

Felipe Wachs
Ueberson Ribeiro Almeida
Fabiana F. de Freitas Brandão
Organizadores

Educação Física e Saúde Coletiva

Cenários, experiências e artefatos culturais



Série Interloquções Práticas, experiências e
pesquisas em saúde

editora



redeunida

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Ángel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Steffani – Universidade de Bolonha, Itália

Ardigó Martino – Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorigo – Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Julio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico – Universidade de Lanus, Argentina

Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil

Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Sueli Goi Barrios – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Becon de Almeida Neto

Arte gráfica – Capa

Luciano Barreto Ramos

Projeto gráfico miolo e capa

Editora Rede UNIDA

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Revisão de Língua Portuguesa

Mônica Ballejo Canto

Série Interlocuções

Práticas, experiências e pesquisas em saúde

Felipe Wachs

Ueberson Ribeiro Almeida

Fabiana F. de Freitas Brandão

Organizadores

Educação Física e Saúde Coletiva

Cenários, experiências e artefatos culturais

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

W114e

Wachs, Felipe

Educação Física e Saúde Coletiva: cenários, experiências e artefatos Culturais / Felipe Wachs, Ueberson Ribeiro Almeida, Fabiana F. de Freitas Brandão, organizadores. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. – 379 p. – (Interlocuções Práticas, experiências e pesquisas em saúde; 3)

ISBN 978-85-66659-54-2

DOI 10.18310/9788566659542

1. Saúde Coletiva. 2. Educação Física. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Políticas Públicas - Saúde. I. Almeida, Ueberson Ribeiro. II. Brandão, Fabiana F. de Freitas. III. Título. IV. Série.

CDU: 614:796

NLM: WA100

Biblioteca responsável: Aliriane Ferreira Almeida CRB 10/2369

Copyright © 2016

by Felipe Wachs,

Ueberson Ribeiro

Almeida, Fabiana F.

de Freitas Brandão.

1ª Edição

Porto Alegre/RS, 2016

Rede UNIDA

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 – CEP 90620-110, Porto Alegre – RS Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....9

Felipe Wachs, Ueberson Ribeiro Almeida, Fabiana F. de Freitas Brandão

UNIDADE I - EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE: CENÁRIOS DE PRÁTICA

NÓS, COM OS OUTROS E O SUS: uma perspectiva micropolítica do cuidado para além da atenção básica.....23

Valéria Monteiro Mendes, Yara Maria de Carvalho, Fabiana F. de Freitas Brandão

EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE MENTAL: algumas problemáticas recorrentes no cenário de práticas.....47

Felipe Wachs

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES: práticas corporais como estratégia.....63

Jayanna de Rezende Bachetti, Carlos Nazareno Ferreira Borges

EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR E O TRATO DIDÁTICO-PEDAGÓGICO DA SAÚDE: desafios e perspectivas.....87

Ueberson Ribeiro Almeida, Victor José Machado de Oliveira, Valter Bracht

EDUCAÇÃO FÍSICA, CURRÍCULO E FORMAÇÃO PARA O CAMPO DA SAÚDE: alguns movimentos possíveis.....113

Giliane Dessbesell, Raphael Maciel da Silva Caballero

EDUCAÇÃO FÍSICA E FORMAÇÃO PARA A PESQUISA EM SAÚDE: experiências de orientação em um projeto interinstitucional.....131

Ivan Marcelo Gomes, Alex Branco Fraga, Yara Maria de Carvalho

UNIDADE II - EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE: EXPERIÊNCIAS, PROGRAMAS E ARTEFATOS CULTURAIS

A EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE: reflexões acerca do fazer da profissão no SUS.....145

Alessandra Xavier Bueno

PRÁTICAS CORPORAIS E CLÍNICA AMPLIADA: experimentando tessituras para a composição de outros modos de cuidado.....169

Valéria Monteiro Mendes, Yara Maria de Carvalho

PRÁTICAS CORPORAIS/ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE: da mobilização do sujeito ao movimento de constituição de espaços199

Michel Binda Beccalli, Ivan Marcelo Gomes

ACADEMIA DA SAÚDE E OS DIFERENTES SABERES PARA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA.....223

Marcelo Skowronski, Alex Branco Fraga

“AFINAL, O QUE PROCURO?” – a busca dos usuários de um programa de educação em saúde da cidade de vitória/ES para o cuidado com o corpo obeso.....243

Thacia Ramos Varnier, Felipe Quintão de Almeida

REFLEXÕES SOBRE A EDUCAÇÃO DO CORPO OBESO NO CONTEXTO MIDIÁTICO: uma análise do reality “Além do Peso” da Rede Record de Televisão.....271

Lorena Nascimento Ferreira

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL297

Fabiana Fernandes Vaz, Raphael Maciel da Silva Caballero

OS JOGOS EM JOGO: uma iniciativa por uma relação mais saudável no ambiente escolar.....317

Victor José Machado de Oliveira, Vinícius Penha

TRAVESSIA (PERIGOSA...) PELO PET-SAÚDE: reflexões a partir de experiências na atenção primária.....335

Alessandro Rovigatti do Prado

O USO DA ENTREVISTA ETNOGRÁFICA EM EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE: uma experiência de pesquisa com povos indígenas da Amazônia colombiana.....351

Edwin Alexander Cañon Buitrago, Alex Branco Fraga

SOBRE OS AUTORES.....373

APRESENTAÇÃO

O livro **Educação Física e Saúde Coletiva: cenários, experiências e artefatos culturais** é fruto do projeto interinstitucional intitulado **“Políticas de formação em educação física e saúde coletiva: atividade física/práticas corporais no SUS”** aprovado no Edital Pró-Ensino em Saúde da CAPES (Edital n. 24/2010). Este edital teve como objetivo fomentar a constituição e consolidação de linhas de pesquisa em nível de pós-graduação implicadas com a formação de profissionais para o campo da saúde e comprometidas com o Sistema Único de Saúde.

