisas são assim” e não há o que fazer, também e, sobretudo, no campo da formação e do trabalho em saúde. As “forças do Instituído...”

Interrogarmos tal “ordenamento” pressupõe considerar que as mudanças curriculares, para serem efetivamente mudanças, exigem a problematização das apostas ético-políticas e das forças que incidem nessas apostas. A complexidade que envolve os processos de formação e cuidado em saúde requer colocarmos em análise, de modo coletivo e permanente, a partir da construção de espaços seguros de escuta e fala, *o que e como* temos produzido de proposições: a existência de uma equipe com vários profissionais de saúde não é suficiente para a produção de um cuidado vivo, por exemplo.

Não desconsideramos, por exemplo, as ações que agenciaram a produção de nossa reforma sanitária e as lutas no campo da saúde mental que ressoam de diferentes modos nos processos de formação e cuidado, mesmo com muitas tensões. Porém, como estamos falando de um campo vivo, em que as disputas seguem sendo produzidas, temos perdido algumas oportunidades de construir resistências e enfrentamentos coletivos diante dos efeitos e interferências que colonizam nos-

sos modos de sentir-agir-pensar-viver que nos afastam da produção de processos solidários e compartilhados, sobretudo de cuidados em redes.

É nessa perspectiva que seguimos apostando na composição de encontros que denominamos de *práticas corporais*, uma noção que busca demarcar diferenças em relação à lógica predominante denominada *atividade física*, experimentando conceitos decolonizadores e ações que se sustentam por uma “clínica” do sensível, na qual a questão fundamental é produção do cuidado compartilhado.

Práticas corporais como práticas de saúde e cuidado

Aqui, enfatizaremos, mais uma vez³⁰, o conceito *práticas corporais* como práticas de saúde e cuidado porque é uma noção que nos leva para os sentidos da vida. Elas nos ajudam a problematizar os modos de levar a vida e, sobretudo, de cuidar dela no sentido coletivo.

Essa ideia veio sendo concebida e gestada no Centro de Saúde Samuel Barnsley Pessoa (CARVALHO, 2001; FREITAS, 2007; CARVALHO; FREITAS, 2006) e foi ganhando força à medida que ia se compondo com as questões e os dilemas do campo da saúde coletiva, seja com o tema da “*racionalidades médicas*” (CARVALHO, 2007a), seja com o de *cuidado* (CARVALHO, 2010), seja com o das “*tecnologias leves*” (CARVALHO, 2010; MENDES; CARVALHO, 2015; 2020; CARVALHO; MENDES, 2019).

Cabe mencionar que não se trata de substituir noções *atividade física* por *práticas corporais*, mas de levar o pensamento e as práticas de saúde para outro plano de análise, para os modos como cuidamos. Com as *práticas corporais*, acessamos o cuidar, o cuidado, quem cuida e quem é cuidado. Com elas, somos provocados ao pensamento-ação sobre como fabricamos e cultivamos nossas relações na vida. Trata-se de um processo de ocupar-se das relações – das nossas relações – e de *nos ocuparmos e sermos ocupados* por outras dimensões do cuidado ausentes nos contextos da atividade física.

30 Usamos a expressão “mais uma vez” porque a questão conceitual e suas decorrências têm sido objeto de nossos estudos e pesquisas e dos rumos que temos apontado para os processos de formação em saúde, de modo geral. Entre as publicações citamos: CARVALHO; FREITAS, 2006; FREITAS, 2007; CARVALHO, 2006; CARVALHO, 2007; CARVALHO, 2010; MENDES, CARVALHO, 2016a; 2016b; MENDES, CARVALHO; BRANDÃO, 2016; CARVALHO; FERREIRA NETO, 2016; CARVALHO; CARVALHO, 2018; CARVALHO; MENDES, 2019; MENDES; CARVALHO, 2020, no prelo.

Esse tipo de problematização – ou de enfoque, ou de ação – não se trata de criticar ou “cobrar” dos profissionais que propõem e conduzem iniciativas envolvendo as atividades físicas, mas sim de construir um campo problemático que abarque essa necessidade de explorarmos as práticas de saúde para além dos procedimentos. Aqui, especialmente com as práticas corporais. Trazermos as práticas corporais como uma noção potente para experimentarmos outros modos de produzir encontros em saúde não significa que a composição de projetos nos serviços segundo essa perspectiva resolverá, por si só, as questões dos modos tradicionais de compor as ações quando o tema é produção de cuidado.

Não é suficiente intitularmos um programa ou um grupo como de “práticas corporais” para que ações cuidadoras sejam produzidas, especialmente se considerarmos as capturas pela lógica procedimental e mercadológica (vide os cursos de formação de final de semana) que atravessam permanente e intensivamente o campo das práticas corporais, incluindo as práticas integrativas e complementares³¹ no cotidiano dos serviços.

Saúde, um conceito à parte, plural e polimorfo na perspectiva dos povos originários, por exemplo, “[...] é um dom, um bem comum, que todo mundo tem [...]” (KRENAK, 2020). Ninguém carece de saúde. Ninguém reivindica saúde. A vida é uma dádiva. A vida é abundante. Não tem sentido, portanto, a ideia de saúde como um direito. Para as tradições indígenas, não tem sentido pleitear saúde porque ela é um bem, como são a água e o ar.

Sendo assim, como seria pensar e fazer um cuidado de “maneira vital”, colocando os corpos no lugar da “fricção criativa”? Como seria produzir corpos “ativos criativos”, corpos “agentes criadores de histórias de vida”? Como seria fazer uma “pajelança junta”?

São questões com as quais nos deparamos quando partimos da ideia de práticas corporais. São questões que não têm apenas uma resposta, mas que convidam a pensar e inventar juntos condições que garantam nossos valores e princípios em defesa da vida de todos. Tais questões ganham cada vez mais importância considerando as condições adversas de natureza ética e política que estamos atravessando no Brasil.

Entretanto, considerando os territórios que temos ocupado da micropolítica do cuidado (CARVALHO; CARVALHO, 2020; CARVA-

31 ‘Sugerimos a leitura do artigo “Genealogia da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares” (MOEBUS; MERHY, 2017).

LHO; FERREIRA NETO, 2016; MENDES; CARVALHO; BRANDÃO, 2016) e nos quais experimentamos as práticas corporais como tecnologias leves (MENDES; CARVALHO, 2020), propomos um deslocamento das noções de Clínica Ampliada e Promoção da Saúde para a discussão “forças-valores” no cotidiano das práticas de cuidado, no âmbito da rede básica de saúde, concebida por Emerson Merhy e um conjunto de pesquisadores da rede de Observatórios de Políticas e Educação em Saúde que integram o grupo Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro³².

Nosso intuito é ofertar uma breve análise sobre como essas forças-valores operam e compõem um conjunto de disputas no território da micropolítica nas relações de poder e nas relações intersubjetivas, justamente porque é nos encontros – entre gestores, trabalhadores e usuários – e nas relações que se instauram os campos de força conformadores dos modos de estar nos encontros, constituindo processos de subjetivação (MERHY *et al.*, 2019).

AS “FORÇAS-VALORES”³³: uma conversa que implica deslocamentos...

Nesse campo permanente de disputas e apostas, buscamos partilhar visibilidades sobre algumas interfaces na construção do cuidado, especialmente as que consideram a produção singular dos modos de existir como uma *produção*. Com essa oferta, fazemos um convite à problematização de um certo campo de forças e dos distintos planos

32 A Rede de Observatórios de Políticas e Educação em Saúde agrega pesquisadores de diferentes estados que também atuam como docentes de distintas universidades (UFMG, UFF, UNIRIO, UFES, UFPB, USP, UNICAMP, UFMS, UERJ, UEL, entre outras) e trabalhadores/gestores da saúde, além de estudantes de graduação e pós-graduação. Desde 2014, Valéria Mendes, integra o referido Observatório no qual participou da pesquisa “Rede de Avaliação Compartilhada”, a RAC, que foi produzida por um conjunto de pesquisadores de 11 estados brasileiros e que incluiu a participação de trabalhadores, gestores e usuários dos serviços analisados, tendo como objeto as seguintes redes temáticas: rede cegonha, rede de urgência e emergência, rede de cuidado ao câncer, rede atenção à pessoa com deficiência; atenção domiciliar; rede de atenção psicossocial; regulação e acesso à atenção especializada. O estudo foi realizado nas cidades de Manaus, Porto Velho, Maceió, São Luís, Caruaru, Recife, Petrolina, João Pessoa, Sergipe, Juazeiro, Salvador, Belo Horizonte, Betim, Montes Claros, Rio de Janeiro, Volta Redonda, Curitiba, Cascavel, Florianópolis, Porto Alegre e São Paulo (capital, Campinas e São Bernardo do Campo). Entre os produtos desta pesquisa destacam-se os livros de Merhy et al (2016) e Feuerwerker; Bertussi; Merhy (2016).

33 Toda a discussão da ideia de “forças-valores” foi orientada pelo trabalho de Merhy e colaboradores (2019) que tem sido acompanhada por Valéria Mendes.

que atravessam e compõem nossas ações. Aqui, incluímos o que fundamenta e orienta a formação e a implicação na produção do cuidado que remete ao modo como lidamos com as políticas no cotidiano.

Entendemos que é fundamental colocar em análise, de modo coletivo e contínuo, o modo que determinada política é produzida e operada a partir das diferentes movências (apostas e disputas) daqueles e daquelas que constituem o cuidado no cotidiano do serviço e em espaços que o extrapolam, para além do que traz a *letra da lei* (MENDES; PASQUIM, 2015). As políticas e o cuidado são vivos e vivem a partir dos movimentos que operamos! As forças do Instituinte...

Propondo esse deslocamento, queremos apontar – e não responder, cabe destacar – outros caminhos para a atuação do profissional de Educação Física a partir da conexão entre as práticas corporais como práticas de cuidado (CARVALHO, 2006; 2007; 2010) e as tecnologias leves (MERHY, 2002; 2013; MERHY; FEUERWERKER, 2016) no sentido de seguirmos tecendo linhas de fuga do instituído por aquilo que é vivido e a partir do *sensível* e em ato.

Nesse sentido, o Outro/Outra/Outrx sempre importa. Como o Outro é concebido, como suas existências são concebidas e quais lugares elas/eles ocupam no território do cuidado é fundamental na constituição desse processo. O cuidado está diretamente determinado pelas respostas a essas questões. A perspectiva teórico-metodológica, o modo de operar as relações, inclusive as relações com o serviço e com as políticas, e as maneiras de resistir ao instituído nos faz pensar. Nessa direção, modos de existir e resistir com o cuidado nos interessam.

A problematização que partilharemos a partir do texto “Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde” (MERHY *et al.*, 2019), é parte das discussões produzidas pelos encontros de uma multidão de existências (que também são/estão docentes, pesquisadores, trabalhadores da saúde, produtores de políticas, produtores-defensores do SUS) com várias outras multidões de existências. Essas discussões têm resultado em um conjunto de pensamentos-ações-invenções éticas-estéticas-políticas que tensionam, nos âmbitos dos serviços de saúde e do viver, as linhas capitalísticas que nos atravessam e nos compõem. Assim, ofertamos essa problematização inspiradas nos encontros que temos constituído também com esses intercessores em nossas caminhadas de pesquisa e de vida.

As “Forças-valor”: trabalho, cuidado, encontros e relações...

Força-valor trabalho

As práticas de saúde configuram atos produtivos. Elas são *trabalho* à medida que buscam alterar um estado de coisas identificado como problema ou como potencial problema de saúde – um produto de disputas em um campo de forças constituído pela ciência, pelos modos de produção econômica e da vida e pelos sentidos da vida que variam historicamente. Isso significa que o trabalho em saúde é tensionado pelas “necessidades sociais” que, por sua vez, sofrem interferências da estrutura produtiva da sociedade e dos desejos e demandas de seus usuários diretos. Um outro aspecto desse plano analítico é que nos serviços, os atos de produção e consumo da saúde ocorrem a partir da singularidade do produto oferecido que, por sua vez, varia a depender da relação estabelecida entre trabalhadores e usuários, justamente porque as duas partes se afetam e se modificam mutuamente.

Assim, é fundamental considerar que o trabalho em saúde acontece com base em uma relação de *interseção* e em ato: o trabalho será mais *vivo* e produzirá mais respostas que façam sentido para os trabalhadores e usuários quanto mais os atos em saúde forem afetados pela singularidade do encontro. E o inverso disso também é verdadeiro: quanto mais os atos de saúde estiverem orientados por definições *a priori* (qual o saber é considerado válido, quem é o usuário, quais os seus problemas e como devem ser entendidos e enfrentados) e menos afetados pela singularidade dos encontros, maior será o predomínio do *trabalho morto*.

Nessa perspectiva, o trabalho em saúde é conformado a partir de *tecnologias materiais e imateriais* indispensáveis aos atos produzidos (GONÇALVES, 1994). No campo das tecnologias materiais, as *duras*, estão as ferramentas e instrumentos produzidos para serem usados de modo determinado em dadas situações como os equipamentos e o instrumentos.

Já as tecnologias imateriais são divididas em *leve-duras* que correspondem aos saberes estruturados das profissões da saúde (o que as faz, em parte, *duras* por terem sido produzidas e disponibilizadas a

priori e, em parte, leves por poderem ser usadas de modo singular a depender da situação e do encontro) e as *leves* que correspondem ao que é utilizado para favorecer o encontro, a exemplo da escuta, do reconhecimento do outro e dos conhecimentos produzidos a partir da experiência e dos agenciados pelo encontro (MERHY, 1997).

A questão é, a depender do tipo de tecnologia que orienta o encontro, os arranjos de trabalho produzidos definirá o potencial cuidador, a porosidade para o encontro, a troca e a construção de sentidos *comuns*. Analisando as linhas que compõem a força-valor trabalho, outro aspecto fundamental a ser considerado é o reconhecimento da legitimidade dos saberes, dos valores e dos desejos que movimentam os diferentes tipos de trabalhadores de saúde e os usuários, pois, do contrário, apenas alguns terão voz nas relações produzidas.

Olhar para esses aspectos traz para a cena a necessidade de compreender o trabalho como uma *micropolítica*, um campo relacional parcialmente incontrolável, no qual os encontros são carregados de expectativas, *a priori*, e de interferências mútuas, que conferem um caráter de imprevisibilidade ao produto do trabalho em saúde que se dá *em ato*.

Nesse contexto, há duas importantes forças-valores trabalho a serem consideradas. A primeira aposta no controle do trabalho vivo pelo desenvolvimento de dispositivos de controle e de padronização do trabalho segundo critérios definidos *a priori* pela valorização de determinados saberes que define e fixa lugares e papéis e pelo entendimento de que as normas e prescrições são suficientes para a produção das respostas e condutas. Isso ajuda a entender que o gerencialismo predominante nas apostas da gestão em saúde é tributário dessa força-valor trabalho a partir da qual trabalhadores e usuários aparecem tensos e insatisfeitos, esmagados e desobedientes, aprisionados e ameaçados.

Uma outra força-valor trabalho pode ser localizada como aquela que reconhece que *todos governam o trabalho em saúde* em alguma medida, apesar das relações de poder, considerando que todos interferem nos encontros com suas apostas ao criarem e disputarem valores e práticas de saúde. Aqui, visibiliza-se o sentido de criar espaços de conversa e escuta e coloca-se o trabalho em análise para recolher os efeitos produzidos sobre os envolvidos no processo, visando tensionar os *a priori* e produzir aberturas para os desafios que as singularidades impõem aos atos em saúde, uma vez que, para o trabalho em saúde favorecer a pro-

dução do cuidado, é imprescindível que ele seja construído de modo coletivo e compartilhado e em permanente análise. É, portanto, nesse âmbito que a gestão micropolítica do trabalho e do cuidado em saúde se inscreve como constitutiva da força-valor trabalho.

Força-valor território

Território é um conceito polissêmico utilizado e desenvolvido em diversos campos de saberes e práticas, inclusive na saúde coletiva brasileira, com múltiplas dimensões e sentidos. Analisando a Rede Básica, essa polissemia fica evidente especialmente se consideradas as diferentes experimentações produzidas nesse âmbito da atenção que incluem, por exemplo, as disputas entre a tentativa de impor uma ideia de território como mapas dos lugares com definições sobre como distintos coletivos devem ser tratados e sobre o modo como os usuários e movimentos se posicionam tendo em vista que território corresponde aos seus processos singulares de viver suas vidas como Redes Vivas Existenciais. Isso significa que o território não se reduz à sua dimensão material, pois ele é um campo de forças no âmbito de uma rede de relações. Assim, o território, que é construído historicamente, remete a diferentes contextos, intensividades e escalas que o inclui como produção de si (territórios existenciais) e como os lugares de produção da vida (a casa, a rua, o trabalho, o bairro, a cidade, a região, a nação, o planeta).

É, pois, partindo de um entendimento do território como campo de tensões que atravessa as práticas de saúde na Rede Básica, pensada como possibilidade de cuidado territorializado, que são realizadas as análises sobre as forças-valor que compõem esse lugar polissêmico. Há uma força-valor território que mobiliza as equipes a mapear o espaço geográfico e social dos grupos como se fossem lugares “físicos” que podem ser plenamente identificados *a priori* pelo uso de um conhecimento produzido de forma unilateral e ainda de ferramentas usadas para o planejamento de ações de saúde programáticas que supostamente possibilitariam reconhecer onde e como vive o outro, sem que ele seja parte do processo.

Esta é uma força agenciadora de subjetivações que autoriza o agir programático sobre a população adscrita e que se mostra limitada para a produção do cuidado em saúde quando consideramos que os territórios

cobertos pela Rede Básica, sobretudo na Estratégia Saúde da Família (ESF), são marcados pela vulnerabilidade social (pobreza, infraestrutura precária, acesso limitado a distintos bens e serviços), a partir da qual as existências que habitam um território são produzidas como “carentes”, “portadores de necessidades”, desprovidas de potência.

Um outro agenciamento produzido por essa força-valor, é o medo e o preconceito que também são vividos e construídos por trabalhadores da saúde à medida que esses permanecem distanciados em seus cotidianos (gradeados e militarizados) das vidas que habitam tais territórios, temendo-as e responsabilizando-as pela violência urbana.

Há ainda outro agenciamento produzido pela força-valor território ao operar na direção de um “conhecer sobre” para a disciplinarizar e controlar comportamentos e modos de viver (FOUCAULT, 2005), agravado pelas metas gerencialistas de intervenção sobre a população adscrita, visibilizada pelo uso inadequado de mapas de risco ambiental (aterro sanitário, áreas sujeitas a deslizamento ou inundação, fonte de poluentes). Mesmo sem desejar, constrangimentos, culpa e preconceitos são produzidos em relação aos que habitam essas áreas por não terem outras possibilidades.

Nessa direção, é possível identificar uma marca da ESF construída prioritariamente a partir do campo da vigilância à saúde que produziu, de um lado, uma vigilância direta sobre as casas e, de outro, uma ação no território voltada ao ambiente (FRANCO; MERHY, 2007), sem que tenha havido um reconhecimento de que os modos de viver nesses territórios produziam sofrimentos, mas também potências e formas próprias de relações a serem trabalhadas em sua singularidade pelas práticas de saúde e que as “ações coletivas” de educação e orientação não conseguem contemplar.

Os autores analisam que essas forças-valores território têm sido amplamente vencedoras no tensionamento com outra força-valor território a partir da qual são reconhecidos os modos de viver da multiplicidade de coletivos que se constituem de forma singular em territórios existenciais, na condição de portadores de saberes, desejos e de estratégias para viver (e não somente sobreviver), mesmo com um conjunto de dificuldades e restrições a que são submetidos. Os autores chamam atenção para o fato de que um olhar sob essa perspectiva abre possibilidades para o encontro com as discussões produzidas por pensadores

como Milton Santos (1998) e Félix Guattari e Suely Rolnik (2005) sobre os processos de territorialização e desterritorialização que se inscrevem na produção dos territórios do viver e por Michel Foucault (2005), sobre o âmbito da *política das existências* com o viver concebido como obra de arte, criação e invenção de si e dos outros para si no campo das relações micropolíticas. Lugares esses que são, ao mesmo tempo, de enfrentamentos de múltiplas forças saberes-poderes-devires, de invenção de modos de viver que potencializem mais viveres e de uma guerra por territórios enquanto *devires-vidas*.

Força-valor governo de si e do outro

Analisar a força-valor governo de si e do outro implica pensar que a saúde é um campo de práticas e de saberes que, ao longo da história, vem se constituindo de modos distintos em cada país como parte de um conjunto de dispositivos voltados à disciplinarização dos corpos e à regulamentação da vida (FOUCAULT, 2005). Uma vez que tal noção passa a ser um assunto de política pela necessidade de disciplinarizar corpos e lidar com a ocupação das cidades, se produziu um conjunto de valores relativos à higiene, ao trabalho e à família.

Nesse sentido, ao tempo em que o Estado “cuida” da saúde segundo certos interesses, a população e os trabalhadores passam a produzir tensionamentos sobre os limites e sentidos desse cuidado. Falar de saúde é estar no campo de forças do governo da vida dos outros e do governo de si (FOUCAULT, 2010) que, por sua vez, é constituído por uma tensão que extrapola o campo formal do governo e da gestão.

Aproximando o olhar para a Rede Básica, na condição de produtora de um cuidado territorializado e mais próximo de onde a vida é produzida, essas questões se colocam intensivamente, pois os movimentos produzidos podem, ao mesmo tempo, cuidar melhor e/ou melhor controlar considerando que há forças e tensões permanentes na disputa pela hegemonia dos projetos, da autonomia e do controle, justamente porque todos – gestores, trabalhadores e usuários – governam no complexo e multifacetado mundo do cuidado (MERHY; FEUERWERKER, 2016).

Isso significa considerar que tais forças em permanente tensão operam capturando ou agenciando o cuidado com os envolvidos nesse processo, disputando como as práticas de saúde devem ser realizadas

em distintas circunstâncias. É nesse contexto que a Rede Básica pode atuar mais no sentido de um dispositivo disciplinarizador em vez de um dispositivo que oferte possibilidades para os usuários viverem suas vidas, incluindo seus problemas de saúde com potência ampliada.

A questão é que as forças biopolítica e biopoder atravessam permanentemente os arranjos e os modos de produzir cuidado nos serviços de saúde considerando que, no campo da biopolítica, o corpo biológico é um poderoso ponto de governo dos outros por meio da regulamentação da vida (MERHY; FEUERWERKER, 2016) e, no campo do biopoder, um certo *saber-fazer* dos trabalhadores da saúde agencia modos de operar na direção da dominação sobre a vida do outro a partir da prescrição de modos de viver e da produção de valores sobre a reorientação de hábitos e de comportamentos.

É, portanto, nesse processo de governar que trabalhadores orientam suas práticas privilegiando o corpo biológico e suas “anormalidades”, pois, na definição das práticas de saúde e dos projetos terapêuticos, o diagnóstico clínico e a busca do “normal” são fortemente preconizados para os diferentes grupos populacionais (MERHY, 2015), tanto no que se refere aos mecanismos de cura para o corpo doente quanto para os tratamentos para o corpo saudável não adoecer (MERHY, 2009).

Disso, pode-se identificar uma força disciplinadora atuante nos serviços de saúde e na sociedade que é empoderada pela saúde pública, categorizando as multidões, buscando intensamente gerir a vida dos outros, agindo sobre seus corpos e seus modos de viver. Essa força busca produzir agenciamentos nos gestores, trabalhadores e usuários visando a incorporação de medicamentos, equipamentos e comportamentos que prometem curar ou evitar que uma doença acometa os corpos biológicos dos indivíduos e coletividades (MERHY, 2009) a partir do uso de protocolos, prescrições e procedimentos concebidos com base nos mais recentes avanços científicos e tecnológicos.

Tal componente disciplinarizador é potencializado na Rede Básica, considerando a predominância de usuários socialmente vulneráveis que frequentemente são concebidos como indivíduos ou coletivos com pouco ou nenhum poder de vocalização sobre seus desejos e projetos de cuidado, bem como máquinas desejanter equivocadas ou ainda nem reconhecidos como desejanter.

Dada a pouca escuta e sensibilidade às demandas de tais viventes, há um predomínio das forças operadas para o controle sobre os modos de andar a vida e sobre as escolhas dos projetos de cuidado, levando à captura do trabalho vivo e à diminuição da porosidade para os encontros dos envolvidos nas práticas de saúde. Desse modo, a porosidade das equipes vai sendo tragada por ofertas de “cuidado” definidas *a priori*, segundo as agendas programadas definidas pela política, gestores ou pela própria equipe e ainda por protocolos e metas a partir dos quais não há espaço para os desejos e questões trazidas pelos usuários que não sejam consideradas “prioridades” para o serviço.

Esse movimento, frequentemente, leva os usuários a dois caminhos: “encaixar-se” no “cardápio” proposto ou exercer a força-valor governo de si e do outro a partir de seus processos de agenciamento, assumindo o seu cuidado com base em estratégias próprias para atender suas questões e para fazer uso das ofertas do sistema. Ou seja, os usuários criam/acionam *Redes Vivas Existenciais* (MERHY *et al.*, 2014) possíveis para que os ajudem no processo de cuidar de si e dos seus e na disputa dos projetos terapêuticos como possibilidade de construir adaptações às prescrições realizadas; desprezar o que não faz sentido neste processo; e de incorporar ações possíveis de serem operadas porque se conectam com suas existências.

Nesse campo de disputas, um aspecto fundamental a ser analisado pelas equipes é que a experiência de viver e o adoecimento são singulares ainda que o “diagnóstico clínico” seja o mesmo. Isso se dá porque a experiência é constituída por marcas, histórias e contextos que interferem nos modos de conduzir a existência, o que tende a ser desconsiderado por muitas equipes ao operarem um modelo autoritário de atenção prescritivo, previsível e normativo que tende a não admitir diferentes possibilidades de cuidado cujos sentidos das ações são produzidos no encontro.

Considerando as análises sobre a força-valor governo de si e governo do outro permanentemente atravessada por forças outras em tensão no mundo da vida e do cuidado, com disputas entre quem cuida e quem é cuidado e sem definições prévias, há que ser reconhecida que esta é uma força-valor *em acontecimento*.

Força-valor clínica-cuidado

A força clínica-cuidado se inscreve como um campo muito importante na Rede Básica por estare relacionada ao reconhecimento de um conjunto de saberes como legítimos ou não e com a possibilidade ou não de construção compartilhada de um projeto terapêutico na perspectiva de que este tenha um sentido para o usuário e contribua para o enriquecimento de seu viver, apesar dos problemas e sofrimentos a serem enfrentados.