Durante os anos de 2011 a 2015, os grupos Políticas de Formação em Educação Física e Saúde (POLIFES) da UFRGS, Educação Física + Saúde Coletiva + Filosofia + Artes (CORPUS) da USP e o Laboratório de Estudos em Educação Física (LESEF) da UFES desenvolveram uma parceria que buscou estimular e qualificar a relação entre Educação Física e Saúde Coletiva. Cada polo deste projeto interinstitucional contou com um coordenador, sendo eles os professores Alex Branco Fraga na UFRGS, Yara Maria de Carvalho na USP e Ivan Marcelo Gomes na UFES. Entre os resultados do projeto cabe destacar: a formação de treze mestres, quatro doutores e um estágio de pós-doutoramento, a realização de três edições do Seminário Internacional Práticas

Corporais no Campo da Saúde¹ e a publicação de três livros² antes deste. (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2013; GOMES; FRAGA; CARVALHO, 2015)

Os três livros anteriores foram compostos de textos produzidos a partir das falas dos palestrantes das três edições do Seminário Internacional. Os palestrantes/autores são estudiosos cujas contribuições estiveram organizadas a partir de quatro eixos: Educação Física e Saúde Coletiva; Políticas da vida e pedagogias do corpo; Práticas Corporais e SUS; e Perspectivas de pesquisa em saúde. No quarto livro, publicamos as produções dos pesquisadores, mestrandos, doutorandos e orientadores que estiveram vinculados ao projeto. A estrutura do quarto livro não repete os quatro eixos, mas mantém a orientação teórico-conceitual-metodológica e ético-política das produções anteriores, ou seja, sustenta sua abordagem em saúde nas ciências humanas e sociais e nos princípios do SUS.

O livro está organizado em duas unidades. A primeira unidade tem por intenção apresentar ao leitor uma série de diferentes cenários de prática que se configuram em torno da relação Educação Física e Saúde Coletiva: a escola, a atenção básica, a saúde mental, os programas de promoção da saúde, a formação inicial e a pesquisa em saúde. A segunda unidade é composta por capítulos oriundos de pesquisas empíricas, narrativas e relatos de experiências desenvolvidos/vinculados ao projeto interinstitucional e que envolvem ricas experiências situadas no eixo sudeste do país. Agrega, também, estudos que analisaram políticas e artefatos culturais e midiáticos constituídos na interface (e constituintes da interface) entre Educação Física e saúde coletiva.

¹ Os Seminários I, II e III foram realizados, respectivamente, na UFRGS (2012), na UFES (2013) e na USP (2015).

² O título do terceiro livro é **Práticas Corporais no Campo da Saúde: pesquisa interinstitucional e formação em rede**.

Denominamos a primeira unidade de “**Educação Física e saúde: cenários de prática**” e elegemos seis cenários aos quais a Educação Física tem sido convocada a intervir e a dar sua contribuição à saúde das populações. Cada um deles é explorado em um capítulo diferente, cada qual trazendo discussões e tensões pertinentes ao contexto delineado.

No capítulo “Nós, com os outros e o SUS: uma perspectiva micropolítica do cuidado para além da atenção básica”, de Valéria Monteiro Mendes, Yara Maria de Carvalho e Fabiana de Freitas Brandão, temos o conceito de *micropolítica* como referência para tratar de questões que têm conduzido a produção do cuidado nos diferentes núcleos de formação em saúde, especialmente na atenção básica, aproximando-as da Educação Física. Indicam a relação viva entre *macro* e *micropolítica* e a necessidade de explorar outras perspectivas que contribuam para compreender como as políticas são determinadas e como lidamos com os efeitos de seus atravessamentos no *micro* da produção do cuidado. Nesse sentido, convidam-nos a refletir sobre as interferências das políticas em nosso cotidiano para que possamos nos posicionar de forma mais ativa nos diferentes espaços do SUS.

Dentre esses diferentes espaços, os serviços de saúde que atendem pessoas em intenso sofrimento psíquico ou usuários de substâncias psicoativas constituem um dos campos que mais tem recebido profissionais de Educação Física no SUS. A partir de experiências pessoais em diálogo com pesquisas realizadas nesse campo, Felipe Wachs discutirá “Educação Física e Saúde Mental: algumas problemáticas recorrentes no cenário de práticas”. Desenvolve reflexão sobre quatro problemáticas que são frequentes no contexto da saúde mental, mas que, muitas vezes, podem ser vislumbradas em outros cenários de prática nos quais a Educação Física se insere.

Em um compasso semelhante podemos interrogar: Como as práticas corporais têm sido planejadas e integradas às políticas públicas como estratégia de promoção da saúde? Como a Educação Física é convocada pelos gestores públicos para mediar a experiência da população com as práticas corporais e a saúde? Estas, dentre outras, são questões discutidas no texto -Políticas Públicas de saúde no Município de Vitória/ES: práticas corporais como estratégia”, de Jayanna de Rezende Bachetti e Carlos Nazareno Ferreira Borges. Os autores, ao desbravarem vários documentos que compõem as políticas públicas de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, nos fornecem importantes pistas sobre como o debate que envolve a tríade saúde, atividade física e práticas corporais apresentam contradições e criam “condições de possibilidades” para a atuação dos profissionais da Educação Física nos serviços públicos de saúde.

O capítulo “Educação física escolar e o trato didático-pedagógico da saúde: desafios e perspectivas”, de Ueberson Ribeiro Almeida, Victor Machado de Oliveira e Valter Bracht, discute a questão da saúde na escola. A partir de uma perspectiva ampliada, coloca questões à tradição biomédica de saúde que patrocinou e sustentou a Educação Física no currículo escolar na modernidade, ao mesmo tempo que convoca os professores e o campo da Educação Física a pensarem sobre a contribuição que as aulas dessa disciplina na escola pode dar à “formação para a saúde”. Em um segundo momento, Ueberson, Victor e Valter apresentam e analisam experiências de trato didático-pedagógico da saúde efetivadas por professores que participaram de uma pesquisa-ação. A lupa dos autores, ao focalizar a atividade docente situada, nos convida a direcionar a atenção aos modos como os saberes e estratégias inteligentes dos professores são mobilizados

para lidar com as novas exigências que a complexidade do trato didático-pedagógico da saúde coloca às aulas de Educação Física.

Ainda é frequente encontrarmos profissionais de Educação Física que trabalham no SUS afirmarem que sua formação inicial não os preparou satisfatoriamente para atuação no campo da saúde. Giliane Dessbesell e Raphael Maciel da Silva Caballero discutem formação profissional e produção curricular no texto “Educação Física, currículo e formação para o campo da saúde: alguns movimentos possíveis”. Apresentam currículo como “uma dobradiça entre o saber e o poder” e empenham-se em desdobrar as condições de possibilidade que produzem as intersecções entre Educação Física e o campo da saúde nos currículos.