Pensando sobre os saberes mobilizados por essas forças na relação entre trabalhadores e usuários, diferentes são os efeitos a serem postos em análises. Considerando que na clínica das várias profissões, o saber técnico hegemônico se impõe de modo fragmentado com pretensão de verdade e ao tomar o corpo como uma máquina biológica deslocada das intensidades do viver, visibiliza-se que a força-valor clínica é alimentada por um vasto campo de forças (do mercado, das indústrias de equipamentos, de remédios, de aparatos tecnológicos) que contribui tanto para sua legitimação quanto para a construção de certas verdades sobre os modos de produzir a proteção à saúde e a prevenção de doenças.

É nessa perspectiva que, no plano da conformação dos saberes, percebe-se que a força-valor clínica mobiliza o usuário como *objeto* da ação dos trabalhadores. Já em relação à força-valor cuidado, o saber produzido é subjetivante e singular, um *saber do corpo* que está ligado às experimentações da vida em sua multiplicidade a partir de diferentes situações como a possibilidade de reconhecer algo como sofrimento ou prazer e ainda os sentidos de sentir-se bem e mal, com e sem forças no que se refere ao viver.

Na perspectiva dos agenciamentos produzidos pelo saber do corpo, a força-valor cuidado mobiliza o usuário como protagonista na produção de sua existência e, como legítimos, seus modos de sentir e de enfrentar seus sofrimentos, problemas e dificuldades. Além desses aspectos, essa força mobiliza o reconhecimento das intensidades do viver que podem estar atravessadas pela possibilidade de adoecer, de uma doença ou de um sofrimento que não necessariamente possuem *um nome* definido pela ciência.

Assim, é nos encontros movidos por essas duas forças que se instalam as possibilidades de disputas, conflitos e confrontos entre traba-

lhadores e usuários, incluindo a definição/reconhecimento da legitimidade do que é apresentado como problema de saúde e entendido como sofrimento, especialmente se considerado que o olhar cientificamente armado pretende decidir tecnicamente os problemas de saúde legítimos e os modos de enfrentá-los, poucas vezes considerando os problemas referidos pelos usuários, muitas vezes julgados e catalogados como ‘verdadeiros’ ou não, adequados ou não ao tipo de serviço oferecido na atenção básica.

Considerando esses embates na relação entre profissionais de saúde e usuários, há um conjunto de tensões também vivenciadas no interior das equipes: a deslegitimação do saber dos agentes comunitários em relação ao que deve ser considerado problema e aos modos de enfrenta-los, bem como no que se refere às disputas pela hegemonia entre as diferentes profissões da saúde que mantêm relação com ações de desresponsabilização pelos profissionais quanto aos problemas não considerados ‘próprios’ de determinado campo profissional ou pertinentes ao escopo da atenção básica.

É nessa perspectiva que a força-valor clínica opera no sentido de tensionar as relações na equipe e o encontro com os usuários, justamente porque *a clínica* pertence a alguns e porque há uma valorização de algumas clínicas em relação a outras. Assim, chamam atenção os autores que nos diálogos produzidos tendo a clínica como base, mesmo que ela seja ‘ampliada’, apenas alguns tendem a ser incluídos.

Ainda no plano das relações, especialmente no que se refere às diferentes expectativas de profissionais e usuários em relação aos encontros, visibiliza-se que alguns são agenciados mais fortemente pela força-valor clínica ao buscarem que a doença ocupe lugar central na organização da vida do outro com os saberes técnicos determinando o que deve ser realizado. Alguns, porém, ao serem agenciados pela força-valor cuidado, buscam ajuda para continuar a viver do modo mais potente e prazeroso possível, apesar do problema/doença/sofrimento (FEUERWERKER, 2016).

Considerando o plano analítico dos encontros entre profissionais e usuários, abrem-se visibilidades de que *o cuidado pertence a todos*, pois família, amigos, professores também cuidam, e de que a força-valor cuidado, por pertencer ao mundo da experiência, pode favorecer os encontros, a negociação e a articulação com saberes do mundo da vida que

não estão aprisionados pela razão instrumental da clínica. Isso significa que a produção de outras experimentações, intensificadas pelos encontros, pode favorecer aos trabalhadores o exercício de interrogar junto com os usuários a clínica das profissões, tomando os problemas que ‘não encaixam’ ao preconizado em detrimento de rejeitar o que supostamente não pertenceria ao escopo das ocupações ou da Rede Básica.

Assim, as interrogações e modificações produzidas pelo encontro com as singularidades, que também passam por um modo de operar os saberes da clínica de maneira leve, podem contribuir para a invenção de estratégias e manejos pela composição dos saberes dos envolvidos nesse processo, bem como podem produzir interferências decisivas para o bem-estar e o cuidado dos usuários.

A questão é que a tensão entre as forças-valores clínica e cuidado produz efeitos diversos a depender do predomínio de uma sobre a outra, cabendo à constituição de uma gestão micropolítica do trabalho em saúde um movimento de interrogar o instituído – a força-valor clínica e a centralidade das tecnologias duras e leve-duras na condução do encontro com os usuários – também a partir das próprias experimentações de vida de gestores e trabalhadores e da ampliação da escuta e do encontro com a singularidade da vivência/existência dos usuários. Tensionar o instituído possibilita que a clínica, subsumida ao cuidado, passe a ser um elemento importante na construção compartilhada entre todos de projetos terapêuticos, no sentido de que os encontros intensivos entre profissionais-usuários se tornem relações entre viventes com suas histórias e experiências de vida, produzindo escuta e reconhecimento do outro a partir de arranjos e manejos singulares para a ampliação da potência de vida e o enfrentamento dos problemas vividos pelos usuários, ainda que estes não sejam “resolvidos”.

Os saberes estruturados acerca do corpo podem ser experimentados como oferta e não como imposição ou referência a partir dos efeitos produzidos pelos encontros com a singularidade dos usuários e pela vivência das tecnologias leves na centralidade do cuidado.

Força-valor trabalho em equipe

A Rede Básica é um espaço conformado por uma diversidade de profissionais que apostam no movimento da Reforma Sanitária Brasi-

leira e no SUS em contraposição ao modelo hegemônico, e que consideram como fundamental contar com equipes multiprofissionais operando a saúde de modo ampliado e no território. E, mesmo com equipe mínima no processo de expansão da ESF, nossa Rede Básica já possuía uma equipe com maior diversidade de profissionais quando consideradas as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) de outros países. Diversidade que constituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família na modalidade de matriciamento, que também foi produzido ao redor do país por profissionais da saúde mental e outros especialistas.

Contudo, quando o tema é trabalho em equipe, há que ser considerado que “equipe”, tal como “rede”, é uma construção que implica enfrentar diferenças, relações de poder e produção de um comum (FEUERWERKER, 2016). Isso significa considerar que, para produzir trabalho em equipe, não é suficiente somente reunir uma diversidade de trabalhadores em um espaço, definir tarefas que se entrecruzam e/ou definir normativamente que se deve trabalhar em equipe, inclusive com tempo estabelecido para reuniões. Há uma força-valor agenciadora de encontros no plano formal e da hierarquia que possui baixa potência para superar tensões e diferenças e que leva à produção de conflitos e burocratização.

Outra força-valor está relacionada ao agenciamento de diálogo entre os núcleos partindo de uma certa lógica de matriciamento que tende a tomar os usuários como objeto e a excluí-los dos projetos terapêuticos, considerando o predomínio da força-valor clínica, pois, mesmo com as disputas produzidas entre as profissões, o saber técnico segue fortemente centrado no corpo biológico e com o potencial cuidador de cada área empobrecido. Assim, essa segunda força tende a produzir relações de transmissão de conhecimentos técnicos em vez de cooperação cujos profissionais seguem fabricando e alargando novas incompetências e desautorizações sobre o cuidado (SILVA; MOEBUS; FERREIRA, 2016), instaurando um campo em que a força de ações voltadas para o cuidado é obstruída pela força do núcleo profissional.

Outra força-valor trabalho em equipe atua no sentido de reconhecer que todos governam, ao tensionar os núcleos de saber de cada profissão buscando deslocar para o centro do processo a singularidade das situações vividas pelos usuários em direção à conformação *um comum*. Essa força-valor depende da força-valor cuidado e da força-va-

lor trabalho e favorece a invenção de novas respostas, tendo em vista a abertura para os desafios impostos à composição do agir tecnológico das profissões pelo encontro com as questões que compõem o viver dos usuários.

Nessa perspectiva, essa força-valor produz outro plano de tensão que está relacionado ao reconhecimento de que todos governam e que a dinâmica do trabalho em saúde precisa ser feita de modo compartilhado, o que não acontece espontaneamente, sobretudo se consideradas as relações de poder e disputas de projeto que tendem à produção de fragmentação e desresponsabilização no processo de trabalho.

É nesse contexto que a educação permanente em saúde, ao abrir espaço para reflexões e trocas, se torna fundamental para a construção de outros agenciamentos no que se refere à dinâmica do trabalho, uma vez que todos constituem aprendizagens pela experiência e que este é um processo a ser feito coletivamente de modo a enriquecer as possibilidades de colocar o trabalho produzido e seus efeitos em análise e de trazer a complexidade das vidas para a cena.

Considerando as análises produzidas sobre as forças-valores, os autores destacam que as políticas nacionais de atenção básica e de educação na saúde não privilegiam o trabalho vivo de interrogação e reflexão por estarem centradas na atualização do saber técnico, cabendo aos gestores, trabalhadores e usuários dos espaços locais/municipais a produção desse tipo de movimentos. A gestão micropolítica do cuidado abre espaços para a potência e exige muito trabalho por produzir desafios e nos colocar diante das incertezas. Desse modo, posicionar-se diante desses desafios é um movimento que cabe a todos nós, a fim de provocarmos reflexões e interrogações sobre como produzimos cuidado em saúde potencializado pela micropolítica dos encontros.

Propondo outras composições... cuidados e políticas...

Há relação viva entre macro e micropolítica (CARVALHO; FERREIRA NETO, 2016). Nesse sentido, precisamos explorar os modos como as políticas são fabricadas e como lidamos com suas decorrências, seus efeitos de seus atravessamentos na dimensão micro da produção do cuidado. É necessário ressignificarmos o modo como acolhemos as interferências das políticas em nosso cotidiano, para que possamos nos

posicionar de forma mais ativa nos diferentes espaços do SUS para além da reprodução das normas.

A vertente denominada *BioEducação Física*³⁴ está situada no âmbito macropolítico, das ações de promoção e prevenção, demarcando a atuação do profissional específico na formulação e implementação de programas. Dada a ênfase no aspecto biológico (combate ao sedentarismo e fatores de risco), prescinde do reconhecimento dos modos de viver das pessoas e da produção de intervenções orientadas para uma compreensão menos superficial do processo saúde-doença-cuidado.

A complexidade da vida, para além dessas definições atestadas a partir de um único elemento – o diagnóstico –, é desconsiderada, haja vista o respaldo dos números que informam os níveis de adesão e não adesão aos programas de atividade física. Diante dos números, é como se não houvesse mais nada! Diante das evidências, os protocolos já estão definidos e à disposição para serem operados desde a comunicação até as práticas propriamente ditas. A noção *BioEducação Física* evidencia a atividade física como bem de consumo (CARVALHO, 1995; 2001).

Analisando a promoção da saúde a partir de aproximações da perspectiva genealógica³⁵ e tendo como intercessores Foucault, Nietzsche, Deleuze e Guattari, identifica-se uma importante linha de força nessa política, a da determinação do social no processo saúde-doença que, no contexto da plataforma biopolítica, incita a responsabilização individual pela saúde como parte de estratégias voltadas ao governo das populações. E, nesse campo de forças de controle da vida individual e coletiva, visibiliza-se a potencialização de outras duas: a médico-hegemônica e a do mercado, que permanentemente engendram modos de significar o corpo, o cuidado, o trabalho e a saúde. Assim, são produzidos valores, concepções e processos de subjetivação sobre modos de

34 Escrevemos a respeito da bioeducação física nas publicações MENDES; CARVALHO, 2015; MENDES; CARVALHO, 2016; MENDES; CARVALHO, 2016.

35 Nos últimos anos, os pesquisadores dos Observatórios de Política e Educação em Saúde, incluindo alguns integrantes do grupo Micropolítica e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP que é coordenado pela profa. dra. Laura Camargo Macruz Feuerwerker, têm se dedicado à exploração dos seguintes planos analíticos relacionados à produção de políticas: a genealogia e a análise da Política como dispositivo. No primeiro plano, os pesquisadores partem do pressuposto de que essas análises permitem o entendimento de que não há linearidade na elaboração dos problemas e dos conceitos para seu enfrentamento, sendo necessário conhecer as forças, as apostas, os sentidos e os valores a eles relacionados em diferentes momentos, visando à invenção de ações que enfrentem o instituído. Sobre o segundo plano analítico, partem do entendimento de que os atores relacionados à elaboração de uma Política fabricam, micropoliticamente, no cotidiano, distintas e imprevisíveis movimentações, independentemente do texto da Política, ainda que este fabrique intensos processos de subjetivação.

estar no mundo “válidos” (GERMANO; MENDES; FEUERWERKER, 2020).

Análises e vivências no âmbito do SUS mostram que forças biopolíticas e de mercado atravessaram e capturaram, de modo importante, nosso sistema de saúde, especialmente considerando que não foram produzidas disputas sobre maneiras de construir o SUS na medida em que seus construtores, de modo geral, foram reduzidos à condição de executores e consumidores de procedimentos.

Foi, portanto, nesse campo de forças que a ESF foi sendo construída como um dispositivo fortemente disciplinar valendo-se de mecanismos de *poder-saber* para controle e vigilância de determinada territorialidade que tem produzido limitadas conversações com *o vivido*. Apesar do SUS ter apostado em formulações que defendiam mudanças na assistência, tais ações têm sido fortemente atravessadas pelo modelo médico-hegemônico servindo como um dispositivo “operador” da governamentalidade neoliberal (GERMANO; MENDES; FEUERWERKER, 2020).

Assim, a potência de considerar os modos singulares, como as existências, produzem o viver foi sendo capturado por uma perspectiva orientada, majoritariamente, pelo campo de saber epidemiológico. Isso não vem favorecendo a produção e o acesso às ações em rede justamente pela construção de um modo de conceber e de estar nos territórios que se destina à redução e/ou eliminação de fatores de risco, aproximando a promoção da saúde de um conjunto de ações normalizadores avalizadas pelo saber científico (GERMANO; MENDES; FEUERWERKER, 2020).

Apesar da forte atuação de um conjunto de forças, a promoção da saúde como o “carro-chefe” da ESF pode ser construída em diferentes direções justamente porque a política é produzida no cotidiano dos encontros. A questão é que a promoção de saúde não tem uma definição universal, podendo ser visibilizada como campo de práticas, saberes e poderes ancorados em discursividades regulamentadoras e disciplinares e como um campo mais emancipatório com ações mais participativas. Ou seja, podem ser produzidas práticas com forte componente normalizador e de autorresponsabilidade, valendo-se da educação como estratégia para que famílias e populações alcancem a “saúde positiva” a partir de convites para se viver mais com menos peso financeiro na assistência às custas de um esforço individual. E podem ainda serem construídas

práticas que concebem a promoção de saúde segundo uma valorização do saber popular e da singularidade dos modos de viver, o que, de modo geral, não ganha corpo, considerando que a retórica da promoção da saúde está orientada para a “saúde positiva” segundo indicadores que “atestam” a qualidade da assistência e das ações ao serem ativados pelas forças de mercado (GERMANO; MENDES; FEUERWERKER, 2020).

É nessa perspectiva que a ESF, diferentemente do hospital, tem majoritariamente se voltado ao governo da vida à céu aberto, salvo, quando opera capturas sobre as possibilidades de expansão das existências pela vigilância e controle na atenção domiciliar. Assim, é possível visibilizar que a ESF tem privilegiado práticas fundamentadas no discurso da qualidade de vida, contribuindo para que os vínculos entre trabalhadores e usuários atuem como mecanismos de controle em detrimento de um dispositivo para a ampliação da potência do outro no âmbito de forças como as do mercado, das políticas regulatórias, da intersetorialidade e do modelo médico-hegemônico (GERMANO; MENDES; FEUERWERKER, 2020).

Aproximando dos modos como os profissionais de Educação Física têm estado nos serviços com as apostas que têm privilegiado nos encontros com outros trabalhadores e com os usuários, fica evidente a necessidade de propor e sustentar práticas que sejam produtoras de boas relações, que promovam, agenciem e produzam encontros que valorizem a singularidades dos modos de viver, suas questões e necessidades, no plano das relações individuais e coletivas (CARVALHO; CARVALHO, 2020; CARVALHO; MENDES, 2019).

Referências

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.51-67.

CARVALHO, F. F. B.; CARVALHO, Y. M. Outros... lugares e modos de ‘ocupação’ da Educação Física na Saúde Coletiva/Saúde Pública. **Pensar a Prática** (on-line), Goiania, v. 21, p. 957-967, dez. 2018.

CARVALHO, Y. M. Educação Física e Saúde Coletiva: uma introdução. In: LUZ, Madel T. (org.). **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**:

estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. v. 1, p. 19-34.

CARVALHO, Y. M.; FERREIRA NETO, J. L.. Atividade física e práticas corporais: uma perspectiva micropolítica. In: KASTRUP, Virgínia; MACHADO, Adriana Marcondes. (org.). **Movimentos micropolíticos em saúde, formação e reabilitação**. 1. ed. Curitiba: CRV, 2016. v. 1, p. 41-63.

CARVALHO, Y. M.; FREITAS, F. F. Atividade física, saúde e comunidade. **Cadernos Saúde Coletiva (UFRJ)**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 489-505, jul./set. 2006

CARVALHO, Y. M. Educação física e filosofia. In: CARVALHO, Y. M.; RUBIO, K. (org.). **Educação física e ciências humanas**. São Paulo: Hucitec, 2001. p.89-101.

CARVALHO, Y. M. **Práticas corporais como práticas de saúde e de cuidado no contexto da promoção da saúde**. Tese (Livre docência) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

CARVALHO, Y. M. Práticas corporais e comunidade: um projeto de educação física no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. **Educação física e saúde coletiva**: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: UFRGS, 2007b. p.63-73.

CARVALHO, Y. M. Promoção da Saúde, práticas corporais e atenção básica. **Revista Saúde Família**, Brasília, v.2, n.7, p.33-45, jun. 2006.

CARVALHO, Y. M.; MENDES, V. M. **Corpo & cuidado**: as práticas corporais como práticas de cuidado. São Paulo: Hucitec, 2019.

FEUERWERKER, L. M. C. Cuidar em saúde. In: FEUERWERKER, L. M. C.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**. Surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 2. p. 35-47.

FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v.2.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes,

2005.

FOUCAULT, M. **O governo de si e dos outros**: curso no College de France (1982-1983). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M.; RIMOLI, J. *et al.* (org.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

FREITAS, F.F. **A educação física no serviço público de saúde**. São Paulo: Hucitec 2007

GERMANO, J. M.; MENDES, V. M.; FEUERWERKER, L. C. M. Política de promoção à saúde: uma aproximação genealógica. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 14., 2020, Niterói. **Anais...** Niterói: Rede Unida, 2020.

GONÇALVES R. B. M. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 7. ed. Petrópolis: Vozes; 2005.

KRENAK, A. Saúde! Um negócio de outro mundo. In: MERHY, E. E.; MOEBUS, R. L. N. (org.). **Re-existir na diferença**. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. *No prelo*.

MENDES, V. M.; CARVALHO, Y. M. **Práticas Corporais & Clínica Ampliada**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2016a. v. 1.

MENDES, V. M.; CARVALHO, Y. M. Práticas corporais (como praticas de cuidado) e alimentação: o encontro entre Educação Física e Nutrição no Centro de Saúde Escola Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública da USP. In: CERVATO-MANCUSO, A. M.; ANDRADE S. C.; VIEIRA, V. L. (org.). **Alimentação e Nutrição para o cuidado Multiprofissional**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2020. *No prelo*.

MENDES, V. M.; CARVALHO, Y. M. Práticas corporais e clínica ampliada: experimentando tessituras para a composição de outros modos de cuidado. In: WACHS, F.; ALMEIDA, U. R.; BRANDÃO, F. F. F. (org.). **Educação Física e Saúde Coletiva**: cenários, experiências e artefatos culturais. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016b.

MENDES, V. M.; CARVALHO, Y. M. Sem começo e sem fim ... com as práticas corporais e a Clínica Ampliada. **Interface**, Botucatu, v. 19, p. 603-613, set. 2015.

MENDES, V. M.; CARVALHO, Y. M.; BRANDÃO, F. F. F. Nós, com os outros e o sus: uma perspectiva micropolítica do cuidado para além da atenção básica. In: WACHS, F.; ALMEIDA, U. R.; BRANDÃO, F. F. F. (org.). **Educação Física e Saúde Coletiva**: cenários, experiências e artefactos culturais. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

MENDES, V. M.; PASQUIM, H. M. Pensando o cuidado na atenção básica: o lugar da experiência com as práticas corporais. In: KOOPMANS, F. F.; ESPÍRITO-SANTO, G. M. (org.). **Saúde da família**: experiências e diversidade no território. Rio de Janeiro: UNISUAM, 2015. v. 1.

MERHY, E. E. Multidão: esfinge da saúde pública, lugar de inflexão, ideias do bem comum. **Saude soc** [internet], São Paulo, 24, supl. 1, p. 44-54, abr./jun. 2015.

MERHY E. E. Ver a si no ato de cuidar. In: CAPOZZOLO, A. A.; CA-SETTO, S. J.; HENZ, A. O. (org.). **Clínica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 248-267

MERHY E. E.; FEUERWERKER, L. M. C. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (org.). **Avaliação compartilhada de saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. v. 2, p. 31-42.

MERHY E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K. T.; FRANCO, T. B. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulg. saúde debate** [internet], Rio de Janeiro, v. 52, p. 4-7, 2014.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: SANTOS, M. **Território, Globalização e Fragmentação**. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

MERHY, E. E. A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias: em foco a disciplinarização e a sociedade de controle. **Lugar Comum Estud Mídia Cult Democr.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 27, p. 283-308, jul./set. 2009.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; BADUY, R. S.; SEIXAS, C. T.; ALMEIDA, D. E. S.; SLOMP JÚNIOR. H. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes / organização** 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v.1.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; SANTOS, M. L. M.; BERTUSSI, D. C.; BADUY, R. S. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em debate**: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro, v.43, n. esp. 6, p. 70-83, 2019.

MERHY, E. E. *et al.* **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o Sus no cotidiano. O debate no campo da saúde coletiva**. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 55-124.

MOEBUS, R. L. N.; MERHY, E. D. Genealogia da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 145-152, out. 2017. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/887>.

SANTOS, M. **Território, Globalização e Fragmentação**. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 1998.

SILVA, K. L.; MOEBUS, R. L. N.; FERREIRA, V. L. Sobre e sob o território: entre a delimitação e a desterritorialização na produção do cuidado. In: MERHY, E. E.; BADUY, R. S.; SEIXAS, C. T. et al. (Orgs.). **Avaliação compartilhada do cuidado em Saúde**. Surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. v. 1, p. 91-95.

Pró ensino e pet-saúde: *gestos de formação*

Yara M Carvalho
Alessandro Prado

Gestos

“A responsabilidade de ter olhos quando os outros os perderam”
(SARAMAGO, 1995)

Gestos transformaram-se em acontecimentos no correr da experiência que se iniciou no ano de 2009, quando Alessandro ingressou no curso de graduação em Educação Física na Universidade de São Paulo e concluiu em 2012. Foi precisamente em 2010, no segundo ano de graduação que ele iniciou sua participação no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) da Universidade de São Paulo (USP), Campus-Capital (PET-Saúde USP-Capital), o primeiro grupo da Educação Física da USP no Programa. Foi via PET-Saúde que ele, efetivamente, conheceu e vivenciou a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Suas experiências de formação em saúde, portanto, dizem do impacto de uma iniciativa de integração ensino-serviço na atenção básica/atenção primária em saúde. Todavia, as experiências, por si só, não foram suficientes para trazer luz aos *gestos* produzidos. Foi necessário pensar a respeito delas e também com elas. E, diante desse desafio, Alessandro desenvolveu um processo de *entendimento* para dar forma e conteúdo àquilo que, até então, estava invisível e indizível.

Foi no âmbito do mestrado profissional³⁶, que elaboramos um ensaio nominando *gestos* os movimentos de Alessandro e de um grupo de estudantes de graduação que aconteceram na mesma versão do Pro-

36 Trabalho desenvolvido no Programa de Mestrado Profissional Interunidades Formação Interdisciplinar em Saúde, da Universidade de São Paulo.

grama, em parceria com o Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, entre os anos de 2010 e 2012.

Do ponto de vista metodológico, buscamos inspiração na arte literária e no processo lógico de argumentação, a forma que encontramos de perceber e dar a ver *gestos* de formação. Trabalhamos com duas vertentes: de um lado, com a obra *Ensaio sobre a cegueira* de José Saramago (1995), com intuito de problematizar e descrever as experiências dos estudantes e de, ao mesmo tempo, instigar reflexões para o (a) leitor (a). Trechos da obra foram usados como dispositivos de reflexão, um dos exemplos: “A responsabilidade de ter olhos quando os outros os perderam”, é uma frase de Saramago (1995) que nos convoca a nos colocarmos no lugar do Outro e a pensar as relações.

De outro lado, buscamos conceitos de filosofia lógica desenvolvidos por Martinich (1996) a fim de organizarmos as ideias sobre essas mesmas experiências na forma de processo, haja vista a formação no PET ser “estranha”, para estudantes habituados ao modelo escolar, mutante e dinâmica. Além das experiências do autor/pesquisador, como parte dos dados analisados, fabricamos um estudo de caso, agregando diferentes técnicas de coleta de dados e informações com ênfase na roda de conversa com estudantes egressos participantes do Programa com o propósito de trazer diferentes elementos para nos aproximar do que, efetivamente, marcou as diferentes experiências dos estudantes.

Com relação ao processo de argumentação, cabe mencionar que o ponto de partida foi a seguinte afirmação: “as minhas experiências no PET-Saúde são um diferencial na minha formação em Educação Física”. Com base nela e nos trabalhos científicos a respeito da formação em saúde nos quais se destacam as contribuições do PET-Saúde, realizamos a validação do referido argumento trabalhando as seguintes premissas: (1) diversificação do cenário de ensino-aprendizagem; (2) aproximação de estudantes com o ambiente de trabalho; (3) exercício da interprofissionalidade com vistas à integralidade do cuidado; e, (4) abertura para outros modos de pensar o corpo na formação em Educação Física.