Fechando a primeira unidade, o capítulo “Educação física e formação para a pesquisa em saúde: experiências de orientação em um projeto interinstitucional”, de Ivan Marcelo Gomes, Alex Branco Fraga e Yara Maria de Carvalho, traz a análise de um tema pouco visível e, ao mesmo tempo, de grande relevância para o processo de produção do conhecimento e formação profissional: as relações de orientação de mestrado e doutorado em programas de pós-graduação na área da Educação Física. Para tal empreitada, os autores avaliam e refletem a trajetória do projeto interinstitucional *Políticas de formação em educação física e saúde coletiva: atividade física/práticas corporais no SUS*, coordenado pelos três, e que envolveu seus respectivos grupos de pesquisas e orientandos. Ivan, Alex e Lara nos mostram, por meio de uma narrativa bastante instigadora, como os orientadores - ao enfrentarem os dilemas, desafios e imprevisibilidades da orientação e formação de mestrandos e doutorandos - também se formam em um processo contínuo de aprendizagem.

Intitulamos a segunda unidade de “**Educação Física e saúde: experiências, programas e artefatos culturais**” por congregar estudos que “mergulharam” no contexto vivo das práticas. Os autores conversaram e ouviram os sujeitos, sentiram os espaços, analisaram gestos, relataram casos e produziram importantes saberes em diferentes cenários nos quais a intervenção e/ou a relação da Educação Física com a Saúde Coletiva se manifesta.

O capítulo “A educação física na saúde: reflexões acerca do fazer da profissão no SUS” é inspirado na dissertação de Alessandra Bueno. A autora traça uma reflexão crítica sobre a inserção da Educação Física na Atenção Básica ressaltando contradições entre diferentes concepções de intervenção. Aprofunda a discussão sobre as possibilidades de registro de suas atividades que os profissionais de Educação Física encontram na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e debate possíveis implicações ao contexto de trabalho.

Apesar da crescente aproximação da Educação Física com a área da saúde, quando olhamos para as possibilidades e formas de atuação, percebe-se que ainda carecemos de métodos que orientem nossas ações nesse campo. Em “Práticas corporais e Clínica Ampliada: experimentando tessituras para a composição de outros modos de cuidado”, de Valéria Monteiro Mendes e Yara Maria de Carvalho, temos, de um lado, a problematização dessa questão por meio da apresentação das principais linhas teóricas que tratam da relação Educação Física e saúde e, de outro, o relato de uma intervenção junto a um Centro de Saúde Escola com base na “Clínica Ampliada” e no “Método da Roda”. A autora mostra como compôs seus caminhos na relação entre serviço, usuários e profissionais e indica a necessidade de revermos os modelos formação e de criar metodologias que contribuam para responder as necessidades de saúde individual e coletiva.

O capítulo seguinte trata de um tema atual no campo da Educação Física e Saúde Coletiva. O debate sobre como os sujeitos “consomem” e fazem “usos” das informações veiculadas pelo “mercado da vida ativa” é a tônica do capítulo “Práticas corporais/atividade física e saúde: da mobilização do sujeito ao movimento de constituição de espaços” de Michel Binda Beccalli e Ivan Marcelo Gomes. Ao se embrenharem em um estudo de campo em módulos do Serviço de Orientação ao Exercício de Vitória/ES (SOE), os autores apresentam e problematizam questões relacionadas as mobilizações subjetivas que levam os sujeitos a buscarem e permanecerem no SOE e, sobretudo, vinculados às práticas corporais mediadas pelos profissionais de Educação Física. Nesse sentido, de modo bastante inteligente, Michel e Ivan buscam na compreensão dos “usos” que os sujeitos fazem dos discursos e espaços de saúde, as alternativas para se pensar que, talvez, “não esteja tudo tão dominado assim” e que, embora haja adesão aos ditames do mercado do corpo e da saúde, os sujeitos também constroem modos singulares de se relacionar nos serviços/espaços de saúde na tentativa de inventar uma vida, um cotidiano, um meio para se viver saúde.

O SOE de Vitória/ES também é citado no texto seguinte como uma das experiências que inspiram o Programa Academia da Saúde, instituído em nível nacional. Esse programa nacional é o tema do capítulo de Marcelo Skowronski e Alex Branco Fraga intitulado “Academia da Saúde e os diferentes saberes para a atuação do profissional de Educação Física”. Os autores ressaltam a importância, apesar do nome do programa, em compreender que a proposta não é instituir e financiar uma academia de musculação pública. Mais do que isso, o Programa investe na promoção da saúde da população de forma ampliada e, obrigatoriamente, traça relações com os serviços de atenção básica do território adscrito. No capítulo de Marcelo e Alex,

será enfocada a mobilização de saberes por profissionais de Educação Física para o trabalho no contexto dos polos do Academia da Saúde.

Se no capítulo de Marcelo e Alex o olhar se detém à perspectiva do profissional sobre o seu fazer, no texto de Thacia Ramos Varnier e Felipe Quintão de Almeida o foco se volta ao viés dos usuários de um programa de educação em saúde da cidade de Vitória/ES para o cuidado com o corpo obeso. “Afinal, o que procuro?” é fruto de investigação que teve por objetivo analisar como os discursos referentes ao cuidado com o corpo são produzidos em um programa de Educação em Saúde dedicado a pessoas com excesso de peso. Realizando uma investigação participante na Unidade Básica de Saúde que abrigava o programa, localizada na cidade de Vitória/ES, a pesquisa analisou aqueles discursos (científicos, midiáticos, familiares, etc.) que configuram o cuidado de si corporal no programa em questão. Destacam-se o modo pelo qual os participantes se apropriaram das prescrições a eles direcionadas.

O tema da obesidade é retomado no capítulo “Reflexões sobre a educação do corpo obeso no contexto midiático: uma análise do reality ‘Além do Peso’ da Rede Record de Televisão”, de Lorena Nascimento Ferreira. A autora discute como a mídia televisiva, por meio dos conselheiros (na linguagem *baumaniana*), apropria-se do corpo obeso e produz discursos direcionados a padronização dos corpos, produção de subjetividades, interesses mercadológicos e a formação de identidades baseadas na imagem corporal. A autora trabalha os conceitos de “estigmatização” e “insensibilidade” moderna para que o leitor consiga ir além do paradigma biomédico e seja mobilizado a pensar os desafios que os obesos enfrentam em uma sociedade que passou a tomar o corpo obeso como objeto de espetacularização e lucro. Dessa forma, nos

convida a refletir sobre a intervenção da Educação Física, a qual seja capaz de ultrapassar os limites da aparência, potencializando a formação cultural e subjetiva dos indivíduos nos diferentes espaços de atuação.