O tema formação em saúde, no Brasil, envolve vários protagonistas – Ministério da Saúde, Ministério da Educação, universidades, serviços, profissionais e agentes comunitários de saúde e, sobretudo, usuários do SUS. No nosso caso, Educação Física da USP, atuamos no PET-Saúde de 2010 a 2012 e, depois, no Pró Ensino e no PET-Saúde,

de 2012 a 2014. Nesses períodos, atuamos em diversos cenários de ensino-aprendizagem, especialmente na atenção primária em saúde, com destaque para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), espaços privilegiados para estudantes de todas as áreas de formação em saúde: medicina, odontologia, educação física, enfermagem, psicologia, nutrição, farmácia, fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia³⁷.

Cabe mencionar ainda que, de 2015 a 2018, houve interrupção dos editais e que a retomada do Programa, no ano passado, está bastante reduzida no que se refere ao número de participantes, seja docentes, seja estudantes, seja profissionais vinculados aos serviços, e que também ampliaram o cenário, agora é o Hospital Universitário da USP que sedia a proposta. Portanto, com um desenho muito diferente do que experimentamos.

Políticas de formação

Antes de nos atermos aos *gestos* propriamente ditos, entendemos ser fundamental trazer à memória o contexto político e jurídico que deu sustentação e concretude às ações micropolíticas formativas e de cuidado e atenção à saúde em movimentos coletivos envolvendo estudantes, docentes, profissionais, gestores, agentes comunitários e também usuários do Sistema. E iniciaremos com a constituição do próprio SUS.

A criação e a regulamentação do SUS, no final da década de 1980, mais precisamente em 1988 e início de 1990, mudaram radicalmente a estrutura e a organização dos serviços de saúde no Brasil. A institucionalização dos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, bem como das diretrizes operacionais baseadas na descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular (controle social) reclamou dos profissionais da saúde uma forma de atuar distinta, “calcada na ação intersetorial e no empoderamento (*empowerment*) da população” (HADDAD *et al.*, 2010, p. 386).

A consolidação desses princípios significou uma mudança no processo de formação dos profissionais, sobretudo no que se refere aos

³⁷ Partindo do edital lançado em 2008 pelo Ministério da Saúde, foi em 2009 que aconteceu a primeira edição do Programa na USP-Capital. Mesmo que, em princípio, tenha contado apenas com seis áreas da saúde, a partir dessa primeira experiência foi possível incluir os demais cursos nos posteriores editais de PET-Saúde.

cenários, dinâmicas e conteúdos da formação. Até então, o SUS era pouco visível, menos ainda a ideia de cuidado e atenção à saúde no nível da atenção básica. Não podemos negar, contudo, que ainda vigoram, no ambiente formativo da maioria dos cursos de graduação e pós-graduação, *lato e strictu senso*, uma visão predominantemente biomédica do processo saúde-doença e uma forma de organização curricular centrada na transmissão de conhecimento, hierarquizado e verticalizado.

No entanto, desde a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, o Ministério da Saúde até 2013 esteve investindo fortemente na formação dos profissionais do SUS e na aproximação entre as instituições formadoras e os serviços de saúde. Entre as ações desenvolvidas, cabe destacar a do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde (Brasil, 2009). Lançado pela portaria interministerial MS/MEC n. 2.101, de 3 de novembro de 2005, foi baseado no Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (Promed), que tinha por objetivo fomentar a reorientação da formação de três cursos de graduação: enfermagem, medicina e odontologia.

Em 2007, a portaria interministerial MS/MEC n. 3.019 instituiu o Pró-Saúde II, que abarcou os outros 11 cursos de graduação da área da saúde que não haviam sido contemplados na primeira fase, mantendo os três cursos fomentados pelo programa anterior. A inclusão dos cursos, além de estar alicerçada no mesmo princípio que sustenta o trabalho multiprofissional nos serviços, também potencializa as estratégias de reorientação da formação nas universidades, tendo em vista abrigarem cursos bem mais antigos do que o próprio SUS e, não raras vezes, resistirem às mudanças necessárias (BRASIL, 2009).

Para articular de modo mais firme a relação entre ensino e serviço e comunidade nos cursos de formação em saúde, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) foi instituído por meio da portaria interministerial MS/MEC n. 1.802/2008. Tratou-se de uma estratégia vinculada ao Pró-Saúde, destinada a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família (HADDAD *et al.*, 2009). Cada grupo PET-Saúde/Saúde da Família era formado por um tutor acadêmico, seis preceptores e 12 estudantes, todos bolsistas.

Na edição de 2011, foram selecionados 484 grupos PET-Saúde/Saúde da Família, representando 9.196 bolsas ao mês, além da parti-

cipação de 8.712 estudantes não bolsistas, totalizando 17.908 participantes ao mês. Em termos de projetos, foram 111 de pesquisa, de 84 IES e 96 secretarias municipais de Saúde. As parcerias estabelecidas na formulação, na implementação, no monitoramento e na avaliação do PET-Saúde envolveram a SGTES/MS, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), o Fundo Nacional de Saúde (FNS/SE/MS), o Datasus/SE/MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad/GSI/PR) e a Secretaria de Educação Superior (Sesu/MEC). Houve dois outros formatos de PET-Saúde que merecem destaque: o Saúde Mental/Crack e o Vigilância em Saúde (BRASIL, 2011).

O Pró-PET-Saúde USP Capital

Desde 2006, Unidades de Ensino da USP – campus Capital (Escola de Enfermagem, Faculdades de Medicina e Odontologia) vem conduzindo processos de reorientação curricular, apoiados pelo Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde.). Nessas unidades, o programa veio contribuir para a concretização dos seguintes princípios no âmbito da formação: 1) o contexto do trabalho é um importante definidor do processo de formação, exigindo da universidade maior envolvimento nos processos de educação permanente em saúde; 2) o cenário de prática constitui *locus* privilegiado para geração de questões norteadoras da aprendizagem; e 3) a formação em saúde deve ser norteadora pelo SUS, sobretudo em se tratando de uma universidade pública.

Essas mesmas unidades e mais os cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional participaram da seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), 2009-2010. Esse processo agregou oito professores tutores, 48 preceptores dos serviços de atenção básica do Município de São Paulo e 96 alunos bolsistas.

E em abril de 2010, o grupo foi ampliado, completando 10 cursos: medicina, enfermagem, odontologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, farmácia, educação física e nutrição, contemplados no Edital PET-Saúde da Família 2010-2012, com suas respectivas disciplinas vinculadas ao ensino da saúde coletiva/saúde

pública e atenção básica/atenção primária à saúde viabilizando o ensino articulado à Estratégia de Saúde da Família (ESF) para 10 categorias profissionais do campo da saúde. Estiveram envolvidos nessa edição, 10 professores tutores, sessenta preceptores dos serviços e cento e vinte alunos bolsistas.

No edital de 2011, Pró-Saúde e PET-Saúde ficaram juntos, e a USP Capital foi contemplada com oito grupos tutoriais espalhados nos distritos Butantã e Lapa/Pinheiros. Iniciamos o projeto no segundo semestre de 2012, com a participação de 10 serviços de saúde³⁸ com atividades voltadas para a saúde da família e para a saúde mental.

Começamos com 10 docentes, 48 profissionais da saúde e 96 estudantes bolsistas de todas as áreas da saúde. Depois, ao longo dos dois anos, com a saída de alguns e a necessidade de “substituição”, fomos agregando outros estudantes e profissionais haja vista a dinâmica da formação e do trabalho em saúde, somando, aproximadamente, 500 pessoas envolvidas.

Na formulação dos projetos de intervenção e pesquisa, participaram todos – SMS, tutores, preceptores e estudantes –, considerando as particularidades de cada serviço e necessidades locais de saúde da população. No período de agosto de 2012 a dezembro de 2014, houve o compromisso de problematizar e qualificar a formação dos estudantes de graduação em saúde e dos profissionais do serviço, atentos também para as atividades de ensino, mas, sobretudo, interessados em qualificar as atividades assistenciais relacionadas à Estratégia de Saúde da Família.

As atividades decorrentes do Pró PET-Saúde possibilitaram que docentes e estudantes se aproximassem dos profissionais de saúde, dos serviços, das instituições e dos usuários de forma mais articulada e comprometida. Esse universo de “experimentação” produziu práticas que comumente não aparecem nas salas de aula e que não são, necessariamente, específicas das diferentes formações. Elas têm exigido propostas assistenciais compartilhadas, entendendo que uma atenção à saúde qualificada pode significar uma formação e educação na saúde também melhor.

38 Além dos serviços que já estiveram presentes na edição de 2010-2012 do PET, na edição do Pró PET-Saúde outros quatro passaram a fazer parte do projeto: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Itaim, CAPS Pró-Saúde Mental (PROSAM) Vila Madalena, UBS Parque da Lapa e UBS Vila Piaui.

O mestrado profissional “formação interdisciplinar em saúde”

O mestrado profissional intitulado “Formação Interdisciplinar em Saúde” teve início em fevereiro de 2014 e agrega docentes de quase todas as áreas da saúde (Odontologia, Medicina, Enfermagem, Nutrição, Educação Física, Psicologia, Ciências Farmacêuticas e Terapia Ocupacional) da USP Capital e de três linhas de pesquisa: Saberes e práticas da saúde; Formação em saúde; e Integralidade nas redes de atenção à saúde. É uma iniciativa que possibilita a formação de profissionais de diferentes áreas da saúde para: o ensino em serviço; produzir pesquisas científicas e tecnológicas para consolidar a área do ensino da saúde; contribuir para com o desenvolvimento de tecnologias interprofissionais de cuidado para lidar com os principais problemas de saúde na atenção básica/atenção primária em saúde; fortalecer o processo de avaliação de necessidades e vulnerabilidades de indivíduos, famílias e grupos sociais; bem como estimular aproximações entre estudantes de pós-graduação e graduação de modo a garantir espaços de interlocução e de trocas entre pessoas e projetos de intervenção e pesquisa.

Primeiro gesto

Com uma trajetória incomum na área específica, Alessandro foi convidado a fazer uma fala sobre a sua experiência no PET-Saúde no Fórum de Formação em Saúde, evento organizado pela Associação Paulista de Saúde Pública (APSP) a respeito do tema: “Formação em Saúde – o protagonismo dos estudantes”, lá em 2014.

O convite era para fazer um “relato de experiência”, mas esse formato de fala em congresso ainda era associado com uma descrição de natureza técnica, muitas vezes entediante para o ouvinte: “pseudo-narrativas” que colocavam em cena protagonistas distantes das suas práticas, dos seus *gestos*. E, para não cair nessa armadilha, Alessandro usou a arte literária para “convidar” os participantes do encontro à reflexão.

Usou literatura e criou uma linguagem que, sem renunciar ao rigor acadêmico, permitiu relativa “leveza” na fala a fim de que a narrativa fosse coerente com a “experiência” propriamente dita. Uma apresentação com “leveza” cumpriu com o objetivo de também oferecer algo

original ainda que na forma relato. Eu o ajudei nesse desafio...

Trabalhamos com o livro *Ensaio sobre a cegueira*, de José Saramago, para seduzir o leitor, o ouvinte. Na época do evento da APSP, maio de 2014, Alessandro havia acabado de ler a obra e estava completamente envolvido e chocado com todo o drama brilhantemente exposto pelo Saramago. Ocorreu-lhe, então, expor algumas questões que alimentavam sua indignação acerca da formação e do ensino. Pensamentos que advinham de um processo de amadurecimento sobre o que estava vivenciando na USP e no mundo do trabalho. Com Saramago, então, produziu movimentos que denominamos *gestos*.

Segundo gesto

Abaixo está o “relato de experiência” no formato texto apresentado no Congresso.

*“São Paulo, 13 de maio de 2014
Fórum de Formação em Saúde, APSP
Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo*

Escrevi minha fala pensando em algo mais provocativo do que descritivo, inspirada no romance de José Saramago, Ensaio sobre a Cegueira.

Nesse livro, o autor discorre a respeito de pessoas que, aos poucos, vão ficando cegas – uma espécie de cegueira branca que se espalhou como se fosse uma “epidemia”. E, assim que as autoridades concluíram que se tratava de algo contagioso, decidiram isolar os cegos em uma espécie de quarentena improvisada em um hospital psiquiátrico abandonado. A cegueira afetou quase todos, deixando a cidade em estado caótico. A personagem principal, uma mulher que se passou por cega para acompanhar o marido que foi levado para a quarentena será a única pessoa no grupo que enxerga.

Como a sociedade se organizaria se isso acontecesse conosco? É a questão para a qual fui fisgado a pensar com a leitura do livro. E aqui gostaria de destacar a figura da mulher que se passou por cega ou para “a responsabilidade de ter olhos quando os outros os perderam”: diante da situação de caos, medo, ganância, violência e preconceito instalada, qual seria a responsabilidade de quem enxerga?

*Na epígrafe do livro, o autor alerta:
“Se podes olhar, vê. Se podes ver, repara.”*

Trazendo os cenários de formação, aqui o PET-Saúde, eu quero chamar a atenção para outra frase de Saramago no romance:

“Dentro de nós, há uma coisa que não tem nome, essa coisa [que muitas vezes nem sequer conhecemos] é o que somos”.

Essa “coisa” tem sido abafada ou afogada durante o nosso processo de formação e atuação no serviço, e isso interfere em nosso protagonismo no cotidiano do trabalho em saúde. Eu mesmo tive muitas dificuldades para entender o PET-Saúde, os cenários do SUS, a saúde e, até mesmo, a Educação Física. Essas dificuldades me ocorreram enquanto eu passava por uma formação, de certa forma, elitizada, engessada e formatada para o mercado de trabalho, em que eu não possuía a menor noção do que se passava nos cenários da vida e do motivo pelo qual as coisas estão como estão...

*É muito importante o protagonismo, sobretudo para com nós mesmos...
cuidar da nossa lucidez...*

*De fato, estamos sendo formados para cuidar do outro? Tenho dúvidas!
Somos parte de uma elite cega, mas existem pessoas que enxergam em meio
a essa nossa cegueira...*

E seguindo com outra provocação de Saramago:

qual é “a responsabilidade de ter olhos quando os outros os perderam?”

(Alessandro, 2014)

Terceiro gesto

No programa de mestrado, estive inserido na linha de pesquisa “Formação em Saúde”, no qual pude investir em temas relacionados diretamente à graduação em saúde: integração ensino-serviço com um cuidado a mais para o núcleo da educação física, minha área de formação.

É importante dizer que, em se tratando de “mestrado profissional”, tive certa liberdade para desenvolver a pesquisa a partir de minhas experiências de formação em saúde. Entendi isso como um convite para sair do convencional, do que comumente se espera de uma dissertação. Nesse sentido, tentei ser inventivo em minha relação com o objeto de pesquisa. Criei conexões autênticas com o tema estudado.

Em síntese, a dissertação foi um estudo sobre as experiências de integração ensino-serviço na atenção básica/atenção primária em saúde e trouxe o PET-Saúde como o cenário em que elas aconteceram. As experiências, resultaram, majoritariamente, da minha participação no programa, juntamente com reflexões a partir de uma “roda de conversa”

com outros colegas que estiveram comigo no mesmo período. Em suma, procurei pensar a minha formação a partir de diferentes experiências.

Para que fosse possível trabalhar com as experiências, foi necessário *entendê-las*. Nesse sentido, as demarcamos como exemplos de uma iniciativa de integração ensino-serviço da USP-Capital. Na sequência, elaboramos uma narrativa escrita sobre a minha participação no Programa e, por fim, fizemos uma síntese a respeito desse processo usando o material³⁹ que decorreu do meu encontro com outros estudantes do mesmo programa.

A proposta do projeto de mestrado foi desenvolvida pensando em um processo de argumentação do tipo ensaio, em que demonstramos a validade de um argumento. Para desenvolvermos essa ideia, realizamos uma aproximação com alguns conceitos de filosofia lógica trabalhados por A. P. Martinich (1996).

A propósito do referencial, o procedimento adotado diz de um ensaio filosófico (Martinich, 1996) com paradas nos seguintes pontos: 1) esclarecer a proposição a se demonstrar; 2) apresentar o argumento em favor da proposição a ser provada; 3) demonstrar a validade do argumento; 4) demonstrar que as premissas são verdadeiras; e 5) retomar, de modo conclusivo, o percurso da validação do argumento.

O ponto de partida ou o argumento⁴⁰ que sustentei ao longo do *Gesto 2* – as minhas experiências no PET-Saúde – são um diferencial na minha formação em Educação Física. Considerando minhas experiências como ponto de partida para a realização da dissertação, caberia testar⁴¹, com o rigor impregnado no processo de argumentação, a proposição exposta anteriormente. Esse terceiro gesto foi o que produzi para *entender* as minhas próprias experiências.

Dada a proposição inicial, lancei mão das seguintes premissas que sustentaram o referido argumento: 1) diversificação do cenário de ensino-aprendizagem; 2) aproximação com o ambiente de trabalho; 3)

39 Material composto por três narrativas escritas e um áudio transcrito da roda de conversa.

40 Considerei que um argumento é composto por duas proposições, a saber, as premissas (sentenças que apoiam a conclusão) e mais uma conclusão (sentença que justifica o argumento). Em geral, se as proposições forem verdadeiras, o argumento será válido. Um argumento persuasivo e coerente é um argumento que foi bem demonstrado, com clareza interna em suas partes, de modo que é facilmente reconhecido como lógico ou verdadeiro; cabe ressaltar que a clareza, nesse caso, pode ser relativa (MARTINICH, 1996).

41 Em linhas gerais, testar com o intuito de demonstrar que as premissas são verdadeiras, sendo preciso, para isso, fazer um caminho em que elas sejam analisadas e confrontadas; também é necessário que sua importância com relação ao enunciado esteja esclarecida.

vivência em equipe multiprofissional com vistas ao exercício da integralidade; 4) abertura para outros modos de pensar o corpo na formação em Educação Física.

Cabe ressaltar que foi por meio de minha vivência na atenção básica/atenção primária em saúde que levantei essas premissas e, por conta disso, as considerei como suficientes para o argumento proposto. Certamente poderia haver outras premissas, no entanto, evitando ser demasiado extenso neste *gesto*, optamos por encerrar o processo de argumentação apenas com base nelas.

Trabalhei com narrativas escritas e também com as falas produzidas na “roda de conversa” com expetianos de Educação Física que participaram comigo da primeira turma da Educação Física no PET-Saúde USP-Capital. Tínhamos a intenção de, com as diferentes dinâmicas, propiciar mais possibilidades para pensarmos sobre as experiências do grupo e, ao mesmo tempo, instigarmos outras iniciativas dessa natureza no campo da Educação Física em particular. Quanto mais produção de material com análises de processos formativos, mais potencial de produção de modos de avaliação de programas mais condizentes com as vivências propriamente ditas. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Com relação à “roda de conversa”, para a formação do grupo de colaboradores da pesquisa, adotamos o critério de que o graduando ou graduanda da área da saúde tivesse passagem pelo PET-Saúde (2010-2012). Fiz contato com alguns participantes que estiveram comigo nessa experiência e consegui três voluntários, todos eles com formação em Educação Física já concluída.

Cabe mencionar aqui que nós quatro, além de termos compartilhado outras vivências na graduação, participamos do PET-Saúde e que, nessa “roda de conversa”, houve momentos incríveis de trocas e cumprimentos. Julguei essa peculiaridade do grupo como favorável, à medida que a qualidade do encontro foi qualificando a dinâmica e vice-versa, resultando em relatos que, inclusive, me ajudaram a rever e repensar as minhas próprias impressões da experiência.

Convidei uma colega do mestrado profissional para acompanhar a “roda de conversa”. Ela tinha alguma experiência com a dinâmica e, eventualmente, poderia nos ajudar com o imprevisível da iniciativa. Inicialmente, rerepresentei para o grupo o propósito do encontro. Na

sequência, li em voz alta o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Como não houve dúvidas, questionamentos e objeções, pedi para que assinassem o documento, cada um ficou com uma cópia.

Em seguida, distribuí cada participante em um computador para que fosse dado início à escrita da narrativa. Inicialmente, havia planejado cerca de 30 minutos para tal atividade, mas os participantes, ao término desse tempo, pediram prorrogação e, então, que encerrei tal atividade com, aproximadamente, 1 hora de duração. Procurei deixar os participantes à vontade com uma mesa de lanches à disposição. As narrativas foram disponibilizadas do jeito que foram salvas no computador. Ao término, fizemos um pequeno intervalo de 15 minutos, tempo suficiente para a preparação para a próxima atividade. Foi, então, que iniciamos a “roda de conversa” que durou aproximadamente 1 hora. Eu fiz um roteiro para a condução da dinâmica. As questões norteadoras foram:

1. O que lembram do PET-Saúde?
2. O que é o PET-Saúde?
3. Vocês consideram esse tipo de estratégia de formação importante?
4. De algum modo, as experiências no PET fizeram pensar sobre o curso de graduação?
5. Se vocês fossem resumir o PET-Saúde em poucas palavras, quais seriam?
6. O que poderiam dizer a respeito da interprofissionalidade e o PET?
7. O que destacariam a respeito do programa?
8. Quais as maiores dificuldades?
9. O que os diferencia de outros estudantes que não passaram por essa experiência?
10. O que consideram indispensável em um material que fale sobre o PET-Saúde?
11. Poderiam comentar algo sobre a dinâmica de hoje?

Com o gravador de áudio ligado, fiz agradecimentos à presença deles, retomei o TCLE, perguntando se havia alguma dúvida e, para dar

início ao debate, perguntei sobre a experiência da escrita da narrativa. Com as respostas, disparei as questões do roteiro de modo que eles pudessem sustentar a conversa explorando suas vivências no PET-Saúde.

Cabe ressaltar que o roteiro com as questões formuladas contém 11 perguntas e que não segui a ordem. Das questões planejadas, apenas sete foram utilizadas, pois algumas foram sendo abordadas em meio às outras questões. Optei por perguntas de enunciados curtos para não perder a fluência da conversa.

A atividade foi marcada por relatos que foram se complementando e levantando questionamentos diversos sobre a formação em saúde. O silêncio enquanto alguém falava revelou que estiveram “presentes” e atentos ao que o outro trazia. Os gestos de concordar, de assentir com a cabeça, eram frequentes. As falas, algumas vezes, tinham uma “gravidade”. Outras vezes, eram acompanhadas de um olhar distante, como se estivessem a desenterrar algo na memória. Estávamos de volta a 2014!

Em linhas gerais, a “roda de conversa” serviu como estímulo para que relatassem, de acordo com suas vivências, o que foi o PET-Saúde e o que mais os marcou. Das palavras-chave que mais apareceram foram: conhecer o SUS; trabalhar com grandes populações; complexidade do conceito *saúde*; conhecimento a respeito da área profissional na atenção básica/atenção primária em saúde; formação em saúde; aprendizados na rotina do serviço; contato com outros profissionais; contato com a parte administrativa do serviço; conhecer políticas de saúde; lógica privada; reflexão e reciclagem de experiências em serviço; interdisciplinaridade.

Formação em Saúde

Até hoje, resistimos a um certo modo de ensinar e de fazer que reproduzem, sem a devida criticidade, procedimentos incoerentes com a demanda social de saúde. Na área específica, podemos citar inúmeras iniciativas em favor do capital, do neoliberalismo e do mercado gerado pela indústria de *fitness* que, em decorrência, têm fabricado um certo tipo de formação em educação física – no nível da graduação, mas também no da pós-graduação – e de profissional. Além das dificuldades que os estudantes de Educação Física encontram para se firmarem no campo da saúde coletiva devido à formação insipiente com relação ao SUS, existe o aspecto do conservadorismo da própria estrutura universitária

que é pouco permeável a essas iniciativas voltadas para o trabalho e para a pesquisa pautados no SUS.

Até hoje observamos predominância de abordagens centradas em conteúdos e na pedagogia da transmissão, com muita oferta de disciplinas teóricas na perspectiva técnico-científica e pouca ou nenhuma experiência em serviços públicos. O ensino no serviço coloca estudantes e usuários em contato, conversando a respeito dos cuidados, promove discussão de casos em locus, coloca desafios com relação aos modelos de atenção à saúde e faz pensar novas questões (CARVALHO; CECCIM, 2014).

Como mostraram Carvalho e Ceccim (2014) e Fonsêca e Junqueira (2014), com a regulamentação do SUS nos anos 1990, os debates e mobilizações em torno de mudanças curriculares para as profissões da saúde que ocorreram nessa década visaram adequar o perfil do trabalhador à realidade do país que, por sua vez, configurava-se com as novas referências políticas. Para tanto, cabe mencionar a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), em 1997, em contraponto ao currículo mínimo, tendo em vista a flexibilização na organização curricular que, em geral, colocou o desafio de preparar profissionais para lidar com as realidades socioculturais do país, requisitando, por exemplo, pessoas críticas e com senso de responsabilidade social e de liderança.

Todavia, lançadas as referências políticas, as instituições de ensino superior (IES) não se adequaram às novas orientações por motivos diversos, como de ordem estrutural, política e econômica. Houve falta de estímulo às novas iniciativas, como foi apontado, no ano 2000, na 11ª Conferência Nacional de Saúde. Em outras palavras, a formação ainda estava distante da realidade do SUS. Outras mobilizações contribuíram para o desenvolvimento e para o fortalecimento de ações acerca do processo de formação em saúde, como foi o caso do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), iniciado em 2002, de elaboração conjunta dos ministérios da Saúde e da Educação, que incentivou escolas médicas para mudanças curriculares com referência no SUS. Outra mobilização que contribuiu foi o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), implementado em 2005, sendo fruto novamente de trabalho conjunto interministerial, dessa vez, com uma aproximação mais sólida, envolvendo diversas secretarias: Secretaria de Educação Supe-

rior (SESu), Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC) e Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Anísio Teixeira INEP), por parte do Ministério da Educação, e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), por parte do Ministério da Saúde. Com relação ao Pró-Saúde, houve destaque para o incentivo em ampliar as relações entre a universidade e o serviço de saúde, dando continuidade, então, a uma fase promissora com relação à formação em saúde (FONSÊCA; JUNQUEIRA, 2014). Essas iniciativas, produziram políticas de formação e de educação em saúde com o intuito de qualificar a formação e as práticas de saúde e, sobretudo, contribuir para com a consolidação do SUS.

Integração Ensino-Serviço: um percurso árido e intenso de formação

A experiência é um microuniverso⁴² no qual somente nós, diante das nossas aventuras, temos acesso. Os meios pelos quais ousamos fazer, no caso, nossa formação é o que confere, em certo sentido, credibilidade às nossas ousadias e descobertas.

Nesse sentido, identifiquei-me com o “sujeito da experiência” descrito por Bondía (2012): aquele que “[...] se expõe atravessando um espaço indeterminado e perigoso pondo-se nele à prova e buscando nele sua oportunidade, sua ocasião [...]” (BONDÍA, 2002, p. 25). O “perigo” na travessia pelo PET-Saúde esteve em não reconhecer a oportunidade única que estava diante de mim, uma rota diferente da que eu vinha tecendo em meu imaginário como estudante de Educação Física.

A propósito das atividades gerais no PET-Saúde, faremos quatro destaques: 1) estudo do SUS e o reconhecimento do território da UBS, momento em que os estudantes, junto com os profissionais de saúde, estiveram discutindo e conhecendo a realidade das condições de vida e de saúde da população, bem como conceitos do campo da saúde coletiva com intuito de elucidar a estrutura e função do sistema de saúde; 2) discussão e planejamento das atividades de pesquisa e intervenção a serem priorizadas ao longo do projeto; 3) encontros quinzenais, nos quais cada curso se reunia separadamente para estudo e preparação das atividades específicas, dos núcleos de saberes e práticas a serem desenvolvidas

42 É “micro” no sentido de que se restringe à nossa singularidade e ao nosso modo particular de perceber e de se relacionar com o mundo.

junto com estudantes e profissionais das outras áreas; e 4) seminários e encontros que reuniam todos os envolvidos com o objetivo de trocar experiências e aprofundar o debate a respeito do projeto como um todo.

Não é possível encontrarmos palavras para toda a riqueza da experiência.

Os meus primeiros momentos de PET foram de “estranhamentos”: me sentia desastrado e sem talentos. Apresentaram-me o SUS dentro do próprio SUS e, logo, sem entender bem o porquê, fiquei sem reação, sem saber o que fazer. Era só expectativa e frio na barriga. Não conseguia interagir, não fazia a menor ideia de como eu poderia responder ao que acontecia no grupo e no serviço, de que modo eu poderia contribuir com as atividades. Naquele momento, ainda não havia profissionais de Educação Física nas redes de atenção básica/atenção primária em saúde.

Todavia, à medida que as atividades foram acontecendo, saí da condição de estranhamento para a de encantamento!

No território da UBS Vila Dalva (região Oeste da cidade de São Paulo), local da minha inserção, notei muitas coisas interessantes. Por exemplo, é uma região que faz fronteira com a cidade de Osasco e na qual, logo em frente à UBS, há uma avenida que separa as cidades. Uma das atividades em que acompanhei usuários em sua passagem pela unidade por diversos serviços (acolhimento, consultório médico ou odontológico e farmácia), encontrei com uma senhora que fez questão de mencionar a história da UBS, fruto de muita luta da comunidade; inclusive, vários moradores participaram da construção de parte da estrutura física da unidade. Apesar disso, enfrentavam um problema burocrático devido à divisão política do território municipal. “Quem mora do lado de lá do posto tem muita dificuldade para usar o espaço aqui, o que é um absurdo, pois o povo de Osasco também participou da construção daqui”, enfatizava ela.

Numa primeira apresentação que nós estudantes tivemos do território, foram mencionados repetidas vezes os termos: “hipertensão”, “colesterol alto” e “obesidade”, entre outros, para caracterizar a população. Termos relacionados às patologias crônico-degenerativas e, por incrível que pareça, foi um momento de alegria para mim, porque, nesse exato momento, consegui conectar minha formação com a realidade da discussão e do serviço: me identifiquei!

Foi naquele momento que comecei a conectar formação com serviço. Recordei as aulas de fisiologia do exercício, de biomecânica, das prescrições de atividade física em função das doenças. Quando levei essa primeira impressão, com empolgação, para a tutora do curso de Educação Física, nos encontros quinzenais em que nos reuníamos com outros estudantes desse núcleo, vivi outro espanto: notei que eu conhecia pouco a respeito do “corpo”.

“Que corpo é esse que aparece vinculado às doenças? Qual é o corpo que está “presente” na formação em saúde?”, questionou ela.

Mais uma vez, fiquei imóvel, perplexo... tinha acabado de “cair” novamente no vazio, no vácuo de não saber o que responder, o que fazer diante da inserção da nossa área naquele pedaço do SUS. Atenção básica/atenção primária, cuidado, produção de saúde, necessidade de saúde da população, equipe multiprofissional, práticas corporais, entre outros temas da Saúde Coletiva eram desconhecidos para mim e para meus colegas.

Na Vila Dalva, havia uma parceria entre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a ESF da unidade, e, com esse coletivo, foi possível sugerir a caminhada orientada e ampliada, que reunia toda semana agentes comunitários, profissionais do NASF e estudantes do PET-Saúde em uma praça na comunidade para agregar práticas de relacionamento, atividades rítmicas, entre outras. O que nos mobilizava, no entanto, eram menos os conteúdos e mais os encontros. E aproveitávamos para falar e divulgar as diferentes práticas ofertadas pela UBS.

A ideia era propiciar momentos de conversa e escuta entre os usuários e os profissionais do serviço sob o pretexto da caminhada. Eventualmente, fazíamos procedimentos antropométricos para “mensurar” e “avaliar” a saúde ou o condicionamento físico das pessoas, mas o foco era criar vínculos e pertencimentos. Para os estudantes, os aprendizados oriundos da participação de uma atividade como essa é algo que dificilmente pode ser proposto em sala de aula, pois remete a um aprender relativo a uma sensibilidade e a um vínculo que só acontece e persiste no local onde o grupo existiu.

O que a princípio pareceu assustador, transformou-se em grandes momentos de aprendizagem e, por que não, de diversão: na rua, no reconhecimento do território ou em direção às residências das famílias; no serviço, combinando as atividades junto com os docentes e profissio-

nais; nas pequenas discussões; e nos grandes eventos promovidos pelo PET-Saúde.

Nesses múltiplos encontros, tivemos a oportunidade de compartilhar e trocar experiências, mas também surpresas, quiproquós, “micos”. Eram reuniões de trabalho, momentos de avaliação inusitados – cada grupo tutorial, representado por cada UBS, apresentava seus projetos, seus dilemas e dificuldades e suas realizações – a fim de traçarmos novas metas e construirmos, em conjunto, outros modos de formação, de serviço e de práticas de saúde (PRADO; CARVALHO, 2012; CARVALHO *et al.*, 2013).

A graduação não dá conta da nossa formação. A experiência no PET-Saúde supriu várias “lacunas” e me fizeram mais atento e atuante para com as necessidades e os problemas de saúde da população. Temas como atenção básica, equipamento social, equipe multiprofissional, interprofissionalidade, produção de saúde, cuidado, práticas corporais e identidade social me rodearam o tempo todo. Conceitos que me ajudaram como peças de um quebra-cabeça, algumas perdidas até então. Sua falta não apenas prejudicava a compreensão do todo, mas atrapalhava o encaixe das outras. Em parte, foi esse descompasso que causou meu estranhamento quando iniciei no Programa.

Foi difícil a despedida...

Para um estudante de segundo ano de graduação, o que vivi não foi pouco!

É uma experiência que coloca luz à trajetória do futuro profissional da saúde. Os estudantes precisam de pensamento e experiência para que seus *gestos* não sejam apenas um “tatear às cegas”.

Um último gesto

Gestos

Expressão do invisível e do indizível

Experiências que se transformam em existências

Formação que se transforma em política

Em política de formação

Com o PET-Saúde
Com aqueles que pensam e fazem a formação
Cuidando das vidas
Transformando as vidas... em obras de arte

Referências

ALONSO, A. T.; CARVALHO, Y. M. Educação Física e PET-Saúde: relato de experiência sobre algumas das atividades na Unidade Básica de Saúde São Jorge, distrito Butantã/São Paulo/SP. In: CONGRESSO INTERNACIONAL REDE UNIDA, 10., maio 2012, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Rede Unida, 2012.

BONDIA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, jan./abr. 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Edital nº 24, de 15 de dezembro de 2011. Seleção de projetos de educação superior. **Diário Oficial da União**, n. 241, p. 268, 16 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde** (PET-Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 3. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

CARVALHO, Y. M.; PRADO, A. R.; ALONSO, A. T. Formação em Educação Física no Brasil: outros modos de pensar e intervir no serviço público de saúde. **Educación Física y Ciencia**, La Plata, v.15, n.1, p.10-16, jun. 2013.

FONSÊCA, G. S.; JUNQUEIRA, S. R. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde**: ressignificando a formação dos profissionais da saúde. 1. ed. Curitiba: Appris, 2014.

FRAGA, A. B. *et al.* Políticas de formação em educação física e saúde coletiva. **Trab. Educ. Saúde**, v. 10, n. 3, p. 367-386, nov. 2012.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.;

GASKEL, G. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 8a ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

HADDAD, A. E. et al. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. **Cadernos ABEM**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 6-12, out. 2009.

MARTINICH, A. P. **Philosophical writing**. 2. ed. Malden: Blackwell Publishers, 1996.

PRADO, A. R.; CARVALHO, Y. M. PET Saúde - USP: As experiências dos estudantes de Educação Física. In: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 10., nov. 2012, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: Abrasco, 2012.

PRADO, A. R.; CARVALHO, Y. M. Sobre a velhice institucionalizada: um desafio para a Educação física. **Pensar a Prática**, Goiania, v. 17, p. 593-605, jun. 2014.

VIDAL, A. B. Estratégias de operacionalização do Pet-Saúde USP: relato das ações desenvolvidas. In: Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 11., Brasília. **Anais...** Brasília, DF, 2011.

Diretrizes Curriculares nacionais da Educação Física: qual o espaço da saúde?

Filipe Ferreira da Costa

No momento em que escrevemos esta obra, passamos por um dos momentos mais obscuros da história contemporânea, enfrentando uma pandemia causada por um coronavírus (covid-19) que afetou todos os setores da sociedade, nossos modos de viver, de produzir e de consumir. Ainda não temos clareza de todo o impacto que essa pandemia produzirá na sociedade, em suas dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais, mas não temos dúvidas de que será um marco histórico mundial do século XXI. No Brasil, as formas de enfrentamento dessa pandemia e as estratégias para mitigar suas consequências produziram debates calorosos entre diferentes núcleos políticos e atores econômicos, gerando ambiguidades na comunicação entre os órgãos de saúde e a população. Particularmente polêmico foi o debate em torno da abrangência e rigor das medidas de isolamento social, estratégia apresentada pela Organização Mundial da Saúde como a mais eficiente para reduzir a curva de transmissão da doença e para preservar a capacidade dos sistemas de saúde absorverem as crescentes demandas (WHO, 2019).

É nesse contexto que vimos a Educação Física participar de um debate sobre o seu papel no enfrentamento das consequências da pandemia. O debate se inicia por uma polêmica ação estratégica do Ministério da Saúde intitulada «O Brasil Conta Comigo», que incluiu o profissional de Educação Física numa relação de categorias profissionais que deveriam participar de uma capacitação para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (BRASIL, 2020a). Paralelamente, discursos de profissionais e pesquisadores da área em defesa da retomada das atividades de academias e clubes proliferaram nos distintos meios de comunicação (jornais, canais da internet, redes sociais, periódicos científicos). O próprio Conselho Federal de Educação Física solicita à Presi-

dência da República (CONFEE, 2020) e é atendido, por meio de decreto (BRASIL, 2020b), a inclusão dessas atividades como essenciais, abrindo espaço político e precedente jurídico para que entidades de classe regionais e grupos empresariais pressionassem governos estaduais e municipais no sentido da retomada das atividades do setor. Por outro lado, associações científicas da área se posicionaram claramente contra as medidas de afrouxamento do isolamento social, dando contrapeso à discussão centrada no campo econômico e/ou das virtudes “mágicas” da atividade física/exercício físico (CBCE, 2020). Não obstante a profundidade de análise que esses fatos exigem, trouxemo-nos à tona para problematizar a fragilidade que a área da Educação Física e seus atores possuem nas questões que tangem a saúde pública. Foram visíveis as apropriações equivocadas de conceitos e medidas epidemiológicas, usos inadequados do conhecimento científico no que tange o tema atividade física/exercício físico e sistema imune, de compreensões estreitas do fenômeno saúde, sua determinação social e de estratégias de promoção e prevenção.

É nesse cenário que esta obra se coloca especialmente relevante. Abordamos, em seus primeiros capítulos, vários temas importantes para o debate da abordagem da saúde na formação dos profissionais e professores de Educação Física. Conhecemos as concepções de saúde predominantes em nossos currículos, analisamos nossas experiências de atuação no campo da saúde em seus diferentes contextos e níveis de complexidade (atenção primária, secundária e terciárias), delineamos aproximações e distanciamentos com o campo da Saúde Coletiva, tratamos das distintas políticas indutoras de mudanças na formação inicial e continuada em saúde (residências, PET), elencamos ferramentas e lógicas de trabalho próprias do campo da saúde (interprofissionalidade, clínica ampliada, tecnologias do cuidado em saúde). Até chegar este momento, o de discutir as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Educação Física -DCNEF (BRASIL, 2018) e do quanto essas promovem ou desencorajam a abordagem de uma saúde ampliada no currículo.

Apesar do momento difícil que todos vivemos, parece-nos particularmente propício tematizar todas essas questões na formação inicial e continuada em Educação Física. Pela primeira vez, as DCNEF enfatizam explicitamente a saúde enquanto eixo de formação (BRASIL, 2018). Em uma rápida análise da Resolução nº 7, de 31 de março de

2004 (BRASIL, 2004), que instituiu as DCNEF até então, a palavra “saúde” surge no texto apenas seis vezes e, basicamente, com o propósito de descrever, de maneira restrita, a perspectiva do objeto da educação física:

Art. 3º A Educação Física é uma área de conhecimento e de intervenção acadêmico-profissional que tem como 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, grifo nosso)

Uma abordagem rasa da saúde na formação do profissional de Educação Física já não é mais concebível. Desde a instituição do Sistema Único de Saúde, muitas mudanças ocorreram na sociedade, e, conseqüentemente, na forma como a Educação Física enquanto área de conhecimento e intervenção profissional interage com a mesma. Particularmente no campo da saúde, assistimos a crescente inserção do profissional de Educação Física nos serviços públicos de saúde (SILVA, 2017), especialmente após a institucionalização da Educação Física na saúde, quando esta foi mencionada na composição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2008). Para além desse marco, observamos a participação, cada vez mais comum, da Educação Física em programas indutores de mudança da formação e trabalho em saúde, como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e as residências multiprofissionais em saúde. Nos parece claro que as DCNEF de 2004 não foram suficientes para prever e ordenar a formação em Educação Física de forma que fosse capaz de atender a uma crescente demanda por nossa atuação nos campos da saúde pública e da saúde coletiva. Isso, até certo ponto, é compreensível quando consideramos o vigor das disputas políticas e epistemológicas que precederam aquela resolução, fazendo com que uma discussão sobre o eixo da saúde nos currículos fosse secundária.

Para além da crescente inserção dos profissionais nos diferentes cenários de atuação no campo da saúde, assistimos também o gradati-

vo investimento acadêmico de pesquisadores inseridos em programas de pós-graduação da própria área e da saúde pública/coletiva (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2012). Esse investimento sucedeu tanto em uma aproximação com as abordagens metodológicas da epidemiologia quanto em um arcabouço teórico-metodológico do campo da saúde coletiva em seus eixos da política, planejamento e gestão, e das ciências sociais e humanidades. Não obstante esse investimento, sua repercussão na formação inicial em Educação Física ainda é incipiente (LOCH; DIAS; RECH, 2019).

Os estudos e posicionamentos que tratam sobre as fragilidades de nossa atuação profissional no campo da saúde remetem, frequentemente, à necessidade de repensarmos e transformarmos nossos currículos de formação inicial ainda marcados hegemonicamente por uma perspectiva biomédica da saúde (NOGUEIRA; BOSI, 2017). Partindo da premissa que as DCNEF e da formação de professores norteiam o delineamento destes currículos, nos propomos a discutir as potencialidades e os desafios que as novas resoluções impõem ao coletivo de atores que compõem a área da Educação Física. Fazemos esse esforço não pela perspectiva de um estudioso do currículo, mas pelo olhar de um coordenador de curso de bacharelado em Educação Física que – atuando como tutor em programas indutores de transformação do trabalho em saúde (PET-Saúde e Residência Multiprofissional em Saúde Mental), bem como desenvolvendo estudos sobre a atuação do profissional de Educação Física no SUS – sente-se provocado a usufruir a oportunidade de mudança.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Educação Física

O debate sobre o perfil de formação em Educação Física constitui campo de disputa política e epistemológica que se acentuou nas duas últimas décadas em função dos desdobramentos da diferenciação entre os perfis de formação e atuação profissional em licenciatura e bacharelado. Diferentes modelos de currículo foram desenvolvidos desde as DCNEF de 2004 (BRASIL, 2004), ilustrando a pluralidade de compreensões da resolução, bem como as respectivas estratégias de materialização da mesma. Longe de discutir a complexidade desse cenário de disputas,

bem como longe de trazer os seus elementos históricos, delimitamo-nos a caracterizar a proposta, destacando seus aspectos centrais, para, posteriormente, discutirmos possíveis desdobramentos.

Conforme o parecer 583/2018 do CNE (BRASIL, 2018), ao definir o perfil profissional pretendido, a comissão apresenta a perspectiva de duas formações distintas, em que uma “formação geral, humanista, técnica, crítica, reflexiva e ética, qualificadora da intervenção profissional fundamentada no rigor científico, na reflexão filosófica e na conduta ética” é almejada, contudo, distinguindo a atuação entre bacharéis – em todos os campos de intervenção profissional da Educação Física, exceto a docência na Educação Básica – e licenciados – na docência do componente curricular Educação Física.

É ainda destacado, no parecer, que a construção do perfil acadêmico e profissional desejado passa necessariamente por: adoção de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação; articulação entre teoria e prática, integrando conteúdos de formação gerais e específicos; vivências nos cenários de prática; e um currículo que considere as necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades e seus respectivos contextos. É apontada a necessidade da construção de um perfil de egresso capaz de analisar criticamente a realidade social, assegurando a integralidade da atenção à saúde e à educação. Para a construção dessa proposta, a comissão relata orientar-se primordialmente pelo arcabouço teórico-metodológico do SUS, para a formação dos bacharéis, e no arcabouço teórico-metodológico da formação de professores e educação escolar, para a formação dos licenciados.

Já tratando do corpo das DCNEF, em seu artigo 3º, a Educação Física é definida como:

[...] uma área de conhecimento e intervenção profissional que tem como objeto de estudo e de aplicação a motricidade ou movimento humano, a cultura do movimento corporal, com foco nas diferentes formas e modalidades do exercício físico, da ginástica, do jogo, do esporte, das lutas e da dança, visando atender às necessidades sociais no campo da saúde, da educação e da formação, da cultura, do alto rendimento esportivo e do lazer (BRASIL, 2018).

É em seu artigo quinto e sob a premissa da “necessária articulação entre conhecimentos, habilidades, sensibilidade e atitudes reque-

ridos do egresso para o futuro exercício profissional” que a resolução apresenta sua maior novidade em relação às diretrizes anteriores, ao menos no que diz respeito à estrutura do currículo. Trata-se do modelo de entrada única, com uma etapa de formação comum durante os dois primeiros anos do curso (1.600 horas), seguido de uma etapa específica (1.600 horas) a ser escolhida pelo aluno ou definida por critérios pré-estabelecidos, que atribuiria a formação de licenciado ou bacharel, totalizando, portanto, uma carga horária referencial de 3.200 horas para o curso. Um destaque é dado, ainda no referido artigo, à formação para intervenção profissional à pessoa com deficiência, que deve perpassar todo o percurso formativo, bem como a possibilidade prevista, em seu parágrafo terceiro, da integração entre as áreas específicas, sendo vedada a eliminação dos conteúdos previstos de cada formação.

Na sequência do documento, são apresentadas as exigências mínimas para a etapa comum e as etapas específicas em licenciatura e bacharelado. Para fins de síntese, organizamos a figura 1. Na etapa comum, foram previstos quatro blocos de conhecimento que comportam compreensões: de disciplinas científicas afins da Educação Física, que dão suporte para o conhecimento do ser humano em suas diferentes dimensões (ex.: anatomia, fisiologia, bioquímica, biomecânica, psicologia, antropologia, sociologia); que analisam as dimensões/implicações do homem em movimento (ex.: fisiologia do exercício, biomecânica do esporte, aprendizagem e controle motor, psicologia do esporte); de caráter instrumental e tecnológica (ex.: técnicas de estudo e pesquisa, técnicas de planejamento e desenvolvimento de um trabalho acadêmico, técnicas de levantamento bibliográfico, técnicas de leitura e de documentação; informática instrumental); procedimentais e éticas da intervenção profissional em Educação Física (ex.: ética, diagnóstico e avaliação, estratificação de risco, variáveis de prescrição do exercício, meio ambiente e sustentabilidade, diversidade cultural, diferenças individuais).

Nessa etapa, ainda são previstas atividades acadêmicas integradoras, com 10% da carga horária (160h), como atividades de nivelamento voltadas aos ingressantes e aquelas voltadas à aproximação dos discentes com os cenários de trabalho, inclusive o contexto escolar. Vale destacar o artigo sétimo, em que se aponta a necessidade desses conhecimentos da etapa comum serem articulados com os eixos/setores da saúde, do esporte, da cultura e do lazer e os da formação de professores.

Figura 1 - Quadro síntese da estrutura curricular segundo a Resolução CNE n 6, de 18 de dezembro de 2018. Estimativas de carga horária para uma referência de 3.200 horas.

ETAPA COMUM (1600h)		ETAPA ESPECÍFICA (1600h)	
Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecimentos: I - Biológicos, psicológicos e socioculturais do ser humano II - Dimensões e implicações biológicas, psicológicas e socioculturais da motricidade humana/movimento humano/cultura do movimento corporal/atividade física III - Conhecimento instrumental e tecnológico IV - Procedimentais e éticos da intervenção profissional ▪ 10% (160h): nivelamento de conhecimentos + aproximação ao ambiente profissional ▪ Articulação com os eixos/setores da saúde, esporte, lazer e cultura, e formação de professores 		<p style="text-align: center;">Licenciatura (1600h)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 20% do total (640h): estágio curricular ▪ atividades práticas como componentes curriculares (sem especificação de ch) ▪ 10% do total (320h): estudos integradores ▪ Conteúdos programáticos <ul style="list-style-type: none"> ○ política e organização do ensino básico ○ introdução à educação ○ introdução à educação física escolar (efe) ○ didática e metodologia da efe ○ desenvolvimento curricular em efe ○ ef na educação infantil ○ ef no ensino fundamental ○ ef no ensino médio ○ efe especial/inclusiva ○ ef na educação de jovens e adultos ○ efe em ambiente não urbanos e em comunidades e grupamentos étnicos distintos <p style="text-align: center;">Bacharelado (1600h)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 20% do total (640h): estágio curricular ▪ 10% do total (320h): Atividades práticas como componentes curriculares (ao longo do curso) ▪ Eixos articuladores <ul style="list-style-type: none"> ○ Saúde ○ Esporte ○ Cultura e lazer 	

Em seu capítulo três, a resolução estabelece os parâmetros para a formação específica da formação do licenciado. De partida (Art. 9º), são elencados vários aspectos que devem ser observados no desenvolvimento da formação específica em licenciatura, sendo a maioria vinculada aos princípios que regem a formação de professores e a atuação no ensino básico com vistas a fortalecer um projeto nacional de educação, como: o reconhecimento da abrangência, diversidade e complexidade da educação brasileira; a consideração de princípios que visam a democratização do ensino; a necessária articulação das DCNEF com o arcabouço legal da formação de professores; mobilização de princípios

norteadores da formação inicial e continuada de professores (ex.: sólida formação teórica e interdisciplinar, gestão democrática, compromisso social e valorização do profissional da educação). Em seu inciso VIII, respeitando a diversidade de aproximações teóricas da Educação Física, destaca-se a necessidade de:

[...] qualificar esses profissionais para que sejam capazes de contextualizar, problematizar e sistematizar conhecimentos teóricos e práticos sobre motricidade humana/movimento humano/cultura do movimento corporal/atividade física nas suas diversas manifestações (jogo, esporte, exercício, ginástica, lutas e dança), no âmbito do Ensino Básico (BRASIL, 2018).

Para o estágio supervisionado, são previstas 20% das horas do curso como um todo (640 horas), que poderão ser desenvolvidas em ambientes de prática real, tanto nas escolas quanto em outros cenários de aprendizagem. Além do estágio, são previstas atividades práticas como componentes curriculares, que deverão ser oportunizadas durante todo o percurso formativo, desenvolvidas de forma articulada com componentes curriculares existentes ou por meio de componentes próprios. Curiosamente e diferentemente do previsto para a formação do bacharel, não é especificada a carga horária destinada a tais atividades.

Outra novidade da proposta consiste no desenvolvimento das atividades integradoras, com carga horária de 10% do curso (320h), visando o envolvimento do formando em atividades e ações diversificadas com o objetivo de enriquecimento da formação, incluindo participação em seminários e estudos curriculares, em projetos de iniciação científica e à docência, em atividades articuladas entre os sistemas de ensino e instituições educativas, no intercâmbio acadêmico interinstitucional e em atividades de comunicação e expressão. Por analogia, tais atividades se assemelham às “atividades complementares” contidas nas DCNEF de 2004, pois, de certa maneira, proporcionam flexibilidade ao educando para vivenciar outras possibilidades formativas além daquelas contidas em componentes curriculares pré-estabelecidos.

Nos artigos 14 e 15, a resolução estabelece, respectivamente, os conteúdos gerais e mais específicos (do núcleo profissional) que devem ser abordados na etapa específica da formação do licenciado. Os conteúdos gerais dizem respeito aos fundamentos e metodologias da educação,

bem como formação na área de políticas públicas e gestão da educação para o desenvolvimento das pessoas, das organizações e da sociedade. Já os conteúdos específicos vislumbram o desenvolvimento pedagógico da Educação Física no ensino básico (ex.: didática e metodologia da EFE, currículo da EFE, EF nos diferentes níveis de ensino).

Em seu artigo 16, são incluídos conteúdos de natureza mais analítica e investigativa que tratam de processos educativos e de experiências educacionais em instituições educativas, legislação educacional, processos de organização e gestão educacional, trabalho docente, políticas de financiamento educacional, avaliação, currículo, relações entre educação e trabalho, educação e diversidade, direitos humanos, cidadania, educação ambiental, entre outras temáticas.