Com frequência, falamos e escutamos sobre a inserção da Educação Física no SUS, mas raramente visualizamos essa inserção em dados quantitativos. Fabiana Vaz e Raphael Caballero, no capítulo “Análise da distribuição dos profissionais de Educação Física nos serviços de saúde do Estado do Rio Grande do Sul”, apresentam um mapeamento da inserção dos profissionais de Educação Física em serviços da atenção básica e em serviços de média e alta complexidade das Macrorregiões de Saúde do referido estado durante os últimos anos. Provocam os leitores a refletir não apenas sobre os números apresentados, mas também sobre quais intervenções estão sendo conduzidas nos serviços e se estas estão em acordo com os princípios do SUS.

O Capítulo “Os jogos em jogo: uma iniciativa por uma relação mais saudável no ambiente escolar”, de Victor José Machado de Oliveira e Vinícius Penha, remete-nos a discussão sobre Educação Física e saúde na escola. Eles narram como enfrentaram o desafio de colocar em prática, nos jogos interclasse, atividades cujo objetivo principal foi investir na promoção da saúde em um de seus aspectos mais difíceis de ser reconhecido: a saúde produzida nas relações sociais. Os embates e enfrentamentos não foram poucos, mas o trabalho coletivo e o envolvimento dos alunos nas decisões mostraram outra forma de agregar valores e sentidos aos jogos.

Os dois últimos textos retomam os cenários da formação para o campo da saúde e da pesquisa em saúde. Alessandro Rovigatti do Prado relembra e reflete sobre sua aproximação com o campo da saúde coletiva durante

a graduação. Quem não se questionou no percurso de formação sobre quais possibilidades de atuação teria, como desenvolveria seu trabalho, como é de fato “praticar” a profissão? Em “Travessia (perigosa...) pelo PET-Saúde: reflexões a partir de experiências na Atenção Primária” temos um encontro com esses dilemas. O autor, amparado pela participação em um programa específico de formação em saúde (PET-saúde) e por reflexões teóricas, relata sua aproximação com essas questões e mostra como pode ser rica e produtiva a possibilidade de tentar respondê-las ainda no período de graduação. Os caminhos trilhados por Alessandro nos ensinam sobre o trabalho coletivo e a Educação Física na área da saúde, e amenizam as angústias de futuros formandos.

Por fim, o capítulo “O uso da entrevista etnográfica em educação física e saúde: uma experiência de pesquisa com povos indígenas da Amazônia Colombiana” de autoria de Edwin Buitrago e Alex Fraga é um desdobramento da pesquisa de mestrado empreendida pelo primeiro autor e orientada pelo segundo. Neste texto, os autores aproveitam a dimensão metodológica da experiência investigativa para discutir possibilidades de uso da entrevista etnográfica em pesquisas sobre práticas corporais no campo da saúde.

Efeito do trabalho interinstitucional híbrido, solidário e coletivo, a obra “**Educação Física e Saúde Coletiva: cenários, experiências e artefatos culturais**” aposta na diversidade e transversalidade de olhares para problematizar e analisar possíveis contribuições da Educação Física à saúde das populações. Trata-se, nesse sentido, de um “livro-aposta”, no sentido de que a afirmação da vida é o fio da tecelagem que une as temáticas em suas diferenças. A diversidade dos cenários, bem como as especificidades e intencionalidades que cada um nos demanda, exige que pensemos nossa atuação profissional a partir das

dimensões **específica e ampla**, ou seja, uma intervenção amparada e “equipada” (como nos lembra Foucault (2006) por um campo de conhecimentos instituídos, mas, sobretudo, por um trabalho ético capaz de avaliar caso a caso, cenário a cenário, os saberes e práticas necessários tanto à transformação de modos de existências aliados ao adoecimento quanto à potencialização dos movimentos que lutam cotidianamente e produzem a ampliação da experiência corporal, do viver, da saúde.

Felipe Wachs

Ueberson Ribeiro Almeida

Fabiana F. de Freitas Brandão

Referências

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FRAGA, A.B.; CARVALHO, Y.M.; GOMES, I. M. **As práticas corporais no campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

GOMES, I.M.; FRAGA, A.B.; CARVALHO, Y.M. **Práticas corporais no campo da saúde: uma política em formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

CARVALHO, Y.M.; GOMES, I.M.; FRAGA, A.B. **As práticas corporais no campo da saúde: pesquisa interinstitucional e formação em rede**. São Paulo: Hucitec, 2016.

UNIDADE I
EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE:
CENÁRIOS DE PRÁTICA

NÓS, COM OS OUTROS E O SUS: uma perspectiva micropolítica do cuidado para além da atenção básica

*Valéria Monteiro Mendes
Yara Maria de Carvalho
Fabiana F. de Freitas Brandão*

Micropolítica das “políticas”

Com o conceito *micropolítica* queremos apontar - e não responder - algumas questões que têm atravessado e conformado a produção do cuidado nos diferentes núcleos de formação em saúde, especialmente no âmbito da atenção básica, e que ainda têm sido pouco discutidas na Educação Física.

Sem desconsiderar as conquistas da reforma sanitária, que resultaram na implementação de um sistema de saúde universal no Brasil - sobretudo quando pensamos na magnitude territorial do país, que traz um conjunto de singularidades regionais em relação a outros países sul-americanos e europeus que possuem sistemas de saúde com os mesmos pressupostos - precisamos estar atentos para o fato de que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta uma série de problemas que são concomitantemente de ordem macro e micropolítica.

Dentre os principais figuram a crise estrutural do capitalismo; a apropriação pelo capital financeiro dos recursos do orçamento e das políticas sociais de direitos, incluindo aquelas da seguridade social que atingem diretamente a saúde; o acesso e o subfinanciamento do SUS, que têm contribuído para ampliar o poder das instituições privadas e para mercantilizar a saúde, que se transforma em produto a partir de benefícios tributários concedidos, ocultando-se o SUS como política social; o uso do poder judiciário como meio de garantir direitos, tendo em vista os constrangimentos à efetivação da saúde universal; (MENDES, 2013; 2015; MENDES; WEILLER, 2015) a permanência entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado na organização do cuidado à saúde, o que tem contribuído para ambiguidades discursivas e pragmáticas garantindo a sobrevivência do ideário liberal-privatista; o contexto neoliberal desfavorável às políticas públicas, que repercute na responsabilidade sanitária de cada ente federado; a cultura patrimonialista predominante na administração pública brasileira e a precária política de pessoal, uma vez que a gestão participativa ainda é uma potência pouco explorada, considerando que a população e os trabalhadores têm dificuldade para ocupar os espaços de cogestão legalmente constituídos. (CAMPOS, 2007)

Somando-se a estas questões há a tensão permanente entre o projeto de um sistema universal, que tem a esfera pública por objeto, e a ampliação do setor privado na saúde num contexto de consumismo e mercadorização da vida (IANNI, 2015, p.13), tendo em vista a situação de *complementariedade* do público em relação ao privado¹ no que se refere às ações e serviços faltantes ou rejeitados

¹ Apesar de a Constituição dispor, em seu art. 199, § 1º, que “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”.

por este último. O modelo assistencial predominante (individual-curativo), por sua vez, tem contribuído fortemente para aumentar o consumo de procedimentos e para deslocar os usuários para o setor privado, que figura como o maior detentor de recursos especializados, equipamentos de diagnóstico e terapia e de leitos hospitalares, em comparação com os serviços pertencentes ao SUS. (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2012)

O convite que fazemos ao leitor, portanto, é para que possamos olhar para a micropolítica sem colocá-la em oposição à macropolítica, sobretudo porque entendemos que tal movimento é impraticável, considerando que tais noções dizem de nossas intervenções no mundo na condição de permanente movimento de construção e desconstrução.

Produção de cuidado: segmentaridade, por todos os lados e em todas as direções

Somos constituídos por distintas figuras de segmentaridade (a *binária*, que concerne às grandes oposições duais; a *circular*, que é formada por meio de círculos e discos cada vez mais vastos; a *linear*, que possui linhas retas nas quais cada segmento representa um episódio ou um “processo”) que, por sua vez, estão embaralhadas, em coexistência, uma vez que são tomadas umas nas outras, passam umas nas outras e se transformam a partir da constituição de um dado ponto de vista.

Deste modo, “Indivíduos ou grupos, somos atravessados por linhas, meridianos, geodésicas, trópicos, fusos, que não seguem o mesmo ritmo e não têm a mesma natureza” (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p.70), havendo, portanto, “uma linha de fuga, já complexa, com suas singularidades; mas também uma linha molar ou

costumeira com seus segmentos. E entre as duas, uma linha molecular, com seus *quanta*, que a fazem pender para um lado ou para outro”. Assim, pode haver um interesse maior por uma linha em detrimento de outra, uma imposição de fora de certas linhas e ainda a invenção de outras linhas sem um modelo prévio, pois é uma “questão de cartografia. Elas nos compõem, assim como compõem nosso mapa. Elas se transformam e podem mesmo penetrar uma na outra. Rizoma.” (p.71)

Olhar para a produção do cuidado da perspectiva micropolítica demanda reconhecermos que o modo de operar da política se dá por meio de macrodecisões, escolhas e interesses binarizados, mas que o domínio daquilo que é decidível permanece estrito, ou seja, se dá no *micro*, justamente porque a decisão política mergulha necessariamente num mundo de microdeterminações, atrações e desejos, que ela deve pressentir ou avaliar de um outro modo. (DELEUZE; GUATTARI, 2012, p.111)

Nesse sentido, a produção de cuidado se dá por meio de encontros constituídos por distintas linhas e planos de produção, que atravessam, determinam, constroem, desmancham, reinventam, abrem fissuras nas relações e nos diferentes espaços de atuação (e de disputa), como a universidade, os serviços de saúde, as secretarias de saúde, o domicílio do usuário, as comunidades, as escolas e ainda ações de resistência produzidas por diferentes coletivos e movimentos sociais, que lutam para que suas vidas valham a pena.

Por que interessa essa discussão também no campo denominado Educação Física? A perspectiva micropolítica nos ajuda a acompanhar o movimento importante dos profissionais específicos entrando nos serviços, especialmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Apoio Psicossocial (Caps), ao mesmo tempo em

que acontece uma ampliação do campo de intervenção e interlocução denominado *educação física na saúde*, em muitos sentidos.

As políticas nacionais de saúde podem ser exemplos de estratégias e ações lançadas pelo Ministério da Saúde buscando consolidar essa aproximação com: a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que contempla ações relativas às práticas corporais/atividades física;² a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

² Em 2008 foi publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº 687/2006), na qual as práticas corporais/atividade física figuravam como *ações específicas* junto com outros temas (“Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde”, “Alimentação Saudável”, “Prevenção e Controle do Tabagismo”, “Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas”, “Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito”, “Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz”, “Promoção do desenvolvimento sustentável”). Havia uma barra separando os termos *práticas corporais/atividade física*, o que indicava que as expressões não são sinônimas justamente porque trazem consigo diferentes concepções sobre corpo, saúde, cuidado e, por conseguinte, mobilizam modos diferentes de propor as intervenções com a população e os outros trabalhadores da saúde. A novidade é que com a redefinição da PNPS, ocorrida em 2014 (Portaria nº 2.446/2014), houve a retirada da barra e a separação dos termos, o que anuncia a necessidade de problematização dos distintos aspectos, incluindo as disputas, os atravessamentos e os *efeitos* (obviamente não os efeitos relacionados aos aspectos biológicos) de tais proposições, especialmente considerando as tensões produzidas no âmbito dos serviços e no âmbito acadêmico-científico a partir das ações que estão orientadas para as práticas corporais e para a atividade física. Nestes termos com a redefinição da PNPS, “práticas corporais e atividade física” – que incluem ações, aconselhamento e divulgação de práticas corporais e atividades físicas, visando ao incentivo à melhoria das condições dos espaços públicos e considerando a cultura local e incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, entre outras práticas – figuram como *temas prioritários* junto com “Formação e Educação permanente”, “Alimentação adequada e saudável”, “Enfrentamento ao uso do tabaco e seus derivados”, “Enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas”, “Promoção da mobilidade segura”, “Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos”, “Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos”.