Finalizada a caracterização da formação específica da licenciatura, damos início à síntese dos parâmetros curriculares para a formação do bacharel. Em seu Art. 18, a resolução baliza que as 1.600 horas de formação deve promover a qualificação para:

[...] a intervenção profissional em treinamento esportivo, orientação de atividades físicas, preparação física, recreação, lazer, cultura em atividades físicas, avaliação física, postural e funcional, gestão relacionada com a área de Educação Física, além de outros campos relacionados às práticas de atividades físicas, recreativas e esportivas. (BRASIL, 2018).

No mesmo artigo, são listadas dez alíneas que descrevem os conhecimentos, habilidades e atitudes a serem desenvolvidos pelos bacharéis. Ao revisitar as DCNEF de 2004, verificamos que não houve mudanças importantes na quantidade e conteúdo dessas competências, restringindo-se, fundamentalmente, a pequenos ajustes. Em seguida, são apresentados três eixos articuladores que devem ser desenvolvidos para que o perfil do egresso seja atendido, sendo eles o da saúde, o do esporte, e o da cultura e lazer. Nos chama atenção o caráter relativamente ampliado que é dado a esses eixos, com ênfase em políticas, programas e projetos, seu planejamento e sua gestão. Particularmente no eixo da saúde, são descritos os seguintes elementos:

políticas e programas de saúde; atenção básica, secundária e terciária em saúde, saúde coletiva, Sistema Único de Saúde, dimensões e implicações biológica, psicológica, sociológica, cultural e pedagógica da saúde;

integração ensino, serviço e comunidade; gestão em saúde; objetivos, conteúdos, métodos e avaliação de projetos e programas de Educação Física na saúde. (BRASIL, 2018)

Assim como para a licenciatura, são destinados 20% da carga horária total do curso (640 horas) para o estágio curricular, que deve ser ofertado em ambiente de prática real e se articular com as experiências anteriores de aproximação com os cenários de prática profissional. Para além do estágio, são previstas as atividades práticas como componentes curriculares, com carga horária de 10% do total do curso, podendo ser ofertadas tanto imersas em componentes curriculares existentes quanto em componente próprio.

Em seu artigo 25, no último capítulo, a resolução estabelece as atividades integradoras de aprendizado, com carga horária flexível, como uma estratégia de ampliação das experiências de aprendizado para além dos componentes curriculares regulares, incluindo, por exemplo, a participação em seminários e estudos, projetos de iniciação científica, práticas articuladas entre os sistemas de ensino, saúde, esporte e lazer, entre outras.

Por fim, e merecedor de destaque, em seu penúltimo artigo (Art. 30), a resolução prevê a possibilidade de dupla formação dos matriculados em bacharelado e licenciatura.

Reflexões e possíveis caminhos para o fortalecimento do currículo no eixo da saúde

Analisar as fragilidades e potencialidades das DCNEF é uma tarefa ousada e sujeita a equívocos. Todo projeto de formação profissional representa, em última análise, um projeto político, passível de disputas e tensionamentos entre os atores partícipes do processo. A Educação Física, enquanto área de conhecimento e campo de intervenção profissional, é muito diversa, capaz de acolher fundamentos epistemológicos tão divergentes que nos parece impossível, por vezes, conciliá-los em um único projeto de formação acadêmica e profissional. Não ousaria, portanto, aprofundar a discussão sobre o projeto de formação subjacente às DCNEF. Como militante de uma saúde pública, universal, equânime e integral, e como coordenador de um curso que passa por um

processo de reforma curricular, delimitei-me a refletir possíveis caminhos a serem trilhados pelos diferentes coletivos da Educação Física que vislumbram ampliar e qualificar a formação de seus egressos para um campo de intervenção tão instigante e relevante para a construção de uma sociedade mais justa.

Avanços tímidos e movimentos de mudança

De partida, confesso a frustração inicial que tive ao confrontar o prenúncio dado pelo parecer da comissão do CNE, quando cita o “arcabouço teórico e metodológico do SUS” como referência para a construção do documento com o que foi materializado na resolução. Apesar de ter avançado em relação as DCNEF de 2004, destacando claramente o SUS no eixo articulador da saúde, as DCNEF não apresentaram princípios norteadores para a formação em saúde como um todo, as quais a Educação Física deveria idealmente se alinhar. A Constituição Federal de 1988 prevê, nos termos de seu art. 200, inciso III, que é competência do SUS, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988). Nesse sentido, destacamos o esforço do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em construir coletivamente – com os Ministérios da Saúde e Educação e com os conselhos federais das 14 categorias profissionais de saúde, representações das associações nacionais de ensino e executivas estudantis – um documento norteador para a construção de diretrizes curriculares para os cursos da saúde, contendo os pressupostos, princípios e diretrizes para a graduação na área da saúde. Listamos a seguir os incisos do art. 3º da Resolução/CNE nº 569, de 8 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017), que aprova as orientações gerais da formação em saúde:

- I - Defesa da vida e defesa do SUS como preceitos orientadores do perfil dos egressos da área da saúde;
- II - Atendimento às necessidades sociais em saúde;
- III - Integração ensino-serviço-gestão-comunidade;
- IV - Integralidade e Redes de Atenção à Saúde;
- V - Trabalho interprofissional;
- VI - Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) e componentes curriculares coerentes com as necessidades sociais em saúde;

- VII - Utilização de metodologias de ensino que promovam a aprendizagem colaborativa e significativa;
- VIII - Valorização da docência na graduação, do profissional da rede de serviços e do protagonismo estudantil;
- IX - Educação e comunicação em saúde;
- X - Avaliação com caráter processual e formativo;
- XI - Pesquisas e tecnologias diversificadas em saúde;
- XII - Formação presencial e carga horária mínima para cursos de graduação da área da saúde.

A busca pelo atendimento desses princípios, pressupostos e diretrizes, descritos em detalhes no parecer técnico nº 300/2017, anexa a referida resolução, deveria compor o rol de prioridades dos coletivos da Educação Física para que esta lograsse, de fato, um papel protagonista na formação de profissionais com vistas a atender às demandas sociais em saúde.

Entendemos que, dada a diversidade de campos de atuação da Educação Física e suas respectivas bases epistemológicas, é difícil, para não dizer utópico, esperar que os nossos currículos atendam às demandas de formação para o trabalho no SUS de maneira ampliada. Possuímos, no Brasil, exemplos de currículos especialmente desenhados para atender à demanda social no campo da saúde, como é o caso do curso de Educação Física – Modalidade saúde, da Universidade Federal de São Paulo, Unifesp-Campus Baixada Santista, que desenhou, desde sua origem, uma proposta integrada de formação para a saúde, incluindo outros cursos, como fisioterapia, serviço social, terapia ocupacional, psicologia e nutrição. Esta não corresponde à realidade da maioria dos cursos de Educação Física do Brasil, e, portanto, devem ser levadas em consideração ao pensarmos e problematizarmos as “aproximações possíveis”.

Não obstante as dificuldades intrínsecas desse processo, é possível, baseando-se nas DCNEF atuais, efetuar movimentos no sentido de qualificar nossos currículos e fortalecer nossa atuação no campo da saúde. Dessa forma, retomaremos alguns argumentos apresentados previamente (COSTA, 2019), aprofundando-os e complementando-os com novos elementos de análise.

O primeiro movimento que destacamos corresponde à adoção de uma visão sistêmica da formação no eixo da saúde, abandonando a ideia de que a inclusão de componentes curriculares pontuais (ex.: saúde coletiva, epidemiologia geral e da atividade física) seria suficiente. Uma abordagem articulada no tripé ensino-pesquisa-extensão se faz necessária, favorecendo a mediação dos processos de aprendizagem pela imersão na experiência, dando sentido aos conceitos e bases científicas da intervenção em saúde, mas não se restringindo a elas. A integração ensino-serviço-gestão-comunidade, destacada na resolução do CNS, entende que a imersão de estudantes nos serviços de saúde e em outros equipamentos desde o início de sua formação consolida o SUS como um espaço de aprendizagem, em que todos os atores são beneficiados. Particularmente relativo a operacionalização no currículo, entendemos que são essenciais a curricularização de ações de extensão vinculadas aos serviços de saúde, a consolidação e qualificação de estágios curriculares nos serviços de saúde e a articulação de componentes curriculares afins com os serviços de saúde. A utilização dos dispositivos das diretrizes, como as “práticas como componentes curriculares” e as “atividades integradoras de aprendizado”, constituem outros mecanismos formais para alcançar uma pretensa organicidade da abordagem do eixo saúde no currículo. Ainda, pode-se aproveitar de programas mais transitórios – pois dependem da manutenção institucional dos mesmos – como as residências multiprofissionais em saúde e o PET-Saúde, para estreitar a relação com a graduação e ampliar sua repercussão na formação inicial.

Um segundo movimento corresponde a uma aposta na educação interprofissional. É equivocado acreditar que o processo de trabalho em saúde dinâmico e eficiente se dará naturalmente quando os egressos de diferentes cursos se encontrarem nos distintos cenários de atuação. A formação interprofissional é fundamental para garantir maior resolutividade, integralidade e segurança nos cuidados em saúde (REEVES, 2016). Ignorar esse pressuposto na formação inicial não ajuda a transformar o trabalho em saúde, ainda marcado pela verticalidade da autoridade médica, pela redundância de procedimentos de saúde e baixa resolutividade (PEDUZZI, 2016). Para alcançar tal objetivo, é necessário que um coletivo maior de atores, além dos internos à Educação Física, se mobilize a fim de integrar minimamente os currículos. A criação de “zonas verdes” nos currículos tem sido aventada como estratégias iniciais. Esta corresponde a um acordo entre os cursos para guardar, na

grade semanal de oferta de componentes curriculares, um espaço livre que permita a integração dos graduandos em diferentes projetos acadêmicos. Além disso, pensar componentes curriculares que tematizem o trabalho interprofissional ao longo do curso de maneira mais sistemática pode favorecer o desenvolvimento de competências para o trabalho colaborativo. A atenção primária à saúde e a saúde mental são exemplos de campos de intervenção particularmente interessantes para o desenvolvimento do trabalho interprofissional e, portanto, passíveis de serem tematizados em componentes curriculares.

É importante destacar que não se trata apenas de ofertar componentes curriculares comuns aos diferentes cursos incluindo, na mesma sala de aula, discentes de diferentes cursos. Apesar de constituir um primeiro passo, essa estratégia é insuficiente para desenvolver competências para o trabalho colaborativo, tão almejado e necessário nos serviços de saúde. Aqui retomamos o primeiro movimento que citamos, o de dar organicidade ao eixo da saúde nos currículos. Pensar na integração de projetos de pesquisa e extensão, no compartilhamento de ações em projetos de ensino comuns vinculados aos serviços, nos estágios curriculares articulados em cenários de prática específicos e na utilização das “atividades integradoras de aprendizado” previstas nas DC-NEF pode auxiliar nesse percurso. Obviamente, todo esse movimento não ocorre de maneira verticalizada, sem a adesão de docentes e discentes ao paradigma do trabalho colaborativo e interprofissional. Portanto, movimentos iniciais exigem processos de sensibilização dos envolvidos e um percurso progressivo em direção à educação interprofissional. É válido destacar que tal paradigma não é interessante só no eixo da saúde, tendo em vista a natureza interdisciplinar e interprofissional da intervenção nos eixos/setores da educação, esporte, lazer e cultura.

Nossa terceira proposta de movimento, aqui unindo à nossa quarta propositura em manuscrito tratando o tema (COSTA, 2019), é a busca de maior equilíbrio na composição curricular no que diz respeito às epistemologias que tratam da saúde, do corpo e do homem. A Educação Física assistiu, nas últimas três décadas, um forte crescimento da área da biodinâmica do movimento em seus cursos de pós-graduação com perceptível impacto na formação inicial. Não é incomum bombardearmos nossos recém-ingressos com disciplinas das áreas mães da biologia, como bioquímica, fisiologia, anatomia, histologia e genética. Ora, o que podemos esperar desse percurso formativo se não um estreiti-

tamento da compreensão do homem, pelo discente, a um conjunto de sistemas orgânicos, que sofre influência do meio externo e no qual iremos intervir sistematicamente para otimizar os pretensos resultados no rendimento ou em indicadores metabólicos de saúde? A compreensão do fenômeno saúde-doença deve perpassar necessariamente o conhecimento e as elaborações teóricas das Ciências Sociais, Antropologia, Psicologia, Economia, entre outras. Se faz necessário aprofundar a contribuição das Ciências Humanas e Sociais de maneira mais equilibrada e integrada ao currículo. Não se trata aqui da criação, necessariamente, de componentes curriculares específicos, mas da adoção horizontalizada de um referencial epistemológico que amplie a compreensão dos condicionantes e determinantes sociais da saúde, que acolha outras visões de corpo e de cuidado em saúde, para além do hegemônico paradigma biomédico. A tematização de referenciais teóricos contidos na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2006), por exemplo, pode constituir uma estratégia inicial nessa direção.

Nesse sentido, acreditamos que a aproximação da licenciatura e do bacharelado na etapa comum de formação possui potencial para promover esse equilíbrio. Mais uma vez, destacamos o papel da visão sistêmica de currículo, que pode favorecer essa formação com base epistêmica ampliada tanto em componentes curriculares, como na extensão, na pesquisa, na imersão nas realidades cotidianas dos serviços de saúde, bem como nos cenários da educação básica, do esporte, do lazer e da cultura. Aqui, vislumbramos a riqueza de possibilidades da Educação Física intervir no, com e pelo corpo, ampliando substancialmente os modos de produção de cuidado em saúde em seu sentido mais amplo.

Um quarto movimento diz respeito a reestruturação do referencial pedagógico dos currículos. Abordagens disciplinares, centradas no professor, balizadas por uma relação de conteúdos a serem vencidos, já não são condizentes com as exigências do mundo do trabalho. Tanto o parecer do CNE (BRASIL, 2018) quanto a resolução do CNS (BRASIL, 2017) preconizam a busca por metodologias de ensino que promovam a aprendizagem colaborativa e significativa, segundo paradigmas de ensino-aprendizagem contemporâneos. Aqui é patente a necessidade de dar significado ao aprendizado, geralmente partindo dos problemas e desafios encontrados no mundo concreto. Contudo, frisamos que não se trata de uma panaceia da busca de métodos inovadores em detrimento da apropriação do conhecimento científico acumulado. Aborda-

gens problematizadoras e participativas de ensino-aprendizagem já vem sendo sistematicamente adotadas no ensino em saúde (FREITAS *et al.*, 2015) e podem ser acolhidas na Educação Física, abrangendo todos os eixos do currículo. Ressignificar o papel dos docentes e discentes no processo ensino-aprendizagem, dos componentes curriculares, sua estruturação e formas de avaliação exige flexibilização e abertura ao novo e, certamente, um suporte institucional das Instituições de Ensino Superior, tendo em vista a grande heterogeneidade do quadro docente e a cristalização de metodologias tradicionais de ensino no cotidiano das instituições.

O quinto movimento que julgamos necessário é a busca por maior equilíbrio no desenvolvimento das competências em suas dimensões do conhecimento, habilidades e atitudes. O trabalho em saúde, bem como nos outros setores de atuação profissional, não se resume ao domínio de um conjunto de conhecimentos e habilidades técnico-científicas que por si só garantem a inserção no mercado de trabalho e o atendimento às demandas da sociedade. Aqui, retomamos o primeiro princípio da resolução do CNS que apresenta a “Defesa da vida e defesa do SUS como preceitos orientadores do perfil dos egressos da área da saúde” (BRASIL, 2017). Destaca-se, portanto, a dimensão atitudinal da formação, que deve promover no egresso uma postura ética e política comprometida com o ideário de uma sociedade mais justa e equânime. A promoção do conhecimento e da defesa de políticas de seguridade social, como saúde, previdência e assistência social, bem como de políticas libertadoras e progressistas de educação, esporte, lazer e cultura, devem ser transversais no currículo, perpassando os diferentes componentes curriculares, sem, necessariamente serem aprofundadas em componentes curriculares específicos. Particularmente no campo da saúde, podemos nos comprometer enquanto área e nos unirmos aos demais atores sociais do campo da saúde e da sociedade na busca da ampliação do acesso e da qualidade da atenção à saúde, repudiando qualquer iniciativa no sentido contrário à ampliação e à consolidação de direitos da população brasileira.

Essas reflexões e sugestões não encerram a discussão sobre o tema e representam apenas um recorte daquilo que consideramos fundamental para qualificarmos paulatinamente a formação no campo da saúde. Todas elas exigem movimentos de docentes, discentes e suas instituições no sentido de se abrirem ao novo e se prepararem para o

enfrentamento de percalços que, inevitavelmente, surgem em qualquer processo de mudança.

FAQs sem respostas certas

As novas DCNEF, ao mesmo tempo que representam oportunidades de mudanças positivas, resultam em preocupações e incertezas nos diversos coletivos de cursos de graduação. Brincamos com a sigla FAQs, acrônimo da expressão em língua inglesa para *Frequent Asked Questions*, para ilustrar o quanto estamos inseguros sobre as possibilidades de materialização dos nossos currículos.

A já difundida consulta ao CNE da professora Zenólia Christina Campos Figueiredo (CNE, 2019), Pró-Reitora de Graduação da Universidade Federal do Espírito Santo, inaugurou o movimento para tentar responder nossas questões. A referida consulta tratava de questionar sobre a legalidade da instituição optar por ofertar apenas uma formação, no caso em tela, a licenciatura. Após uma série de premissas legais assumidas, o CNE afirma que “a IES poderá ofertar, a seu critério, apenas bacharelado ou apenas licenciatura, ou, ainda, as duas formações”. Com as mudanças das DCNs para a formação de professores, que em muitos momentos colidem com as DCNEF, outras dúvidas surgiram e também foram objeto de consulta ao CNE pela Universidade federal de Goiás e de Uberlândia (CNE, 2020a; 2020b).

Uma das primeiras preocupações consiste em evitar desequilíbrios na formação das turmas após a etapa comum de formação. Esta, sem dúvida, é uma preocupação de docentes/gestores por todo o Brasil. É provável que haja desequilíbrios, por vezes exagerados, no tamanho das turmas após o momento de “escolha” dos discentes por uma determinada formação. Uma solução provável seria a adoção de critérios objetivos de “desempate” dos candidatos (ex.: uso do coeficiente de rendimento acadêmico), contudo, parece-nos claro que fomentar esse tipo de concorrência em um período formativo não é razoável e desejável. Por outro lado, a frustração de realizar um curso indesejado pode repercutir de várias maneiras negativas no percurso formativo e na avaliação do curso (ex.: aumento da taxa de abandono).

Uma alternativa que tem sido aventada por muitos coletivos é a ideia de formação ampliada ou dupla formação ou habilitação. As pró-

prias DCNEF reconhecem essa possibilidade em seu art. 30, desde que respeitada as exigências da resolução. Contudo, a opção por esse caminho exigirá de seus proponentes um estudo minucioso dos efeitos no tempo e no perfil de formação, não sendo, portanto, trivial ajustar o currículo de maneira que atenda as duas formações.

A carga horária da etapa específica, por exemplo, certamente deveria ser a mais integrada possível, pois não nos parece razoável acreditar que serão exigidas 1.600 horas de cada formação na etapa específica, o que totalizaria 4.800 horas, equivalente a seis anos para um curso de apenas um turno. O próprio parágrafo terceiro, do inciso II, do art. 5º, prevê que a “integração entre as áreas específicas dependerá de procedimento próprio e da organização curricular institucional de cada IES, sendo vedada a eliminação de temas ou conteúdos relativos a cada uma das áreas específicas indicadas” (BRASIL, 2018). Cabe aos coletivos dos cursos estabelecerem desenhos curriculares que dialoguem na etapa específica de formação e que otimizem o tempo de formação.

Um dos maiores desafios impostos para a reforma curricular constitui o atendimento das diretrizes de formação de professores e as da Educação Física simultaneamente. Esta, sem dúvida, nos parece uma das questões mais complexas a serem resolvidas. As DCNEF referiram a resolução CNE de 2015, claramente mais flexível e avançada que sua atualização pela Resolução CNE/CP nº 2, de 20 de dezembro de 2019 (BRASIL, 2015), intensamente criticada por associações de ensino e por pesquisadores do currículo (ANFOPE; FORUMDIR, 2018; LAVOURA; ALVES; SANTOS JÚNIOR, 2020). Para ilustrar um dos problemas: verifica-se a impossibilidade de oferta de componentes curriculares próprios da formação de professores apenas a partir do quinto período. Essas normativas, ao nosso entender, entram em rota de colisão e dão margem para que as IES pensem outros modelos de formação para além do formato etapa comum/etapa específica. Por exemplo, é possível trabalhar em uma proposta em que todos os ingressantes tenham contato com os conteúdos próprios da formação de professores nos dois primeiros anos, caminhando para uma dupla formação.

Nos parece claro que o modelo ao “pé da letra” da resolução não será viável e, certamente, passará por “ajustes” em muitas IES. Podemos antever problemas de fluxo de alunos na trajetória do curso e dificuldades de operacionalização. Uma delas consiste na capacidade de mi-

nistrar o curso para turmas maiores, já que agora a entrada seria única. Uma provável solução para esse problema será a oferta para turmas distintas (ex.: turma A e B), mas essa alternativa deverá ser considerada à luz de limites operacionais, como, por exemplo, problemas de alocação de carga horária do corpo docente.

Poderíamos seguir com perguntas mais genéricas ou mais específicas por “páginas a fio”, como, por exemplo, a discussão sobre como os eixos da saúde/esporte/lazer/cultura podem atravessar as duas formações, se é necessário ou obrigatório “dar conta” de todos eles, como fica a oferta de componentes vinculados ao ensino dos esportes (etapa comum ou específica?) entre outras. Podemos ousar em uma resposta genérica para todos esses questionamentos da nossa seção de FAQs: cada coletivo (docentes, discentes e suas instituições) encontrará as suas respostas considerando as ambiguidades normativas, estrutura, história e perfil institucional, seu potencial e perfil docente, a característica de seus ingressos e as demandas sociais de sua localidade ou região. Devemos assumir que os currículos são forjados no chão das instituições proponentes, considerando todos esses elementos, e, prender-se ao “pé da letra” nas normativas não garantirá nem um perfil de formação adequado nem a “tão desejada” segurança jurídica.

Considerações finais

Tentamos, ao longo desse manuscrito, apontar as necessidades – insuficiência da abordagem da saúde na formação inicial –, apresentar a ferramenta que nos foi facultada – as DCNEF – e discutir caminhos possíveis para qualificarmos a formação para a saúde nos currículos de formação inicial, considerando o mundo do “possível”. Partimos de uma abordagem mais pragmática, considerando nosso posicionamento enquanto coordenador de curso, e respeitando nossos limites para análises teóricas mais robustas. Julgamos que, ao considerar a coletânea de textos apresentados nesta obra, o leitor poderá apropriar-se, de maneira mais profunda e complexa, de todos os elementos que envolvem a estruturação dos currículos com vistas a tratar a formação para o campo da saúde sob uma perspectiva mais estruturada e consequente.

Referências

ASSOCIAÇÃO NACIONAL PELA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO; FÓRUM NACIONAL DE DIRETORES DE FACULDADES/CENTROS/ DEPARTAMENTOS DE EDUCAÇÃO OU EQUIVALENTES DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS. **Manifesto em defesa da formação de professores**. Disponível em: http://www.anfope.org.br/wp-content/uploads/2018/12/NOTA_FORMA%C3%87%C3%83O_PROFESSORES-Anfope-Forumdir.pdf Acesso em: 08 jun. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 15 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n. 7, de 31 de março de 2004**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ces0704 edfisica.pdf>. Acesso em: 24 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-Nasf. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html Acesso em: 20 de maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 569 de 8 de dezembro de 2017**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>. Acesso em 15 de mai 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câ-

mara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n. 6, de 18 de dezembro de 2018**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Educação Física e dá outras providências. Brasília, DF, 2018. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/55877795. Acesso em: 20 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 639, de 31 de março de 2020. Dispõe sobre a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde”, voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). **Diário Oficial da União**, 2 abr. 2020a.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 10.344, de 11 de maio de 2020. Altera o Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, que regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. **Diário Oficial da União** 2020b; 11 mai. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/decreto-n-10-344-de-11-de-maio-de-2020-256165816>. Acesso em: 20 de maio 2020.

COLÉGIO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE. **Carta aberta sobre reabertura de academias para as práticas corporais e atividades físicas no contexto da pandemia**. Disponível em: http://www.cbce.org.br/upload/biblioteca/Carta_coletivo_8-6-2020.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Ofício nº 361/2019/CES/SAO/CNE/CNEMEC**. Esclarecimentos acerca da oferta do curso de graduação em Educação Física em resposta a consulta da Pró-Reitoria-UFES. 18 jun. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Ofício nº 310/2020/CES/SAO/CNE/CNEMEC**. Esclarecimentos sobre a Resolução CNE/CES nº 6/2018 em resposta a consulta da Faculdade de Educação Física e Dança da UFG. 06 jul. 2020a.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Ofício nº 320/2020/CES/SAO/CNE/CNEMEC**. Esclarecimentos sobre a Resolução CNE/CES nº 6/2018 em resposta ao Ofício nº 274/2020/ReitoriaUFU. 09 jul. 2020b.

COSTA, Filipe Ferreira da. Novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Educação Física: oportunidades de aproximações com o SUS? **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis,

v. 24, p. 1-4, set. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.12820/rbafs.24e0067>. Acesso em: 10 abr. 2020.

FRAGA, Alex Branco; CARVALHO, Yara Maria de; GOMES, Ivan Marcelo. Políticas de formação em educação física e saúde coletiva. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 367-386, nov. 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1981-77462012_000300002. Acesso em: 23 set. 2020.

FREITAS, Cilene Maria *et al.* Uso de metodologias ativas de aprendizagem para a educação na saúde: análise da produção científica. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 117-130, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00081>. Acesso em: 15 jun. 2020.

LAVOURA, Tiago Nicola; ALVES, Melina Silva; JUNIOR, Cláudio de Lira Santos. Política de formação de professores e a destruição das forças produtivas: BNC-formação em debate. **Práxis Educacional**, Vitória da Conquista, v. 16, n. 37, p. 553-577, mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v16i37.6405>. Acesso em: 17 jun. 2020.

LOCH, M. R.; DIAS, D. F.; RECH, C. R. Apontamentos para a atuação do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde: um ensaio. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 24, p. 1-5, ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.12820/rbafs.24e0069>. Acesso em: 13 jul. 2020

MANOEL, Edison de Jesus; CARVALHO, Yara Maria de. Pós-graduação na educação física brasileira: a atração (fatal) para a biodinâmica. **Educação e pesquisa**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 389-406, ago. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-97022011000200012>. Acesso em: 11 jul. 2020.

NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devidé; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Saúde Coletiva e Educação Física: distanciamentos e interfaces. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1913-1922, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.23882015>. Acesso em: 18 jul. 2020.

PEDUZZI, Marina. O SUS é interprofissional. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/180757622015.0383>. Acesso em: 18 jul. 2020.

REEVES, Scott. Porque precisamos da educação interprofissional para

um cuidado efetivo e seguro. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 185-197, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>. Acesso em: 20 jul. 2020.

SILVA, Paulo Sérgio Cardoso. Physical Education Professionals in the Unified Health System: an analysis of the brazilian registry of health institutions between 2013 and 2017. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 23, p. 1-8, maio 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.12820/rbafs.23e0050>. Acesso em: 25 jun. 2020

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)**. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020.

DCN, SUS E Educação Física: ecos da discursividade biomédica na avaliação estudantil dos currículos 2012-2017 da UFRGS

Ana Paula Dahlke

Alex Branco Fraga

O Conselho Nacional de Educação (CNE) publicou, em 18 de dezembro de 2018, a Resolução CNE nº 6 (Brasil, 2018b), que trata das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Educação Física. Dentre as mudanças mais significativas, está o ingresso único, que torna possível aos estudantes, após cursarem quatro semestres de etapa comum, a opção pela finalização do curso nas etapas específicas da licenciatura ou do bacharelado.

Na introdução do Parecer CNE/CES nº 584/2018, que sustentou os argumentos para a aprovação da referida resolução, consta que a proposta foi construída por meio da análise dos efeitos de 13 anos de vigência das diretrizes anteriores, e que as demandas de integração dos cursos de Educação Física, bem como as experiências curriculares bem-sucedidas nesse período, foram atendidas nas DCN de 2018. Os conselheiros signatários do documento destacam que a resolução traz avanços em relação às anteriores, pois assume a perspectiva de uma integração curricular pautada, principalmente, no arcabouço teórico e metodológico do Sistema Único de Saúde (SUS) para o Bacharelado e da Formação de Professores e Educação Escolar para a Licenciatura (BRASIL, 2018a).

A Resolução CNE nº 6/2018, ao propor a integração das habilitações licenciatura e bacharelado em Educação Física por meio de um único ingresso na graduação e compartilhamento de 50% do curso, introduziu dois pontos até então inéditos desde aprovação da Resolução nº 03/1987⁴³: (1) explicitação das divisórias entre os graus acadêmicos a partir da metade do curso; e (2) valorização da formação voltada para o SUS no percurso específico do bacharelado (BRASIL, 2018b, p. 2).

43 Por meio dessa resolução, a figura do bacharelado na área de Educação Física foi introduzida (FRAGA *et al.*, 2010; FURTADO, 2020).

De um modo geral, as poucas publicações que tratam especificamente de analisar a Resolução CNE nº 6/2018, como não poderia ser diferente, centram suas críticas no primeiro ponto, especialmente no caráter restritivo à atuação profissional do licenciado (FREITAS; OLIVEIRA; COELHO, 2019; DIAS *ET AL.*, 2019; HECKTHEUER; LINCK, 2020; OLIVEIRA; GOMES, 2020; PALMA, 2020; SOARES; ATHAYDE; LARA, 2020).

O livro *Formação profissional e mundo do trabalho*, volume 4 da coleção comemorativa aos 40 anos do Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte (CBCE), organizado por Marta Genú Soares, Pedro Athayde e Larissa Lara (2020), é uma produção que se dedica a analisar mais detidamente os efeitos do ordenamento legal de 2018 a partir da relação formação inicial e exercício profissional. Em alguns dos textos dessa coletânea, é possível encontrar análises críticas ao modo como o SUS é abordado na Resolução CNE nº 6/2018.

No capítulo escrito por Ventura e Anes (2020, p. 25), os autores corroboram com a avaliação apresentada no Parecer CNE/CES nº 584/2018 de que o SUS “foi abordado satisfatoriamente pelos cursos de Educação Física, cumprindo com os preceitos da Resolução CNE/CES nº 07/2004 e que, as atuais diretrizes devem buscar a consolidação desta política nacional”, bem como defendem que essa orientação seja estendida também aos cursos de licenciatura. No texto de Santos Júnior, Rodrigues e Lavoura (2020) há uma crítica muito pontual sobre o fato de as referências ao SUS naquela resolução estarem restritas aos cursos de bacharelado. Esses autores argumentam, com base no trabalho de Adriana Machado Penna⁴⁴, que tal restrição não seria condizente com normativas do Ministério da Saúde, mais especificamente à Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017⁴⁵, que indica “Profissional/Professor de Educação Física” como uma das ocupações que poderiam compor os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e, por esse motivo, consideram haver um equívoco da Resolução CNE/CES nº 6/2018.

Em ambos os trabalhos a crítica está concentrada no fato de o SUS ter sido considerado ponto de convergência apenas da formação no ba-

44 Os autores fazem menção a um trabalho dessa autora que estaria no prelo: PENNA, A. M. Parecer CNE/CES 584/2018: o ‘parecer’ das incertezas...? Por uma educação física unificada: a certeza da resistência. Rio de Janeiro, 2018. Contudo, a publicação não estava disponível na internet em 25 de agosto de 2020, data da nossa última busca na internet.

45 Essa portaria (BRASIL, 2017) trata da aprovação da Política Nacional de Atenção Básica e estabelece as diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito SUS.

charel e da consequente limitação de acesso ao licenciado, mas não há referência ao fato de que o SUS, em que pese as diferentes políticas governamentais implementadas nesse sentido, não tenha chegado a permear o processo formativo tal como sugere o Parecer CNE/CES nº 584/2018.

Palma (2020), em texto publicado no volume 11 da mesma coleção comemorativa publicada por ocasião dos 40 anos do CBCE, justifica a incompatibilidade entre a Resolução CNE nº 6/2018 e a Portaria nº 256, de 11 de março de 2013 (BRASIL, 2013a) pelo fato de a portaria ter incluído na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), o código provisório 2241-40⁴⁶, que considerava tanto o bacharel quanto o licenciado como “Profissional da Educação Física na Saúde”, e a resolução ter destacado o SUS como um princípio que orienta a formação específica do bacharel. Além de criticar a divisão das habilitações dentro de um único curso e o alijamento da possibilidade de o licenciado atuar em sintonia com o SUS, Palma (2020, p. 21) critica o fato de que os saberes ligados à saúde, majoritariamente biomédicos e preventivista, são tratados na formação inicial da área de forma desconectada das premissas da promoção da saúde. Para o autor, parece existir um descompasso entre o saber produzido sobre saúde na Educação Física brasileira e aquilo que se espera na atuação no “chão do SUS”.

Não há dúvidas de que a referência ao SUS nas DCN da Educação Física de 2018 é um avanço como todos os textos acima mencionados sublinham, pois, até então, a Educação Física era a única das profissões do campo da saúde que ainda não havia consolidado em seus documentos normativos tal compromisso (DESSBESELL; CABALLERO, 2016; BUENO; BOSSLE; FRAGA, 2018; OLIVEIRA; GOMES, 2020; PALMA, 2020; FURTADO, 2020). Contudo, fazer menção ao SUS como princípio orientador da produção curricular dos cursos de bacharelado não garante a superação de uma formação enviesada por uma concepção médico-centrada, pois essa lógica só se materializa nos currículos da Educação Física porque está inscrita numa forma de pensar saúde que, desde há muito tempo, tem sido dominante no campo (WACHS,

46 O CBO 2241-40 “Profissional de Educação Física na Saúde”, em redação provisória do Ministério da Saúde, considerava de modo explícito os dois graus acadêmicos (licenciatura e bacharelado) para fins de registro nos serviços do SUS. A partir de 17 de fevereiro de 2020, o Ministério do Trabalho tornou definitivo, mas a menção aos graus acadêmicos foi retirada. A súmula desse CBO se encontra disponível no seguinte link: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/BuscaPorCodigo.jsf>> Acesso em: 25 ago. 2020. Para saber mais sobre a relação CBO da Educação Física e registro das atividades no SUS, ver o artigo de Bueno, Bossle e Fraga (2018).

2013; DESSBESELL; CABALLERO, 2016; BOSSLE; FRAGA, 2016; PALMA, 2020; FURTADO, 2020).

Tal como aponta Roberto Furtado (2020), “não será a Resolução em si que determinará os caminhos e perfis curriculares. Ao contrário, são as compreensões sobre a Educação Física, as disputas, posicionamentos e interesses em cada IES, que darão o acabamento ao projeto de formação” (FURTADO, 2020, p. 128). Para esse autor, em função da força dos programas de pós-graduação *stricto sensu*, majoritariamente dominados pela perspectiva biodinâmica, as disciplinas dessa vertente têm ocupado um espaço cada vez maior nos currículos de licenciatura e bacharelado, conseqüentemente, as possibilidades de alunos e alunas terem acesso aos referenciais teórico-metodológicos das Ciências Humanas e Sociais, a partir dos quais o campo da Saúde Coletiva majoritariamente tematiza o SUS, estão cada vez mais reduzidas.

O estudo de Oliveira e Gomes (2020), que analisou o modo como o tema saúde aparece nos currículos dos cursos de licenciatura e bacharelado em Educação Física de uma universidade pública no Espírito Santo, também identificou a mesma desproporção apontada por Furtado (2020). Em uma investigação baseada em análise documental dos projetos pedagógicos e em entrevistas com sete professores que participaram do processo de reformulação dos cursos, Oliveira e Gomes (2020, p. 1) concluíram que “as configurações atuais do tema da saúde se vinculam, majoritariamente, às ciências naturais e biológicas (com maior evidência no curso de bacharelado) e, em menor grau, às ciências sociais e humanas/saúde coletiva”.

Para que possamos contribuir com o entendimento desse contexto específico, consideramos importante analisar o modo como os/as estudantes que passaram por experiências curriculares de algum modo inspiradas nos pressupostos do SUS percebiam o tema saúde na formação inicial em Educação Física. Por isso, nos valem de parte dos dados e análises desenvolvidos em uma dissertação de mestrado (DAHLKE, 2017), cujo objetivo foi analisar os processos discursivos que levaram estudantes dos cursos de licenciatura e bacharelado em Educação Física da UFRGS a significarem os processos de saúde-doença muito mais pelo viés biomédico do que sociocultural.

Utilizando do dispositivo teórico-metodológico da Análise do Discurso, fundada por Michel Pêcheux (2009), as análises se centra-

ram nas diferenças, convergências, contradições e silenciamentos sobre o tema saúde nas falas dos/das estudantes que estavam matriculados a partir de 2012 nos cursos de licenciatura e bacharelado em Educação Física da UFRGS, ano em que foram implantados naquela instituição currículos que tinham o SUS como um dos seus princípios orientadores.

A busca por pistas desse processo de significação se deu por meio da análise das discursividades materializadas nos relatórios de avaliação do NAU/ESEFID/UFRGS⁴⁷, observando as diferentes posições de sujeito imbricadas nas falas que tratavam da relação entre Educação Física e saúde, possibilitando refletir sobre a ideologia como mecanismo de naturalização dos sentidos e produção de evidências.

Para o presente texto, fizemos uma nova análise da empiria daquela pesquisa e articulamos a argumentação lá apresentada com a literatura publicada posteriormente. Nessa nova empreitada, o modo como os/as estudantes avaliaram a travessia naquela experiência curricular nos levou a problematizar alguns dos condicionantes que justificam a inserção do SUS como elemento destacado no eixo saúde da formação do bacharel em Educação Física nas DCN de 2018.

Panorama da produção curricular dos cursos de Educação Física da UFRGS

O curso de Educação Física da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança (ESEFID) da UFRGS⁴⁸, desde a sua criação em 1940,

47 Na UFRGS, nosso foco de análise, as avaliações institucionais são atribuídas à Secretaria de Avaliação Institucional. A essa secretaria cabe o serviço da Comissão Própria de Avaliação (CPA), que é representada nas unidades pelos Núcleos de Avaliação das Unidades (NAU). Ao NAU, compete a construção de uma cultura de avaliação que permita analisar a distância entre onde se está e onde se quer chegar, ou seja, avaliar o que há no momento para possíveis melhoras no futuro (MARQUES *et al.*, 2010). O NAU é composto por quatro representantes docentes, dois representantes do corpo técnico-administrativo e dois representantes discentes, sendo um da graduação e um da pós-graduação, indicados pelo Diretório Acadêmico e Associação dos Pós-Graduandos, respectivamente.

48 A Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança (ESEFID) é uma unidade acadêmica pertencente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), localizada no Campus Olímpico. Atualmente, a Escola oferece graduação em Licenciatura em Dança, Bacharelado em Fisioterapia e Licenciatura e bacharelado em Educação Física – até 2018, o ingresso se fazia via vestibular para a Licenciatura e via pedido de permanência ou ingresso de diplomado para o bacharelado (os cursos deverão ser alterados para Graduação em EF pela Resolução CNE/CES nº 6/2018). Oferece também cursos de pós-graduação lato sensu e cursos de mestrado e doutorado acadêmicos, que fazem parte do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano.

passou por quatro grandes reformulações que aconteceram em 1970, 1987, 2005 e 2012. As três primeiras reformulações aconteceram em virtude de marcos regulatórios educacionais, que mobilizaram toda a formação em Educação Física no Brasil. Entretanto, a reestruturação curricular de 2012 foi impulsionada por discussões internas da comunidade acadêmica da Escola, motivadas principalmente pela fragmentação dos cursos e pela discriminação das habilitações profissionais por força da Lei nº. 9696/1998 (BRASIL, 1998), que regulamentou a profissão. Outro aspecto motivador da mudança foi a adesão ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde II), em 2008 (FRAGA *et al.*, 2010; UFRGS, 2012, 2017).

Dois anos depois da implantação dos novos currículos nos cursos de Educação Física, no início de 2005, a comunidade acadêmica passou a discutir de forma mais intensa as consequências da adoção da formação fragmentada. A partir de 2007, os debates levaram à criação da Comissão de Reforma Curricular, que iniciou seus trabalhos sobre o currículo em 2009 (UFRGS, 2012; UFRGS, 2017).

O projeto curricular de 2012 buscou conciliar a exigências legais para a formação em Educação Física e as demandas da comunidade escolar, levando em conta a tradição da Escola na formação de professores e na área de esporte e lazer e, também, uma nova possibilidade de atuação profissional que se delineava – o campo da saúde —, considerando a inclusão da Educação Física como uma das profissões da área da saúde e o Pró-Saúde II.

Embora o conjunto de diretrizes para os cursos de Educação Física publicadas em 2004, que orientaram a construção dos currículos de 2012 da UFRGS, não fizessem referência direta ao SUS, havia, naquele momento histórico, um incentivo, por meio de políticas públicas, para introdução e permanência do professor/profissional de Educação Física no campo da saúde, entre as quais podemos citar a Política Nacional de Promoção da Saúde, os Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) e as Academias da Saúde (FRAGA, 2016).

Já com a implantação do novo currículo, algumas questões foram fomentadas, principalmente, pela apresentação do conceito ampliado de saúde e as possibilidades cada vez mais concretas da efetiva inserção da Educação Física em serviços de saúde. Esse movimento permitiu

pensar a saúde de um modo diferente daquele que vinha sendo assinalado nos documentos curriculares anteriores. Questões que estavam (e ainda estão) intimamente relacionadas às dimensões socioculturais e históricas da Educação Física, ao campo da saúde de um modo geral e à articulação da formação em Educação Física em interface com a saúde.

A Educação Física tem sido reiteradamente atravessada pelo ideário de saúde de cada época, sendo considerada responsável pela construção e pela manutenção do chamado “corpo saudável”, tomado muitas vezes como causa e efeito, cumprindo uma função sanitária (Wachs, 2013)⁴⁹. As atividades físicas têm sido reconhecidas como uma forma privilegiada de se obter saúde e ser saudável dentro de uma perspectiva centrada nos pressupostos biomédicos, que têm sido hegemônicas na área por um longo período. A relação atividade física e saúde é bem consolidada, é da ordem do já-conhecido – considerada um princípio universal – que se encontra explícita na formulação “exercitar faz bem para a saúde!”. Contudo, em alguns momentos dessa relação aparentemente tão clara, tão transparente e estável, advém opacidade. Afinal, de qual saúde estamos falando? De qual saúde a Educação Física fala e se ocupa? Qual o entendimento de saúde que os/as estudantes de Educação Física constroem/assumem durante a sua formação? Que discursos estão aí atravessados?

Sentidos de saúde na formação em Educação Física da UFRGS

As considerações acerca dos discursos sobre saúde na formação de estudantes de Educação Física partem de uma teoria que reconhece como ilusão a crença que o sujeito tem de ser a origem do seu dizer e ter controle sobre o que diz (Pêcheux, 2009). Os discursos aqui colocados e organizados em seqüências discursivas⁵⁰ (SD) numeradas ressoam

49 A tese de Felipe Wachs (2013), intitulada “Funções sanitárias projetadas nos currículos da educação física: estudo a partir da disciplina de higiene no ensino de graduação”, retrata o redimensionamento da disciplina de Higiene, ofertada ininterruptamente pelo Departamento de Medicina aos cursos de Educação Física da UFRGS de 1941 a 2011. A pesquisa de Wachs traz o componente histórico da relação da Educação Física e saúde na trajetória curricular dos cursos de Educação Física da ESEFiD/UFRGS e busca compreender os câmbios nos sentidos dados à saúde ao longo do tempo e às funções projetadas à Educação Física enquanto profissão da saúde nos 70 anos de existência daquela disciplina.

50 Seqüências discursivas (SD) são “seqüências orais ou escritas de dimensão superior à frase” (COURTINE, 2014, p. 55), organizadas de acordo com as seqüências linguísticas que remetem

como parte daquilo que já foi dito “antes, em outro lugar, independentemente” (PÊCHEUX, 2009, p. 142). Esses discursos permitem assinalar a ideologia que interpela os sujeitos discursivos neste caso específico: os/as estudantes dos cursos de Educação Física da UFRGS.

Por ideologia, entendemos, com base nos estudos de Michel Pêcheux, a possibilidade de constituir sentido por meio dos discursos. É a ideologia que fornece as evidências para que as palavras representem ou “queiram dizer exatamente o que dizem” (PÊCHEUX, 2009, p. 146) e produzam o efeito de “transparência da linguagem”. Assim, os sentidos são produzidos pela língua nos discursos, sendo o discurso a materialidade da ideologia, isto é, a língua é a materialidade do discurso, que por sua vez é a materialidade da ideologia. Assim, a formação discursiva é o lugar onde a ideologia determina “o que pode e deve ser dito” (PÊCHEUX, 2009, p. 147).

Assim, a Análise do Discurso, tendo como objeto o discurso, deixa de considerar apenas o conteúdo para analisar como a linguagem funciona no processo de significação. Deixa de considerar a referencialidade da prática linguística, para adentrar nas condições de produção daquilo que se diz (ou se pode dizer) e do que se deixa (ou não se deixa) dizer. Portanto, nos discursos constantes nos relatórios de avaliação do NAU sobre os currículos dos cursos de Educação Física da UFRGS, a análise foi direcionada à historicidade da Educação Física e da saúde, considerando os “já-ditos” e os discursos que vêm de “outros lugares”, os quais ressoam na memória e que têm representatividade no momento atual na área da Educação Física.

Ao percorrer os fios discursivos que costuram essa rede de significação, foi possível apresentar três diferentes pontos de confluência das falas dos/das estudantes sobre o processo de formação ao qual estavam submetidos, que foram agrupados em três tópicos analíticos correspondentes: 1) “Mais prática e menos teoria”; 2) “Menos cadeiras de Ciências Sociais e mais de Educação Física”; 3) “Dá vontade de se formar em Educação Física e fazer Fisioterapia”⁵¹.

a uma memória, referenciadas nas formações discursivas (MITTMANN, 2007), respeitando a heterogeneidade dos discursos e sabendo que esses são constituídos e atravessados por discursos que vêm de outro lugar.

51 Utilizamos fragmentos das respostas dos estudantes, captadas nos questionários de avaliação dos currículos dos cursos de Educação Física do NAU, para nomear os respectivos tópicos em análise.

“Mais prática e menos teoria”

SD 1: [...] há muita teoria que não é relacionada com a Educação Física em si (esportes, corpo) e pouca prática. (NAU, 2012)

SD 2: Eu não disse que a teoria não é importante, teoria é a base de tudo, mas é educação física, né? Precisa ver, ter pelo menos o básico de cada esporte. (NAU, 2016a)

Na formulação “Educação Física em si (esportes, corpo)”, diferentes abordagens da cultura corporal de movimento são aí silenciadas. O silêncio, ou o não-dito, nesse caso específico, é uma forma de significação e dá indícios sobre a posição que o sujeito toma em uma determinada formação discursiva. Há, portanto, sentido no silêncio!

Quando o sujeito discursivo silencia dimensões relacionadas à área da Educação Física, esse silenciamento nos remete a um entendimento restrito, à uma “determinada” Educação Física: acentuadamente esportivizada e definidora do tipo de prática almejada.

Ainda na SD1, chama a atenção o ato falho no trato do conteúdo da Educação Física – “muita teoria que não é relacionada com a Educação Física em si (esportes, corpo)”. Ao tentar especificar a parte teórica que estaria relacionada ao conteúdo específico da Educação Física, o sujeito desliza, pois esporte e corpo estão relacionados, *à priori*, à prática, àquilo que é, para o sujeito, o sentido identitário da área. O deslize materializa a relação do sujeito com a ideologia. Dessa forma, o que está dito está claro e é evidente para o sujeito que pensa ter controle sobre os seus dizeres – esse é o efeito da ideologia: o efeito de evidência, quando na verdade há opacidade na linguagem e o real é dissimulado. Do mesmo modo, na SD2, “é Educação Física, né?” implica em não ter teoria, e sim “ter pelo menos o básico de cada esporte”. Então, mais uma vez, é possível perceber que a área parece ter sua identidade marcada pela prática e, muito intimamente, a prática esportiva.

A identificação com os esportes está historicamente marcada na constituição da Educação Física. Entre as décadas de 1970 e 1990, falar em esportes era como falar da própria Educação Física. Havia, naquele período, conforme apontam Bossle e Fraga (2016), o objetivo de desenvolver os esportes de alto desempenho em nível internacional, dire-

cionando a área para um processo de cientificação. Entretanto, para os mesmos autores, o modelo de formação baseado na prática esportiva era considerado pouco científico e desvalorizado academicamente. E, então, para que a profissão pudesse se fortalecer e se legitimar nos espaços profissionais, acadêmicos e perante a sociedade, a Medicina do Esporte foi introduzida. Paulatinamente, os saberes das práticas esportivas passaram a estar subordinados aos saberes científicos com base biomédica, um processo que Bossle e Fraga (2016) denominaram de “racionalidade biomédica desportiva”, uma composição entre o esporte e o fazer científico que conferia prestígio acadêmico à área.

Nas SD3 e 4 destacadas abaixo, as falas dos sujeitos também direcionam para a relação pouca prática/muita teoria.

SD 3: O problema é que a questão educação física talvez seja um dos poucos cursos onde a prática seja mais importante que a teoria, e o nosso currículo pelo menos no primeiro semestre a teoria é esmagadora. (NAU, 2016a)

SD 4: É, até na cadeira de anatomia se a gente tivesse mais práticas, porque a gente teve poucas vivências reais do corpo mesmo, acho que seria bem fundamental, porque a parte teórica complementaria a prática. (NAU, 2016a)

Os discursos transcritos assumem que o “excesso” de teoria caracteriza a Educação Física, vista como essencialmente prática. A prática é um dos componentes que identifica a atuação profissional, e por esse motivo é tão cara à área. O processo de cientificação descrito acima contribuiu de forma decisiva para a estruturação de uma formação profissional mais teórica e acadêmica na qual a prática foi sendo cada vez mais secundarizada (BOSSLE; FRAGA, 2016). A cientificidade ficou a cargo das disciplinas mais voltadas aos saberes biomédicos, que trariam o reconhecimento que a área estava buscando⁵².

Assim, a reivindicação por mais prática parece, de um certo modo, resgatar uma tradição de formação em Educação Física anterior à hipervalorização da teoria de caráter científico, mais conectada às de-

52 Na ESEFID, o nome do Programa de Pós-Graduação stricto sensu é Ciências do Movimento Humano, que foi fundado em 1989. Essa era uma das nomenclaturas disponíveis à época para acentuar o caráter científico da Educação Física, além de outras tais como: Ciência da Motricidade Humana, Ciência da Ação Motriz, Ciência do Movimento Humano e, especialmente, Ciências do Esporte (Bossle; Fraga, 2016).

mandas de interação social do que dedicada à pesquisa básica – o que poderia ser considerado, à primeira vista, um paradoxo ou uma posição contrária à ideologia dominante, que se baseia no *status* e valor social do conhecimento biomédico. Mas, como veremos a seguir, a demanda por mais prática não é a mera e simples oposição a toda e qualquer teoria.

“Menos cadeiras de Ciências Sociais e mais de Educação Física”

SD 5: Achei esse novo currículo muito mais voltado as áreas sociais, de lazer e cultura, e não concordo com essa visão de educação física que não faz com que os alunos entendam as áreas fundamentais e de base como as disciplinas biológicas. (NAU, 2012)

SD 6: Excesso de cadeiras focadas em temas como sociologia, e menos na área da saúde. (Resposta no questionário sobre suficiência da proposta curricular para o desempenho profissional, NAU 2016a)

Nas SD em epígrafe, quando os/as alunos/as reivindicam novas disciplinas ou ajustes no currículo, há majoritariamente a demanda por disciplinas eminentemente teóricas. Contradição? Não exatamente. Os apelos a um curso de formação com característica mais prática que teórica, ou seja, uma rejeição à teoria, não é à toda e qualquer teoria, e sim ao conjunto de disciplinas teóricas vinculadas às Ciências Humanas e Sociais, com inferências à sua “(in)utilidade” na formação para a atuação na área. Em outras palavras, a teoria é considerada importante para a formação profissional, contudo, não a teoria que estava sendo proposta pelos Projetos Pedagógicos Curriculares e ofertada nas disciplinas no currículo implementado a partir de 2012.