(PNPIC), que privilegia as práticas corporais relacionadas à Medicina Tradicional Chinesa; a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)³ a partir de 2008, que viabiliza a participação do profissional de Educação Física nas equipes de apoio matricial; e o Programa Academia da Saúde,⁴ que busca contribuir com a promoção da saúde por

³ A primeira apresentação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi dada pela Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008, atualmente substituída pela Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 e complementada pela Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Foi criado com o objetivo de ampliar a abrangência e as possibilidades de ação da Atenção Básica de modo a contribuir também para resolubilidade dos casos. O trabalho dos NASFs é realizado por meio de equipes multiprofissionais, com formatos diferentes, que apoiam equipes de ESF, pressupondo uma ação responsável e compartilhada entre os profissionais dessas equipes. Segundo a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, podem ser exemplos de ações: discussão de casos, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde e discussão do processo de trabalho das equipes, entre outras. Sobre a constituição dos NASFs, a portaria de 2008 indicava dois tipos de núcleos, que eram definidos de acordo com o número de habitantes e diferentes composições de profissionais. Atualmente, a Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, redefine os parâmetros de vinculação dos núcleos às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas e cria um terceiro tipo de núcleo, para ampliar o acesso a essas equipes para um maior número de municípios do Brasil. As principais diferenças entre as modalidades de NASF - 1, 2 e 3 - se relacionam a composição profissional de nível superior das equipes, bem como a sua carga horária semanal, e ao número de equipes de ESF pelas quais se responsabilizam. A formação das equipes dos NASFs 1, 2 e 3 poderá ter, de acordo o Código Brasileiro de Ocupações (CBO), os seguintes profissionais: médico acupunturista, assistente social, profissional de Educação Física na saúde, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico gineco-obstetra, médico homeopata, médico pediatra, psicólogo clínico, médico psiquiatra, médico geriatra, médico clínico, médico do trabalho, médico veterinário, nutricionista, terapeuta ocupacional, sanitarista e educador social.

⁴ O Programa Academia da Saúde foi lançado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria Nº 719, de 07 de abril de 2011, foi revisado e está atualmente definido pela Portaria Nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. Uma série de questões contribuíram para a idealização do

meio da implantação de centros de atividade física/práticas corporais, de lazer e modos de vida saudáveis denominados de Polos da Academia da Saúde. (FREITAS; CARVALHO; MENDES, 2013, p.640)

Abrindo fronteiras e misturando saberes e práticas no cotidiano do serviço, é perceptível a urgência de problematizarmos o modo como os profissionais da área têm entrado e se organizado nos serviços, tendo em vista que o reconhecimento formal do profissional de Educação Física no SUS por meio do NASF e da criação do termo *profissional de Educação Física na saúde* na tabela de Classificação Brasileira de Ocupações (CBO),⁵ por si só não

Programa, em especial as experiências de algumas cidades brasileiras (Recife, Curitiba, Vitória, Aracaju e Belo Horizonte), que envolviam o oferecimento de práticas corporais/atividade física em espaços públicos com profissionais específicos; a relação com os NASFs como uma das principais ações da Atenção Básica; e o papel da atividade física sobre a prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. De acordo com a Portaria Nº 2.681 de 2013, o objetivo principal do programa é “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”. O Programa Academia da Saúde é reconhecido como um serviço da Atenção Básica e deve promover a articulação com toda a rede de atenção à saúde do SUS, bem como com outros serviços sociais da respectiva região, servindo também como porta de entrada do sistema. As atividades do Programa serão desenvolvidas por profissionais da Atenção Básica, inclusive os que atuem na ESF e no NASF. Como norte para o desenvolvimento das ações, a portaria apresenta oito eixos: práticas corporais e atividades físicas; produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; promoção da alimentação saudável; práticas integrativas e complementares; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão; e mobilização da comunidade. O trabalho realizado deve estimular a participação social e acolher ações e valores consonantes a cultura local, de modo que os polos sejam referências para os territórios.

⁵ O termo profissional de Educação Física na saúde foi especificado na Tabela de Classificação Brasileira de Ocupações com a publicação da portaria Nº 256, de 11 de março de 2013, que estabeleceu novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Sistema de Cadastro Nacional de

é suficiente para que as ações e, sobretudo, as relações com os outros trabalhadores, os usuários e as equipes dos distintos espaços das redes de saúde, sejam saudáveis e coerentes com os princípios, as noções e os valores pautados pelo SUS (integralidade do cuidado, equidade, acesso universal, resolubilidade, humanização, gestão compartilhada, trabalho interprofissional, solidariedade).

O fato é que a presença do profissional de Educação Física no SUS não garante contrapontos ou resistências ao pensar e agir no modo *bio* (MENDES; CARVALHO, 2015) e tampouco ajuda a questionar, no cotidiano do trabalho, as políticas e as normas que das práticas emergem, especialmente considerando que estas também influenciam e determinam a estruturação dos modos de pensar e agir o cuidado. (MENDES; PASQUIM, 2015)

O cuidado aqui, do ponto de vista micropolítico, pode nos ajudar a perceber que são múltiplos os caminhos e as intercessões⁶ a serem produzidas nos encontros entre *profissionais-profissionais, profissionais-gestores, profissionais-usuários, profissionais-famílias, profissionais-comunidade...* Entretanto, é momento de problematizarmos a respeito da qualidade dessas relações no SUS...

Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

⁶ No capítulo “Os intercessores” do livro *Conversações*, Deleuze (p.156) afirma “o essencial são os intercessores. A criação. Sem ele não há obra. Podem ser pessoas – para um filósofo, artistas ou cientistas; para um cientista, filósofos ou artistas – mas até coisas, plantas, até animais, como em Castañeda. Fictícios ou reais, animados ou inanimados, é preciso fabricar seus próprios intercessores [...] eu preciso de meus intercessores para me exprimir, e eles jamais e exprimiriam sem mim: sempre se trabalha em vários mesmo quando isso não se vê. E mais ainda quando é visível: Félix Guattari e eu somos intercessores um do outro”. (DELEUZE, G. *Conversações*. Editora 34, 1992)

Do profissional de Educação Física no SUS: dialogando com outros modos de cuidar e fazer política

Dois aspectos do trabalho em saúde têm sido pouco interrogados pelas distintas subáreas da saúde: (1) o lugar ocupado por usuários e trabalhadores no cuidado e (2) o olhar para as políticas. O primeiro permite trazer para a cena o tema da desconstrução do lugar predominantemente ocupado pelos usuários nas práticas de saúde que são reduzidos a um *corpo biológico adoecido* ou ainda *aos riscos de adoecer*, com base na noção de que a doença é o resultado particular de um fenômeno geral. Exercitar outros olhares para os usuários, reconhecendo que há uma multiplicidade de planos que dizem dos seus modos de produzir saúde, pode favorecer que se traga para a cena um conjunto de elementos que precisam ser considerados na construção do projeto de cuidado e que ultrapassam a lógica de identificação daquilo que se inscreve no corpo biológico e o conjunto de procedimentos que os diferentes núcleos de formação podem mobilizar. (FEUERWERKER, 2014)

A demanda que se apresenta está centralmente relacionada à ordem da produção de outras aberturas nos processos de trabalho, que tenham a capacidade de deslocar os trabalhadores em direção aos usuários por meio da construção do reconhecimento de que o cuidado é um projeto que precisa ser construído de forma *negociada*. É imprescindível que o trabalhador considere que os arranjos hegemônicos são eficazes na produção de respostas pontuais, a partir das quais o usuário abre mão de graus de sua autonomia (em casos geralmente agudos e centrados no componente biológico). (MERHY; FEUERWERKER, 2009)

Faz-se necessário o reconhecimento de que após uma situação de crise tais arranjos tornam-se *ineficazes* e que a

negociação se apresenta como um elemento indispensável, justamente porque quando o usuário reassume o *comando* de sua vida (na condição de alguém que possui desejos, concepções, história de vida) a governabilidade do profissional em relação à vida do outro sofrerá uma drástica redução. (MERHY; FEUERWERKER, 2009)

Falamos de um movimento de resignificação acerca do que são os *sofrimentos* (considerando que há situações de maior resiliência e outras de maior fragilidade, que há diferentes formas de produção de redes de apoio e de possibilidades de cuidado) e as *necessidades* (reconhecendo-as a partir da escuta em detrimento do olhar cientificamente armado que as define apenas tecnicamente), bem como a respeito da ampliação do *conceito de saúde* (revendo o olhar para os “determinantes sociais” que figuram na condição de uma *paisagem*, uma *fotografia*), a fim de que os usuários possam ocupar nos encontros com os trabalhadores de saúde o lugar de agente ativo. (FEUERWERKER, 2014)

Problematizar o lugar ocupado pelos usuários e pelos trabalhadores traz consigo a ideia de que é necessário reposicionar as tecnologias utilizadas nas práticas de saúde (*duras, leve-duras e leves*),⁷ pois, ainda que a incidência

⁷ Em relação às *tecnologias*, os autores consideram que nos encontros entre o profissional de saúde e o usuário, o trabalhador poderá utilizar três tipos de “caixas de ferramentas tecnológicas”. Assim, a caixa das *tecnologias duras*, que é composta por ferramentas do campo da propedêutica e dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, possibilita, por exemplo, o manuseio de instrumentos, como o estetoscópio a fim de que possam ser acessadas informações que ajudam a compor o raciocínio clínico. Já a caixa das *tecnologias leve-duras*, que é constituída pelos saberes, como os da clínica e os da epidemiologia, são utilizados como um meio para apreender as necessidades dos usuários a partir de um determinado ponto de vista, uma vez que é a partir desta caixa que os produtos da caixa de ferramentas das *tecnologias duras* ganham significados como atos de saúde. E a terceira caixa de ferramentas, a das *tecnologias leves*, que é conformada pelas relações, pelos encontros e pelo trabalho vivo em

destas tecnologias ocorra de modo concomitante, a maneira como uma figura em relação à outra e o jeito de combiná-las varia conforme os trabalhadores e usuários se colocam (ou são colocados) nesta construção. (MERHY; FEUERWERKER, 2009; MERHY, 2013)

No que se refere à necessidade de recomposição das relações é preciso considerar que há diferentes movimentos entre os sujeitos que compõem os espaços institucionais, uma vez que há uma produção intensa de subordinações, tal como uma *cascata*, que se dá a partir do gestor federal sobre os estaduais e municipais, dos gestores estaduais sobre os municipais, dos níveis centrais sobre os locais, das esferas gerenciais sobre os trabalhadores e dos trabalhadores sobre os usuários. (FEUERWERKER, 2014)

Contudo, é necessário o reconhecimento de que todos esses sujeitos são atravessados por uma multiplicidade de planos, linhas, vetores e, sobretudo, de que no cotidiano de nossas relações nos escapa a noção de que todos planejam e governam - trabalhadores, usuários, gestores -, ainda que com poder e governabilidade distintos, e de que exista uma direção formal e que cabe aos gestores governar. (FEUERWERKER, 2014, p.67)

Ajuda a pensar sobre tais questões o estudo desenvolvido por Leal (2015), que analisou as interações e as mútuas relações entre o SUS e o campo da Saúde Coletiva no Brasil,⁸ com base na identificação do movimento

ato, é a que permite a produção de relações entre o profissional e o usuário tendo como orientação a escuta, a construção de vínculos e o reconhecimento das singularidades e modos de vida das pessoas. (MERHY; FEUERWERKER, 2009, p.6)

⁸ O estudo foi produzido a partir de análise sistemática (leitura, construção de categorias temáticas, escolha de perspectiva de análise) de textos identificados em bancos de teses e dissertações cuja seleção considerou os achados da pesquisa de mestrado da autora que apontou os programas como altamente relevantes para o campo da Saúde Coletiva desde o processo de implementação do SUS (ENSP/Fiocruz,

de produção de três políticas (Política de Atenção Básica, Política de Educação na Saúde e da Política de Regionalização e Organização do SUS) e do movimento de produção do campo. A discussão empreendida chama atenção para o fato de que as políticas não são *estáticas* e que a *disputa* não se esgota com sua formulação, uma vez que esta última se faz presente de forma permanente durante todo o movimento de produção de uma política (seja na formulação das ideias, seja no processo de produção nos territórios e cotidianos). Assim, a autora destaca que *as políticas existem quando em movimento*, ou seja, quando se estabelecem a partir das ações dos diferentes atores que tensionam ao operar seus interesses e forças.