SD7: É inadmissível termos 12 créditos de Estudos Socioculturais e não termos Bioestatística, Bioquímica e Farmacologia no currículo obrigatório. (NAU, 2012)

SD8: A qualidade de ensino, no início a gente tava até comentando de acordo com o currículo, pra educadores físicos, Bioquímica seria obrigatória. A forma como o currículo foi montado e se querem mesmo educadores físicos completos, teria que colocar aquelas Práticas Avançadas [Esportes] que tinha antes [...] porque isso é o que vai te montar por completo. As cadeiras de socioculturais, eu não tenho nada contra, mas eu acho que poderia diminuir [...]. Sendo que também o nosso foco

em Educação Física, se é o que a UFRGS quer, ou não sei, colocar mais essa parte do corpo humano, do que ele produz, do que é bom, do que é ruim. Nutrição, que tem no nosso currículo, é eletiva também. Prescrição de Treino, tudo mais, é lá pra diante, aí é só se tu quiser bacharel, mas algumas coisas essenciais tá faltando no currículo, tem gente que vai se formar em 4 anos, mas vai se formar perneta. Acho que é isso... (NAU, 2016b)

As SD acima representam uma vertente que entende Educação Física e saúde pelo seu aspecto biológico, em uma relação hierárquica de saberes na qual as Ciências Humanas e Sociais se encontrariam em um patamar abaixo. A formulação “se querem mesmo educadores físicos completos” passa por um processo de fabricação do sujeito estudante no qual as engrenagens são os conteúdos provenientes das disciplinas de cunho biomédico, tais como Bioestatística, Bioquímica, Farmacologia, Prescrição de Treino e Nutrição. Aqui é possível “escutar” outro silêncio em relação às dimensões da formação, mesmo que os princípios do SUS tenham sido elementos norteadores dos currículos criticados pelos/pelas estudantes, a SD indica que para ser completo basta diminuir as “cadeiras de socioculturais e colocar mais essa parte do corpo humano, do que ele produz, do que é bom, do que é ruim”.

Tal entendimento está alinhado com o conceito de “*BioEducação Física*”⁵³, que enfatiza o combate ao sedentarismo e aos fatores de risco, com estímulo à incorporação de um estilo de vida ativo, demarcando o caráter biologicista da atuação do profissional de Educação Física (MENDES; CARVALHO, 2016), reforçando a ideia de que é mais importante, como enfatiza Bueno (2016, p. 156), “pensar no bom funcionamento da máquina corporal do indivíduo do que no próprio indivíduo”.

A aproximação da Educação Física com as Ciências Humanas, no contexto brasileiro, se deu a partir da década de 1980, quando surgiram questionamentos sobre os saberes da área, sua identidade e função social. Esse período ficou conhecido como a crise de identidade da área, seguido de um movimento renovador que trouxe para o centro das discussões, principalmente, o conhecimento pedagógico, a formação e atuação docente (CAPARROZ, 1997; MACHADO; BRACHT, 2016).

53 Palma (2020, p. 17), apoiado em Foucault, emprega a expressão “Biodiscurso”, pois, para ele, esse tipo de discurso, na mesma linha apontada por Mendes e Carvalho (2016), “ancora-se nos saberes biomédico e matemático para tentar se estabelecer como um discurso de verdade, que se constitui, de fato, como uma vontade de poder”.

A despeito disso, outra parte da Educação Física, aquela que não se reconhecia mais pertencente ao campo da educação, passou a buscar reconhecimento profissional dentro do campo da saúde, reivindicando um lugar suficientemente distante dos conhecimentos pedagógicos e o mais próximo possível da retórica físico-sanitária (FRAGA, 2006).

De acordo com Fonseca e Souza Neto (2015) e Bossle e Fraga (2016), afastar-se da imagem do professor de escola e aproximar-se cada vez mais, de áreas da saúde por um viés biomédico emprestaria maior prestígio profissional. Para tanto, passava a ser importante, nesse projeto de busca por reconhecimento, não apenas dividir a formação em licenciatura e bacharelado, mas também usar uma nova nomenclatura que pudesse distinguir quem atua dentro e fora da escola. Não mais professor de Educação Física, expressão que faz ecoar o passado escolarizado do exercício profissional, e sim profissional de Educação Física ou, como tem sido chamado mais recentemente, Educador Físico. Essa perspectiva, ao passo que conquistava corações e mentes no campo profissional fora da escola, ampliava ainda mais as rachaduras nos currículos que resistiam à divisão.

A partir da publicação do livro “O mito da atividade física e saúde”, de Yara Maria de Carvalho (1994), fruto da dissertação de mestrado com mesmo título (CARVALHO, 1993), o território da saúde fora da escola, até então aparentemente livre da “infestação” dos pressupostos das Ciências Sociais e Humanas, passa a ser ocupado. Nesse trabalho, a premissa “atividade física leva à/traz saúde” é problematizada na interface entre Educação Física e Saúde Pública e inspirada no movimento da reforma sanitária (PAIM, 2008). A novidade do trabalho de Carvalho (1994) estava no fato de que, mesmo não tratando de uma temática escolar, a abordagem empregada alinhava-se à vertente crítica do Movimento Renovador, que ambicionava “livrar” a disciplina de Educação Física na escola das amarras do movimento da aptidão física e saúde, porém em um terreno no qual os teóricos críticos da Educação Física escolar até então não transitavam⁵⁴.

Essa aproximação entre os movimentos progressistas da Educação Física e da Saúde Pública ganha mais força no início dos anos 2000. Para Damico (2020), “o ponto de inflexão é o I Ciclo de Conferências

54 De acordo com Damico (2020, p. 34), apesar da relevância da obra para os estudos nesse campo, “é só na virada do século que a temática é retomada e a obra saudada como deveria ter sido na época do lançamento”.

‘A saúde em debate na Educação Física’”, organizadas no período em que Marcos Bagrichevsky e Alexandre Palma assumiram a coordenação do GTT Atividade Física e Saúde do CBCE entre os anos de 2001 e 2003. Por meio dessas conferências, e da trilogia de livros que levam o mesmo título, percebe-se a mudança de enfoque em curso à época, que tinha por objetivo “ampliar as possibilidades teórico-metodológicas de se investigar, analisar, discutir e interpretar os fenômenos subjacentes ao tema ‘saúde’, particularmente, no âmbito da Educação Física” (BAGRICHEVSKY; PALMA; ESTEVÃO, 2003, p. 7). Daí em diante, uma série de trabalhos que buscava articular Educação Física e Saúde Coletiva, bem como o SUS, passou a ser produzida e divulgada em congressos, livros e revistas científicas (ESPÍRITO-SANTO; MOURÃO, 2004; FRAGA, 2020; ANTUNES; NEVES; PASQUIM, 2020; MENDES, 2020).

Dessbesel e Caballero (2016) destacam que esse movimento de “(trans)formação” dos profissionais de Educação Física em profissionais da saúde está associado a três movimentos políticos: a homologação da Resolução nº 218 do Conselho Nacional de Saúde, de 1997, que coloca a Educação Física como uma das profissões de saúde de nível superior; publicação das DCN para os cursos de graduação da área da saúde entre 2001 e 2004; e a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde em 2006, trazendo as práticas corporais/atividades físicas como ação prioritária em saúde.

No que se refere aos movimentos de reivindicação de inserção mais efetiva da Educação Física no SUS, bem como de uma formação correspondente às exigências do sistema, Mendes (2020) destaca a “Carta de Porto Alegre”, documento redigido sob o formato de manifesto por ocasião do “Seminário Educação Física e Saúde Coletiva: a inserção no SUS”, realizado entre os dias 23 e 24 de junho de 2006⁵⁵. Nesse documento, consta um conjunto de recomendações relativas à inserção da Educação Física na Política Nacional de Saúde, bem como à formação profissional voltada para o atendimento das demandas do SUS, recomendações que, de um modo ou outro, “estiveram alinhadas aos programas e políticas implementadas pelo Ministério da Saúde nos dez anos seguintes” (FRAGA, 2020, p. 72). Entre os programas implementados no período imediatamente posterior à Carta de Porto Alegre, encontram-se o Pró-Saúde II e o Pet-Saúde, dois dos principais respon-

55 Essa carta foi publicada no livro “Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção” (FRAGA; WACHS, 2007).

sáveis pela inclusão do SUS como um dos princípios orientadores dos currículos da ESEFID/UFRGS implantados em 2012.

Diante de um cenário de formação ampliada em saúde, a SD abaixo bem que poderia ser considerada uma manifestação de apoio estudantil aos percursos curriculares traçados.

SD 9: Espero que os professores se deem conta de que a EFI cresceu muito e não é mais aquela “aula de colégio” (NAU, 2012).

Tal suposição advinha do fato de que o projeto curricular vigente no momento em que essas falas foram captadas incluiu os referenciais da Saúde Coletiva em disciplinas até então inéditas⁵⁶, que tratavam de temas como a organização dos sistemas de saúde, da promoção da saúde, dos determinantes sociais da saúde, da integralidade do cuidado, do trabalho em equipes multiprofissionais, enfim, um projeto curricular que procurava incorporar uma “visão mais aprofundada dos problemas sociais do país, contemplando, adequadamente, a atenção em saúde e em educação, que valorize a formação voltada para o Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2018, p. 2) tal como previsto pelas DCN 2018.

Apesar disso, o alerta aos professores expresso na SD9 – “a EF cresceu muito e não é mais aquela ‘aula de colégio’” – não coincidia com os avanços em direção à formação centrada nas demandas do SUS e à perspectiva da promoção da saúde, pelo contrário, era uma reivindicação de que a Educação Física fora da escola precisava ser mais médico-centrada e encharcada de saberes que contemplassem muito mais a prevenção de doenças do que o cuidado à saúde de sujeitos e coletividades. As SD abaixo corroboram com esse sentimento.

SD10: Saber o que fazer quando há casos de pessoas com doenças ou casos especiais, pois temos de ser agentes de saúde. (NAU, 2012)

SD11: Alguma cadeira de prescrição de treinos específica para pessoas hipertensas, diabéticas, com antecedentes de fratura ou alguma outra lesão. (NAU, 2012)

56 Oliveira, Damico e Fraga (2018, p. 1) descrevem “uma experiência curricular fundamentada no referencial da espiral construtivista em uma disciplina do curso de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), no contexto do Sistema Único de Saúde” que dá uma ideia do tipo de estratégia que era utilizada para potencializar as aprendizagens do tema saúde durante a vigência daqueles currículos.

SD12: Eu acho que na área da Saúde tá muito fraco. A gente não tem cadeira de Patologia, a gente não cria essa relação maior, do âmbito da saúde. (NAU, 2016a)

O discurso que reclama a ampliação de disciplinas e conteúdo de base biomédica, com conhecimento sobre as doenças, ganha força porque o significado de saúde ainda está muito atrelado à ausência de doenças. Há uma memória e um já-dito-antes que reverberam nas falas desses/dessas estudantes, considerando a trajetória da Educação Física e a influência constante e marcante das instituições médicas na área e, por contraste, desvaloriza os saberes oriundos das Ciências Sociais e Humanas, independentemente da área de atuação.

De acordo com Palma (2020, p. 21), ainda que os temas da Promoção da Saúde transitem pelo cenário formativo da Educação Física, e ainda seja cada vez mais importante a defesa do SUS no cenário brasileiro, a concepção curricular predominante ainda está muito arraigada nos “discursos biológico e matemático/epidemiológico, que exaltam as respostas fisiológicas aos exercícios realizados, destacam o ‘sedentarismo’ como fator de risco para diferentes doenças, associam o gasto energético dos exercícios a menor morbimortalidade para todas as doenças”. E, por contraste, pensam que tratar em aula das políticas públicas de saúde é jogar em desfavor de uma atuação/formação “verdadeiramente” voltada para o que interessa, como podemos perceber na SD abaixo:

SD 13: Também que alguns professores pensem que se preocupar com o PET no SUS significa ensinar a montar programas de saúde e não ficar apenas falando de política. (NAU, 2012).

Orlandi (2015) lembra que embora o sujeito não se dê conta, suas palavras não nascem com ele, e o modo como diz algo não é o único modo possível. Entretanto, o que é dito e como é dito acionam uma memória e mobilizam uma determinada forma-sujeito que, novamente, aparece bem identificada com o corpo tratado mais por meio das implicações orgânicas – “montar programas de saúde” – e menos com as políticas públicas de saúde – “não ficar apenas falando de política”. Isso nos permite visualizar a reafirmação histórica dessa representação, que leva ao afastamento, por exemplo, dos saberes identificados como pertencentes à licenciatura em Educação Física e à busca por uma aproximação com o bacharelado em Fisioterapia.

“Dá vontade de se formar em Educação Física e fazer Fisioterapia”

SD14: Deveriam ser oferecidas mais disciplinas sobre teoria do treinamento e fisiologia do exercício, e principalmente disciplinas que abordem sobre patologia e o tratamento de doenças através do exercício, pois hoje o prof. EFI [Educação Física] está muito atrás nesse assunto comparando com o fisioterapeuta. (NAU, 2012).

SD 15: Eu acho que a gente tem que ter Anatomia Palpatória, porque no nosso caso, a gente não tem como abrir um corpo, então a gente vai estar trabalhando ali com a pessoa, tem que saber se tá legal o músculo dela, se não tá com alguma lesão, nenhuma fibra rompida [...]. (NAU, 2016a).

A Educação Física e a Fisioterapia são duas áreas que compartilham o movimento humano como foco de estudo e atuação. No caso específico da UFRGS, os dois cursos estão sediados e compartilham a estrutura física do Campus Olímpico. Por se tratar de cursos da área da saúde e por compartilharem o mesmo espaço físico e até mesmo algumas disciplinas, determinadas falas dos alunos e alunas da Educação Física sobre a organização curricular estabeleceram termos de comparação entre os percursos que são trilhados pelos alunos e alunas do curso de Fisioterapia.

Para os/as estudantes da Educação Física, o currículo de Fisioterapia é mais robusto pelo fato de que há mais disciplinas com característica biomédica do que o que eles/elas cursavam, conforme podemos observar nas SD14 e 15 na epígrafe dessa seção.

Lembramos aqui que, assim como a Educação Física, a Fisioterapia se constituiu como profissão, no contexto brasileiro, com objetivo de capacitar, desenvolver e restabelecer uma população forte e saudável para os novos tempos da economia e da política pós-Segunda Guerra Mundial (1939-1945). A saúde, nesse período, era entendida “como instrumento de sustentação econômica e não como direito social da população” (BISPO JUNIOR, 2009, p. 658).

De acordo com Bispo Júnior (2009), tendo em vista o modelo de sistema de saúde desenvolvido durante a ditadura militar – curativo, médico-centrado e hospitalocêntrico –, a Fisioterapia se fortaleceu com base na reabilitação e conduziu sua atuação para os centros de saúde e

hospitais. A partir da década de 1980 e de um mercado de consumo e serviços em expansão, essa categoria profissional redirecionou sua intervenção para a estética, para educação postural, Pilates e espaços no mercado de serviços, sem perder o foco na reabilitação física.

No mesmo período, a criação do bacharelado em Educação Física (1987) estava orientada a suprir esse mesmo mercado de consumo e serviços do qual a Fisioterapia já vinha se beneficiando e se fortalecendo, com vistas a formar um profissional técnico-científico, com ampla base biomédica, apto a desenvolver suas atividades em todas as formas de expressão do movimento humano, incluindo a prevenção de agravos, a promoção, proteção e reabilitação da saúde. O que percebemos é que o perfil profissional desejado para o bacharel em Educação Física foi se desenhando muito mais próximo do fisioterapeuta do que do professor de Educação Física.

SD16: Eu participei do Simpósio que teve ano passado e fui numa das palestras que era da Fisioterapia e, meu Deus, eu fiquei maravilhada, porque é diferente, muito diferente, mas ao mesmo tempo a gente vai fazendo conexões. Então é parecido, é claro, só que acaba sendo muito distante pra gente alcançar, sabe, mas essa parceria seria muito produtiva (NAU, 2016a).

Na SD16, a expressão “maravilhada” indica deslumbre, encantamento, atração exagerada pelas discussões que permearam as palestras no contexto da Fisioterapia. Contexto esse “diferente, muito diferente” e muito distante para que a Educação Física possa alcançar, mesmo que ainda seja possível estabelecer conexões entre os saberes, já que as duas áreas se interessam pelo movimento humano. A constatação da diferença causa esse deslumbre sobre o que se tem desenvolvido academicamente na Fisioterapia e, ainda que seja possível relacionar as duas áreas do conhecimento, a Educação Física está muito aquém, segundo esse enunciado, de se aproximar da Fisioterapia.

Essa distância entre as duas áreas também pode ser percebida na SD17 logo abaixo: “eu não conheço nenhum professor do curso de Fisioterapia [...], não se trabalha na Educação Física nada que venha da Fisioterapia”. Isso nos dá a dimensão da distância percebida entre as duas áreas.

SD 17: Tu perguntou da interdisciplinaridade entre os cursos, eu acho que não existe porque, alguns colegas podem conhecer, mas eu não conheço nenhum professor do curso de Fisioterapia, conheço alguns da Dança, mas acho que não tem relação entre as disciplinas, não se trabalha na Educação Física nada que venha da Fisioterapia. E eu até já olhei a grade da Fisioterapia por curiosidade, eu achei um currículo muito mais completo que o da Educação Física. Na minha opinião, se o curso de Fisioterapia tivesse uma disciplina de Treinamento de Força e algum estágio escolar, seria muito melhor que o curso de Educação Física. Porque tem duas Cinesiologias, tem mais de uma Anatomia, é um curso bem carregado, que dá vontade de se formar em Educação Física e fazer Fisioterapia pra ter o conhecimento objetivo de alguma coisa, não conhecimentos superficiais, como os colegas já falaram. (NAU, 2016a)

Na sequência acima, pode-se apontar ainda quais os conhecimentos e o tipo de formação ideal para um profissional de Educação Física completo: cursar Fisioterapia, uma disciplina de treinamento de força e um estágio escolar e, pronto! Tem-se “o conhecimento objetivo de alguma coisa” em Educação Física, que, no entanto, deixa de ser a própria Educação Física e passa a ser a Fisioterapia.

SD18: [...] Algumas coisas acabaram sucateando, outras botadas em escanteio [referência ao currículo novo], tipo Bioquímica Básica. Não ter Bioquímica Básica na área da saúde é uma vergonha. Ela é uma cadeira eletiva com um horário só, que é de manhã. Então eu que trabalho de manhã e não posso fazer, eu tô sendo privado de fazer uma cadeira que é extremamente importante pra minha formação. E se eu for ali na Fundação [referência à UFSCPA], um cara da Fisioterapia, ou perguntar pra um aluno de Fisioterapia aqui, se ele não tiver Bioquímica Básica, eu vou olhar pra ele e dizer que é uma abominação do campo da saúde, que não devia trabalhar com saúde nunca na tua vida. E é assim, o currículo foi todo preparado pra dar errado, eu acho. (NAU, 2016a).

O currículo de 2012, ao abrir espaço para conhecimentos associados ao campo da Saúde alicerçados nas Ciências Humanas e Sociais, deixou de incluir na grade de disciplinas obrigatórias algumas disciplinas mais alinhadas a outras áreas da saúde, portanto, com base na SD acima, “foi todo preparado para dar errado” e quem se forma nele é “uma abominação do campo da saúde”, comparando aqui, novamente, com a formação no curso de Fisioterapia. A falta de identificação específica da área abre espaço para que o sentido derive. É na tentativa de preencher o espaço vazio e de identificar a formação do bacharel em Educação Física

como profissional da saúde dentro de uma determinada concepção de saúde que o sujeito se lança à exterioridade, internalizando saberes de diferentes instâncias ideológicas. O discurso atravessado pelo estranho, pelo diverso e pelo desconhecido, pode ser entendido como a busca pela compreensão do sujeito em face à falta do significante, que permite a heterogeneidade e que os sentidos sejam outros, mas não qualquer um. Portanto, na tentativa de compreender e explicar a formação do bacharel em Educação Física e a sua área de atuação, diferentes formações discursivas são acionadas e podem se entrecruzar, produzindo outros efeitos de sentido.

Considerando as condições de produção dos discursos acerca da Educação Física, esse sentido é dado de acordo com a historicidade da área, em que os sujeitos acionam a memória do dizer, que permite que determinados discursos façam sentido de acordo com a interpelação ideológica à qual estão assujeitados, ou seja, incluindo alguns sentidos e excluindo outros. A falta de uma identidade própria da área possibilita que o sentido seja múltiplo, mas, novamente, não qualquer um. Há uma determinação ideológica que aciona um sentido e não outro. No caso em questão, é possível identificar uma posição-sujeito que entende a formação em Educação Física como limitada por carecer de uma formação técnica-científica embasada pelas Ciências Biomédicas e que se identifica com a formação do profissional fisioterapeuta, pois este é visto como um profissional mais “completo”, mais preparado, mais “à frente”, já que, em sua formação, tem “duas disciplinas de cinesiologia, mais de uma anatomia e bioquímica” obrigatória, tornando o curso “bem carregado” (SD17).

A estrutura de trabalho proposta pelo SUS por meio da composição de equipes multiprofissionais e a reestruturação dos currículos da UFRGS, que coloca a Saúde Pública e o SUS em pauta, trouxeram à tona alguns aspectos sobre a formação em Educação Física que estavam retidos ou acomodados. No momento em que é convocada a se posicionar e justificar sua importância e relevância para a composição da equipe multiprofissional na/da saúde, a Educação Física se perde, desliza e se identifica com a Fisioterapia, pois não consegue dar conta de um perfil profissional no/para o campo da saúde, se afastando cada vez mais daquilo que a diferencia das demais profissões da área da saúde, a intervenção pedagógica.

Considerações Finais

A formação inicial em Educação Física tem sido um lugar de diversas disputas e embates no que se refere à identidade, função e intervenção, principalmente quando focamos a discussão na formação do bacharel e sua relação com as diferentes concepções de saúde. Eventos que aconteceram entre os anos 1990 e 2000, como a inserção da Educação Física como uma das profissões da saúde, a regulamentação da profissão juntamente com a criação do Conselho Federal, a homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2004 e a constante intervenção do CONFEF delimitando as áreas de atuação entre licenciados (escolar) e bacharéis (não escolar) ampliaram, de forma significativa, as discussões e tensões na área.

O bacharelado foi instituído com a justificativa de atender à demanda de um mercado de trabalho emergente fora do contexto escolar. Para tanto, pôs-se em prática um modelo curricular técnico-científico e a afirmação de um discurso cientificista, marcadamente biomédico que, por um longo período, produziu seus efeitos na formação e “fez a cabeça” de muita gente. As primeiras instituições que decidiram adequar seus currículos para esse tipo de formação tinham o objetivo implícito de “descontaminar” os currículos das discussões pedagógicas que sustentavam o fazer na escola, dando ênfase a um currículo esportivista com ampla base em saberes biomédicos (SOUZA NETO *ET AL.* 2004; BOSSLE; FRAGA 2016).

A partir de 2004, por força da Resolução CSE/CNE nº 07/2004, as instituições de ensino se viram pressionadas a dividir os cursos em licenciatura (composta pelo conteúdo que se refere à escola) e bacharelado (composta por tudo que não é da escola e mais um tanto voltado à pesquisa). No caso da UFRGS, duas reformulações foram embasadas na referida resolução – em 2005 e em 2012. Na reestruturação de 2012, o novo currículo contemplou, na modalidade bacharelado, a formação para o campo da saúde e para o SUS e buscou ampliar a formação a partir dos pressupostos oriundos das Ciências Humanas, Sociais e Pedagógicas.

Contudo, as condições de existência da área afetam diretamente as condições de produção dos discursos, que, por sua vez, influenciam a orientação curricular e levam a reprodução dos sentidos que já “estão-lá” desde antes. Há um jogo parafrástico que demanda por conhecimentos

biomédicos que não cessa e traz consigo a historicidade da influência desde sempre marcante da Medicina e das Ciências Biomédicas.

Na tentativa de romper com o discurso biologicista de saúde na formação inicial – mesmo que de forma discreta, pois ainda predominava no currículo de 2012 as disciplinas de cunho biomédico/biodinâmico –, as fronteiras da formação discursiva se fecham e encarceram novos conceitos e sentidos acerca do que se entende por saúde na formação inicial em Educação Física na UFRGS, ao mesmo tempo em que permite que o significado do bacharel escape do licenciado na mesma área e deslize para um encontro – na saúde e na doença – com a Fisioterapia.

Os/as estudantes viam na Fisioterapia um modelo de curso que o bacharelado em Educação Física deveria ser: mais à frente, repleto de conhecimentos objetivos, preparatório para o trabalho com a doença. Essa imagem se revela pelo contraste um lugar “*ainda-não-é, mas poderia-ser*” do currículo que estavam cursando. As falas dos/das estudantes de Educação Física da UFRGS são tomadas aqui como um sinal de resiliência da discursividade biomédica no que eles/as supunham ser o curso ideal de Fisioterapia, já que, nesse curso na UFRGS, também havia um conjunto de disciplinas voltadas para o SUS. Assim, tem-se uma idealização da formação da área “coirmã” que também está calcada na superposição do exercício profissional, que leva a disputas por vezes fratricidas pelo domínio corporativo de atividades laborais como, por exemplo, Pilates, Treinamento Funcional e outros setores de serviços “híbridos” relacionados ao movimento humano.

Portanto, apesar de termos nos focado nos discursos dos/das estudantes dos cursos de Educação Física da UFRGS, materializados nos relatórios do NAU, é possível afirmar que boa parte das falas que ali circularam, de algum modo, representam, micropoliticamente, o contexto nacional contemporâneo da área. Portanto, se essas questões estão presentes nesse contexto micropolítico é porque elas também se encontram no macro, o que nos leva a pensar que é possível utilizar tais questões para espreitar um movimento nacional que tem discutido a formação em Educação Física e suas ambivalências, ainda mais agora, com a menção explícita ao SUS como elemento integrante da formação do bacharel em Educação Física nas DCN (BRASIL, 2018b).

As diretrizes de 2018, de certo modo, retomam o princípio que balizou a organização curricular dos cursos de Educação Física da

UFRGS vigentes de 2012 a 2017, que previam uma entrada única via vestibular para licenciatura com a possibilidade de novo ingresso para a conclusão do bacharelado. Além disso, naquela configuração curricular integrada dos cursos de licenciatura e bacharelado, havia um conjunto considerável de disciplinas voltadas às demandas do SUS, bem como uma contemplação dos pressupostos da Saúde Coletiva. Curiosamente, essas são duas características curriculares apontadas no Parecer CNE/CES n° 584/2018 como “avanços introduzidos por esse ato legal” (BRASIL, 2018a).

Embora o Parecer CNE/CES n° 584/2018 expresse que houve experiências curriculares bem-sucedidas que culminaram na introdução do SUS nas DCN/2018, o que percebemos, por meio da análise empreendida, foi um rechaço nas falas dos/das estudantes a um currículo pautado numa concepção ampliada de saúde, ancorada nos pressupostos das Ciências Sociais e Humanas e que tinha o SUS como um dos princípios norteadores da formação de licenciados e bacharéis em Educação Física. É bem possível que venhamos a observar reação similar nas instituições de ensino superior que terão de organizar seus projetos pedagógicos de acordo com o que preconiza a Resolução CNE n° 6/2018, haja vista que os ecos da discursividade biomédica seguem reverberando nos currículos de formação inicial dos cursos de Educação Física no Brasil.

Referências

ANTUNES, P. C.; NEVES, R. L. R; PASQUIM, H. M. Memórias do GTT Panorama da produção científica do GTT Atividade Física e Saúde do CBCE: aproximações com a saúde pública. In: WACHS, Felipe; LARA, Larissa; ATHAYDE, Pedro. (org.). **Ciências do Esporte, Educação Física e Produção do Conhecimento em 40 Anos de CBCE**: atividade física e saúde. Natal: EDUFRN, 2020. v. 11, p. 79-100.

BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. (org.). **A saúde em debate na Educação Física**. Blumenau: Edibes, 2003.

BOSSLE, C. B.; FRAGA, A. B. A racionalidade biomédica desportiva e a materialização do fazer científico na matriz curricular do curso de educação física da UFRGS. **Movimento**, Porto Alegre, v. 22, n. 3, 877-888, jul./set. 2016.

BISPO JÚNIOR, José Patrício. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.655-668, jul./set. 2009.

BRASIL. Ministério de Educação e Cultura. **Currículo Mínimo de Educação Física: Resolução nº 69, de 6 de novembro de 1969**, do Conselho Federal de Educação. Brasília, 1969.

BRASIL. Resolução nº 3, de 16 de junho de 1987. Fixa os mínimos de conteúdo e duração a serem observados nos cursos de graduação em Educação Física (Bacharelado e/ ou Licenciatura plena). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 set. 1987.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 218, de 06 de março de 1997**. Brasília, DF: CNS, 1997.

BRASIL. Lei nº 9.696, de 1º de setembro de 1998. Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 set. 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena. Resolução CNE nº 07, de 31 de março de 2004. Brasília: **Diário Oficial da União**, 5 de abril de 2004, Seção 1, p. 18.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde, Ministério da Educação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Constituição. **Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

de (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Constituição. **Portaria nº 256, de 11 de março de 2013**. Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). 2013a.

BRASIL. Constituição (2013). **Portaria nº 2681, de 07 de novembro de 2013**. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Educação Física. Parecer CNE/CES: 584/2018 de 03 de outubro de 2018. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 33. 17 dez. 2018a

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Educação Física. Resolução CNE/CES nº 6, de 18 de dezembro de 2018. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 243, seção 1, p. 48, 19 dez. 2018b.

BUENO, A. X. A educação física na saúde: reflexões acerca do fazer da profissão no SUS. In: WACHS, F.; ALMEIDA, U.R.; BRANDÃO, F. F. de F. (org.). **Educação Física e Saúde Coletiva: cenários, experiências e artefatos culturais**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p.145-168.

BUENO, A. X.; BOSSLE, C. B.; FRAGA, A. B. A classificação brasileira de ocupações do profissional de educação física no SUS: da incompatibilidade à provisoriedade nos serviços públicos de saúde. **Pensar a Prática** (on-line), Goiania, v. 21, p. 1-9, jun. 2018.

CAPARROZ, Francisco Eduardo. **Entre a Educação Física na escola e a Educação Física da escola**. Vitória: CEFD/UFES, 1997.

CARVALHO, Y. M. **O mito atividade física/saúde**. 1993. 154 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física, Campinas, 1993. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/274844>. Acesso em: 18 ago. 2020.

CARVALHO, Y.M. **O mito da atividade física e saúde**. São Paulo: Huicitec, 1994.

CARVALHO, Y. M. Entre o biológico e o social: tensões no debate teórico acerca da saúde na Educação Física. **Motrivivência**, Florianópolis: v. 17, n. 24, p. 97-105, jun. 2005.

CONFED. **História**: Regulamentação da Educação Física no Brasil. Disponível em: <http://www.confef.org.br/extra/conteudo/default.asp?id=16> Acesso em: 25 jan. 2017.

COURTINE, J. J. **Análise do discurso político**: o discurso comunista endereçado aos cristãos. São Carlos: EDUFSCar, 2014.

DAHLKE, A. P. **A saúde nos currículos de formação superior em educação física**: uma Análise do Discurso de estudantes dos cursos de Licenciatura e Bacharelado da UFRGS. 2017. 165 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Educação Física, Porto Alegre, 2017.

DAMICO, J. G. S. A educação física menor na saúde coletiva. In: WACHS, Felipe; LARA, Larissa; ATHAYDE, Pedro (org.). **Ciências do Esporte, Educação Física e Produção do Conhecimento em 40 Anos de CBCE**: Atividade Física e Saúde. EDUFRN: Natal, 2020. v. 11, p. 29-49.

DIAS, L. *et al.* Formação Superior em Educação Física no Brasil: um estudo de caso. **Educación Física Y Ciencia**, La plata, v. 21, n. 4, p. e103, out./dez. 2019. Disponível em: <https://www.efyc.fahce.unlp.edu.ar/article/view/EFyCe103/12091>. Acesso em: 16 ago. 2020.

DESSBESELL, G.; CABALLERO, R. M. S. Educação física, currículo e formação para o campo da saúde: alguns movimentos possíveis. In: WACHS, F.; ALMEIDA, U. R.; BRANDÃO, F. F. F. (org.). **Educação física e saúde coletiva**: cenários, experiências e artefatos culturais. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 113-130.

FONSECA, R. G.; SOUZA NETO, S. O profissionalismo na educação física: conflitos e disputas de jurisdições profissionais. **Movimento**, Porto Alegre, v. 21, n. 4, p. 1099, out./dez. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22456/1982-8918.54477>.

FRAGA, Alex Branco. Memórias do GTT Atividade Física e Saúde: um capítulo à parte na minha história junto ao CBCE. In: WACHS, F.; LARA, L.; ATHAYDE, P. (Org.). **Ciências do Esporte, Educação Física e Produção do Conhecimento em 40 Anos de CBCE: Atividade Física e Saúde**. EDUFRN: Natal, 2020. v. 11, p. 65-78.

FRAGA, A. B. Prática curricular na educação física da UFRGS: uma

retrospectiva do processo de reestruturação dos cursos de licenciatura e bacharelado (2008-2012). In: BOSSLE, F.; WITTIZORECKI, E. S. (org.). **Didática(s) da educação física: formação docente e cotidiano escolar**. Curitiba: EDITORA CRV, 2016. v. 1, p. 103-117.

FRAGA, A. B. **Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa**. Campinas: Autores Associados; 2006.

FRAGA, A. B. et al. Alterações curriculares de uma escola septuagenária: um estudo sobre as grades dos cursos de formação superior em Educação Física da ESEF/UFRGS. **Movimento, Porto Alegre, v.16, n. esp., p. 61-96, dez, 2010.**

FRAGA, A. B.; WACHS, F. (org.). **Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

FREITAS, R. G.; OLIVEIRA, M. R. F.; COELHO, H. R. Recentes Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em educação física e disruptura na formação: apontamentos preliminares. **Caderno de Educação Física e Esporte**, Marechal Cândido Rondon, v. 17, n. 1, p. 245-253, maio 2019.

FURTADO, R. P. Novas Diretrizes e antigos debates: uma análise das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em Educação Física - Resolução CNE/CES 06/2018. In: SOARES, M. G.; ATHAYDE, P.; LARA, L. (org.). **Ciências do Esporte, Educação Física e Produção do Conhecimento em 40 Anos de CBCE: formação profissional e mundo do trabalho**. EDUFERN: Natal, 2020. v. 4, p. 115-136.

ESPÍRITO-SANTO, G.; MOURÃO, L. Um debate sobre a trajetória da produção do conhecimento em atividade física e saúde nos 25 anos de CBCE. **Motus Corporis**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 29-44, 2004.

HECKTHEUER, L. F. A.; LINCK, L. C. A formação inicial em educação física e as mais recentes resoluções do conselho nacional de educação (CNE). **Muiraquitã-Revista de Letras e Humanidades**, Rio Branco, v. 8, n. 1, p. 222-236, jun. 2020.

MACHADO, Thiago; BRACHT, Valter. O impacto do movimento renovador da educação física nas identidades docentes: uma leitura a partir da “teoria do reconhecimento” de Axel Honneth. **Movimento**, Porto Alegre, v. 22, n. 3, p. 849-860, 2016.

MARQUES, C. B. *et al.* Avaliação Institucional da ESEF: o desafio de

uma construção coletiva. **Movimento**, Porto Alegre, v. 16, n. esp., p.97-112, dez. 2010.

MENDES, M. I. B. S. Mudanças de horizonte no GTT Atividade Física e Saúde: reflexões sobre o Sistema Único de Saúde In: WACHS, Felipe; LARA, Larissa; ATHAYDE, Pedro. (org.). **Ciências do Esporte, Educação Física e Produção do Conhecimento em 40 Anos de CBCE**: Atividade Física e Saúde. Natal: EDUFRRN, 2020. v. 11, p. 101-116.

MENDES, V. M.; CARVALHO, Y. M. Práticas corporais e Clínica Ampliada: experimentando tessituras para a composição de outros modos de cuidado. In: WACHS, F.; ALMEIDA, U. R.; BRANDÃO, F. F. de F. (org.). **Educação Física e Saúde Coletiva**: cenários, experiências e artefatos culturais. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p.169-197.

MITTMANN, S. Discurso e texto: na pista de uma metodologia de análise. In: INDURSKY, F.; LEANDRO FERREIRA, M. C. (org.). **Análise do discurso no Brasil**: mapeando conceitos, confrontando limites. São Carlos: Claraluz, 2007. p. 153-162.

NAU. Núcleo de Avaliação da Unidade – ESEFiD/UFRGS. **Relatório 3ª Etapa de Trabalho**. Avaliação do Currículo dos Cursos de Educação Física, Fisioterapia e Dança. UFRGS, 2012a. Relatório 3.

NAU. Núcleo de Avaliação da Unidade – ESEF/UFRGS. **Relatório 4.a Etapa de Trabalho**. Avaliação do processo de implantação do novo currículo dos cursos de educação física. UFRGS, 2012b. Relatório 4.

NAU. Núcleo de Avaliação da Unidade – ESEFiD/UFRGS. **Relatório 7ª Etapa de Trabalho**. Avaliação do Currículo dos Cursos de Educação Física, Fisioterapia e Dança. UFRGS, 2016a. Relatório 7.

NAU. Núcleo de Avaliação da Unidade – ESEFiD/UFRGS. **Relatório 8ª Etapa de Trabalho**: Avaliação do perfil dos egressos dos cursos de graduação da ESEFID. UFRGS, 2016b. Relatório 8.

OLIVEIRA, B. N. de; DAMICO, J. G. S.; FRAGA, A. B. Espiral construtivista em cursos de graduação em educação física: ensinando sobre o Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 23, p. 1-5, nov. 2018.

OLIVEIRA, V. J. M.; GOMES, I. M. A saúde nos currículos de educação física em uma universidade pública. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. e00294126, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00294>.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 5 ed. Campinas: Pontes, 2015.

PAIM, J. **Reforma Sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. Salvador: Edufba, 2008.

PALMA, Alexandre. Tensões e possibilidades nas interações entre Educação Física, saúde e sociedade. In: WACHS, Felipe; LARA, Larissa; ATHAYDE, Pedro (org.). **Ciências do Esporte, Educação Física e Produção do Conhecimento em 40 Anos de CBCE: Atividade Física e Saúde**. EDUFRN: Natal, 2020. v. 11, p. 15-27.

PÊCHEUX, M. **Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio**. 4. ed. Campinas: Pontes, 2009.

PÊCHEUX, M.; HENRY, P.; HAROCHE, C. A Semântica e o Corte Saussuriano: língua, linguagem e discurso. *Linguagem: Revista eletrônica de popularização científica em ciências da linguagem*, São Carlos, n. 03, p. 01-19, out./nov. 2008. Disponível em: http://www.letras.ufscar.br/linguagem/edicao03/traducao_hph.php. Acesso em: 22 ago. 2017.

SOARES, M. G.; ATHAYDE, P.; LARA, L. **Formação profissional e mundo do trabalho**, Natal: EDUFRN, 2020.

SOUZA NETO, S. et al. A formação do profissional de educação física no Brasil: uma história sob a perspectiva da legislação federal no século XX. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, Campinas, v. 25, n. 2, p. 113-128, jan. 2004.

UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Educação Física. **Projeto Pedagógico do Curso de Licenciatura em Educação Física**. 2012.

UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Educação Física. **Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Educação Física**. 2017.

WACHS, F. **Funções sanitárias projetadas nos currículos da Educação Física: estudo a partir da disciplina de higiene nos cursos de formação superior da Escola de Educação Física da UFRGS**. 2013. Tese (Doutorado em Ciências do Movimento Humano) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

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

SOBRE OS AUTORES

Alan Goularte Knuth

Doutor em Epidemiologia (UFPel). Docente do curso de Educação Física, do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Docente do Programa de Pós-graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Integra o Grupo de Estudos em Saúde Coletiva dos Ecossistemas Costeiros e Marítimos (GESCEM/FURG). Membro do Grupo de Trabalho Temático (GTT) Atividade Física e Saúde do Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte (CBCE).

E-mail: alan_knuth@yahoo.com.br

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5583931088198491>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2030-5747>

Alessandro Rovigatti do Prado

Mestre em Ciências (USP). Especialista em Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura pela Escola de Terapias Orientais de São Paulo (ETOSP).

E-mail: alessandro.rovigatti@gmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9735644098098000>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5193-5533>

Alex Branco Fraga

Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor Associado da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança (ESEFID) e do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano (PPGCMH) da UFRGS. Editor-chefe da Revista Movimento (Porto Alegre). Coordenador do Grupo de Pesquisa Políticas de Formação em Educação Física e Saúde (POLIFES).

E-mail: brancofraga@gmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0637002618453894>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6881-1446>

Ameliane da Conceição Reubens-Leonidio

Doutoranda em Educação Física (UFPE/UFPB). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas Socioculturais. Membro do GTT Atividade Física e Saúde do CBCE. Profissional de Educação Física do Programa Academia da Cidade do Recife. Professora EBT'T – IFPE, campus Cabo de Santo Agostinho.

E-mail: ameliane.doutorado@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0607911887409022>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4343-0161>

Ana Paula Dahlke

Doutoranda em Ciências do Movimento Humano (UFRGS). Pesquisadora do grupo Políticas de Formação em Educação Física e Saúde (POLIFES).

E-mail: anapauladahlke@hotmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1983268351162483>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8728-5322>

Anagécia Sousa Linhares

Doutoranda em Educação Física (UFES). Membro do Laboratório de Estudos em Educação Física (LESEF/UFES). Membro do CBCE.

E-mail: anagecia@hotmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6718096333170248>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3940-454X>

André Luis Façanha da Silva

Doutorando (UFES). Membro do Laboratório de Estudos em Educação Física (LESEF/UFES). Membro do GTT Atividade Física e Saúde do CBCE.

E-mail: andre_facanha@hotmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6718096333170248>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3940-454X>

Bárbara Amaral Bruno Silva

Especialista em Atividade Física e Saúde Pública (UPE). Profissional de Educação Física do Programa Academia da Cidade do Recife.

E-mail: ba.amaral@gmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7682203154508126>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5866-0288>

Braulio Nogueira de Oliveira

Doutorando em Ciência do Movimento Humano (UFRGS). Professor EBTT - Colégio Militar de Fortaleza (CMF).

E-mail: brauliono08@hotmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6972021620191039>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3457-2854>

Cristiano Mezzaroba

Doutor em Educação (UFSC). Professor do Departamento de Educação Física e do Programa de Pós-Graduação em Educação (UFS).

E-mail: cristiano_mezzaroba@yahoo.com.br

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1835801891069733>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4214-0629>

Diogo Gonçalves de Souza de Oliveira

Mestre em Educação Física (UFRJ). Professor do Ensino Fundamental da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Professor do ABEU Centro Universitário. Avaliador do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior BASIs/INEP/MEC.

E-mail: prof.diogo.oliveira@hotmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5964793569142239>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3674-033X>

Edivaldo Góis Junior

Doutor em Educação Física (UGF). Professor da Faculdade de Educação Física da Unicamp. Professor do Programa de Pós-graduação

em Educação da Unicamp e do Programa de Pós-graduação em Educação Física da Unicamp. Diretor Associado do Centro de Memória Unicamp (CMU).

E-mail: gois@unicamp.br

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3126832317253330>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0521-1937>

Fabio Fortunato Brasil de Carvalho

Doutor em Ciências (Ensp/Fiocruz). Tecnologista em C&T do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva do Ministério da Saúde (INCA/MS).

E-mail: fabiofbcarvalho@gmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6039891504056310>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2979-6359>

Felipe Wachs

Doutor em Ciências do Movimento Humano (UFRGS). Docente no Instituto Saúde e Sociedade da Universidade Federal de São Paulo. Membro do grupo Políticas de Formação em Educação Física e Saúde (POLIFES). Membro do GTT Atividade Física e Saúde do CBCE.

Email: felipe.wachs@unifesp.br

Link do currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/0056935439239389>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4603-8832>

Filipe Ferreira da Costa

Doutor em Educação Física (UFSC). Docente do Departamento de Educação Física da Universidade Federal da Paraíba e coordenador do curso de bacharelado em Educação Física. Docente no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e no Programa Associado de Pós-graduação em Educação Física UPE/UFPB. Tutor do Programa de Educação pelo Trabalho PET-Saúde, bem como da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UFPB.

E-mail: filipe@ccs.ufpb.br

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3379802213206983>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3632-9310>

George Saliba Manske

Doutor em Educação (UFRGS). Docente dos cursos de Educação Física e dos Programas de Pós-Graduação em Educação e Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Estudos Culturais (GEPEC/CNPQ). Membro do GTT Atividade Física e Saúde do CBCE.

E-mail: gsmanske@yahoo.com.br

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8224021212917997>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0117-7927>

Giannina do Espírito-Santo

Doutora em Educação Física (UGF). Consultora da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Conep). Professora adjunta licenciada do Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM). Coordenadora do GTT Atividade Física e Saúde do CBCE de 2013 a 2017. Avaliadora do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior BASIs/INEP/MEC.

E-mail: giannina.es@gmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3366825974650112>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3311-830X>

Gledson da Silva Oliveira

Graduado em Educação Física (UPE). Coordenador pedagógico do PAC-Recife.

E-mail: oliveiragledsondasilva@gmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1482393067681686>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6402-9855>

Heitor Martins Pasquim

Doutor em Ciências (USP). Professor Adjunto da Faculdade de Educação Física e Dança da Universidade Federal de Goiás (UFG). Faz parte do grupo de pesquisa Fortalecimento e desgaste no trabalho e na vida: bases para a intervenção em Saúde Coletiva. Teleconsultor do Programa Telessaúde Brasil Redes - Núcleo de Telessaúde e Telemedicina

de Goiás. Membro do GTT Atividade Física e Saúde do CBCE. Membro do conselho editorial da revista Pensar a Prática.

E-mail: hpasquim@gmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1868836863261585>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4994-7399>

Hugo Rodolfo Lovisolo

Doutor em Antropologia Social pela UFRJ. Realizou pós-doutorado em Ciências dos Desportos na Universidade do Porto. Foi Professor do Programa de Pós-graduação em Educação Física da Universidade Gama Filho.

E-mail: lovisolo@globo.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5092179823404060>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3088-9889>

Jéssica Félix Nicácio Martinez

Doutora em Ciências da Saúde (UFG). Professora EBTT - IFSP campus Itapetininga. Membro do GTT Atividade Física e Saúde do CBCE. Integrante do grupo de pesquisa ECOS - Educação Física, Trabalho e Formação da FEFD/UFG.

Email: jessicasgroi@hotmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2385305758990927>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3611-7449>

João Paulo Oliveira

Mestre em Educação Física (UPE/UFPB). Professor EBTT - IFPE campus Garanhuns.

E-mail: joaooliveira1488@gmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1599698901524013>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8987-393X>

José Geraldo Soares Damico

Doutor em Educação (UFRGS) e em Antropologia Política (Paris

8). Professor Adjunto III do Departamento de Psicologia (UFRGS).

E-mail: jgdamico@gmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6928046837273155>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6111-1762>

Júlia Aparecida Devidé Nogueira

Doutora em Ciências da Saúde (UnB). Professora Adjunta da Universidade de Brasília.

E-mail: julianogueira@yahoo.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4100059268154953>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0318-1973>

Lidiane Almeida Moura

Especialista em Saúde da Família (ESP-VS). Coordenadora do Projeto Rede de Esporte Comunitário - CE (SEJUV- CE).

E-mail: lidianealmeidamoura@gmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8660728406410200>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3407-9963>

Luciane Job Junqueira

Estudante de Graduação – Bacharelado em Educação Física (UFRGS).

E-mail: luciana.job.74@gmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9536423582223357>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8700-6074>

Luiz Fernando Silva Bilibio

Doutor em Educação na Saúde. Professor da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança da UFRGS.

E-mail: fernando.bilibio@ufrgs.br

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0179766782864252>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1986-5376>

Priscilla de Cesaro Antunes

Doutora em Ciências do Movimento Humano (UFRGS). Professora na Faculdade de Educação Física e Dança da Universidade Federal de Goiás.

E-mail: pri.antunes@ufg.br

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3001179599852212>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2739-193X>

Renata Veloso Vasconcelos de Andrade

Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Professora do Centro Universitário Celso Lisboa (UCL/RJ), da Universidade Univer-sus Veritas (UNIVERITAS/RJ) e do ensino fundamental em Educação Física na Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro (SME/RJ), exercendo a função de Diretora Adjunta em uma escola municipal.

E-mail: renatavv04@gmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3871966479687849>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4752-4437>

Ricardo José Gomes

Doutor em Ciências da Motricidade (UNESP). Professor Associado da Universidade Federal de São Paulo-Campus Baixada Santista. Líder do Grupo de Estudos do Diabetes e Exercício (GEDE/UNIFESP). Professor credenciado no Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde (PPICS/UNIFESP).

Email: ricardojosegomes@yahoo.com.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2738281530091229>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1396-3741>

Rodrigo Martins Teles

Graduado em Fisioterapia (UFPB) e em Educação Física (UPE).

E-mail: rodrigomartele@hotmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5800872981748465>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1733-2525>

Rogério Cruz de Oliveira

Doutor em Educação Física (UNICAMP). Professor Associado da Universidade Federal de São Paulo- Campus Baixada Santista. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa Sociocultural em Educação Física (GEPSEF/UNIFESP). Professor credenciado no Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde (PPICS/UNIFESP).

Email: rogerio.cruz@unifesp.br

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5847188428462650>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8615-0397>

Silvano da Silva Coutinho

Doutor em Ciências (USP). Professor Associado da Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro).

E-mail: silvano.unicentro@gmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6915822598056918>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5398-4352>

Ueberson Ribeiro Almeida

Doutor em Educação (UFES). Professor no Centro de Educação Física e Desportos/CEFD/UFES.

E-mail: ueberonribeiro@hotmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1735265888095821>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9255-4542>

Valéria Monteiro Mendes

Doutoranda pelo Programa de Saúde Pública (USP). Integrante do grupo Micropolítica e Saúde e do grupo CORPUS Educação Física + Saúde Coletiva + Filosofia + Artes, ambos da Universidade de São Paulo.

E-mail: valeriamm@usp.br

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5101330095560251>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5766-8867>

Victor José Machado de Oliveira

Doutor em Educação Física (UFES). Professor Adjunto da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas.

E-mail: oliveiravjm@ufam.edu.br

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7335514115153220>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7389-9457>

Wladimir Barbosa Reis

Graduado em Educação Física (Unifesp - Campus Baixada Santista). Educador de Atividades Fisicoesportivas no Serviço Social do Comércio (SESC-SP).

Email: breis_13@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2694658787977489>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7995-0436>

Yara Maria de Carvalho

Doutora em Saúde Coletiva (Unicamp). Livre-docência em Promoção da Saúde (FSP/USP). Realizou pós-doutorado em Ciências Humanas e Saúde (UERJ), em Antropologia da Comunicação Visual (Università La Sapienza di Roma, Itália) e em Filosofia (Universidad de Córdoba, Argentina). Professora Associada da Universidade de São Paulo. Coordena o grupo de pesquisa CORPUS - Educação Física + Saúde Coletiva + Filosofia + Artes.

E-mail: yaramc@usp.br

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6408965810119789>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8926-355X>

Este livro foi organizado a partir do trabalho coletivo-colaborativo do Grupo de Trabalho Temático Atividade Física e Saúde do Colégio Brasileiro de Ciências de Esporte (biênio 2017-2019) – GTT-AFS/CBCE. Trata de reflexões sobre o tema de aprofundamento “Formação em Saúde na Educação Física”. O mote para as discussões partiu da publicação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a os cursos de graduação em Educação Física (DCN-EF) “no apagar das luzes” de 2018. As DCN-EF, pela primeira vez, incluíram conteúdos relacionados à Saúde Coletiva, às políticas públicas de saúde, à integração ensino-serviço-comunidade e ao Sistema Único de Saúde. No entanto, ainda há muito que avançar no debate curricular e da formação em saúde, já que está hegemonicamente relacionada à compreensão da saúde que se restringe ao movimento humano como meio de evitar doenças a partir de análises biofisiológicas. Destacando problemas relacionados à presença do tema da saúde nos cursos de licenciatura e bacharelado em Educação Física e das residências multiprofissionais, o livro integra contribuições de autores e autoras em uma perspectiva crítica à referida hegemonia posta no campo. Esperamos que a leitura instigue professores/as, colegas, núcleos docentes estruturantes, discentes, profissionais que estejam atuando nas escolas e nos serviços de saúde, esporte e lazer, entre outros, a pensar a saúde como direito inalienável e uma construção ampliada e complexa na interface com as práticas corporais e atividades físicas.

ALEXA
CULTURAL



UFAM

EDUA
EDITORA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO AMAZONAS

ABEU
Associação Brasileira
das Editoras Universitárias



Colégio Brasileiro de
Ciências do Esporte
Associado à SBPE

ISBN - 978-85-5467-371-0



9 788554 667371 0