IMS/UERJ, MPREV/UNICAMP, FSP/USP, MPREV/USP, ISC/UFBA), de periódicos relevantes para o campo da saúde coletiva (Ciência e Saúde Coletiva, Cadernos de Saúde Pública e Revista de Saúde Pública) e de documentos institucionais e oficiais da Política de Atenção Básica, Política de Educação na Saúde e da Política de Regionalização e Organização do SUS. Segundo a autora, foram encontradas 300 teses, dissertações e dissertações profissionais no ISC/UFBA desde 2000; 1308 na ENSP/Fiocruz desde 2005; 517 no IMS/UERJ desde 1989; 952 na FSP/USP desde 1999; 191 na MPREV/USP desde 1995; e 250 na MPREV/UNICAMP desde 1991, tendo sido selecionadas 432 produções (280 dissertações de mestrado, 19 dissertações de mestrado profissional, 131 teses e 2 teses de livre-docência). Já em relação aos artigos a autora utilizou a mesma sistemática desenvolvida para os bancos de teses e dissertações, tendo sido selecionados para análise 684 artigos. Quanto aos documentos oficiais foram selecionados decretos, normas, portarias, leis e documentos síntese publicados pelo Ministério da Saúde relacionadas às políticas selecionadas para análise. Cabe destacar ainda que em seu processo de análise, a autora considerou o conceito de política como dispositivo e do *ciclo de análise de políticas* (formulação, implementação e avaliação) proposto por Ball (2001) – para o qual as políticas são constituídas por múltiplos elementos (atores, forças, interesses) que estão em constante movimento –, sendo possível considerá-las ao mesmo tempo *texto* (na forma dos documentos com linguagem é adaptada aos leitores, representando o acúmulo de negociação e pactuação possível) e *discurso* (na forma falada, demonstrando as disputas de poder e de controle sobre o conhecimento ou ideia expressa).

E considerando a necessidade de recomposição dos lugares ocupados pelos trabalhadores, gestores, usuários e suas famílias, comunidades (incluindo as ações de produção de resistências e lutas sociais nos territórios) entendemos que se faz necessário, concomitantemente, problematizarmos também o modo como temos NOS atido às políticas.

E para o que nos interessa nesse debate, cabe ressaltar as principais constatações das análises de Leal (2015):

a) Há o predomínio da perspectiva de *ciclo de políticas* nos estudos de análise de políticas, os quais, por sua vez, ao interrogarem as práticas e a implementação das políticas focalizando o *contexto*, concluem que as fragilidades de implementação se devem a este aspecto, desconsiderando a *potência* dos conceitos embutidos nas políticas e os dispositivos que elas ativam. Os estudos, ao tomarem o texto das políticas como uma *referência fechada*, não reconhecem que a política se produz também por meio das práticas e ainda que as dificuldades identificadas podem corresponder a problemas de concepção, às disputas de projetos no cotidiano, aos dispositivos propostos e aos atravessamentos presentes na sociedade.

b) Há uma interferência da agenda das políticas na produção de pesquisas acadêmicas, o que resulta em publicações que não refletem o que é realizado na Saúde Coletiva e nem sempre dialogam com as necessidades do SUS. As questões do SUS são pouco estudadas na Saúde Coletiva, que tem atuado segundo um movimento de reafirmação das políticas vigentes a partir de estudos sobre levantamentos de dificuldades e desafios de implementação sem o reconhecimento de que as políticas são produzidas a partir de um conjunto de relações e de constantes disputas.

c) Quanto à política de atenção básica ressalta-se o processo de intensificação da relação entre a indução

financeira e o papel controlador do Ministério da Saúde. Apesar das crescentes críticas (homogeneização das práticas e dos arranjos diante da heterogeneidade do país, sobrecarga das equipes pelos mecanismos de controle, centralidade na figura do médico, dificuldade de manejo de agravos não transmissíveis), não há sinais de ampliação do debate pelos gestores ou de caminhos para mudança pelo Ministério da Saúde.

d) Tendo em vista que a micropolítica pode ser observada a todo momento, seria muito útil para o SUS se a Saúde Coletiva construísse estratégias de investigação e de formulação de novos conhecimentos que tivessem a capacidade de interferir de modo mais afirmativo no processo de produção de políticas, a exemplo dos saberes produzidos por ela no processo de construção do SUS, os quais, por sua vez, precisam ser tencionados atualmente.

E considerando a necessidade de construirmos um olhar crítico sobre o trabalho, tendo em vista a necessidade de aprendermos sobre a composição de intervenções mais contextualizadas a partir da interação com trabalhadores e usuários, destacamos algumas considerações de Leal sobre a atenção básica, que ajudam a pensar no distanciamento e na pouca reflexão da Educação Física (mas não apenas dela) em relação à micropolítica do trabalho, o que inclui pensarmos sobre o tema da *produção das políticas*. Segundo a autora, no que se refere à atenção básica a disputa inicial no processo de construção da política de atenção básica foi marcado por distintas experimentações nos municípios brasileiros e por diversas proposições acadêmicas. A partir da definição da Estratégia Saúde da Família (ESF)⁹ como

⁹ A Estratégia Saúde da Família (ESF) é originada do Programa Saúde da Família (PSF) criado em 1994 pelo Ministério da Saúde. Acompanhando a reorganização da Atenção Básica brasileira tornou-se uma estratégia desde 2006 e está atualmente regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) e pela Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. As principais características que dão forma a ESF

arranjo preferencial deste nível da atenção o debate sobre outros arranjos e proposições foi silenciado. (LEAL, 2015)

Nesse contexto a autora afirma que é preciso considerar um conjunto de questões que estavam em pauta, como: a universalização do acesso com o intuito de que o SUS alcançasse todos os municípios brasileiros; a disputa entre “cesta básica” (centralidade nas ações programáticas com equipe e agenda mínimas nos territórios para todos os municípios) e universalidade/integralidade; a disputa entre a aposta no trabalho vivo (criatividade dos trabalhadores) e a aposta no trabalho morto (padronização e controle do trabalho); as disputas quanto ao conceito de saúde e o lugar que a clínica, a epidemiologia e o cuidado ocupariam nele; as disputas sobre o lugar a ser ocupado por gestores, trabalhadores e usuários no SUS; as disputas quanto à formação em saúde; a disputa entre o reconhecimento dos modos singulares de viver (incluindo os sofrimentos e agravos) e o privilégio das regularidades informadas pelos processos biológicos e da determinação social do processo saúde-doença, disputa entre uma atenção básica forte e um SUS de pobre para pobre; disputa entre governo federal,

são: a equipe de saúde da família, com composição multiprofissional (no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo completar esta composição o cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal); a responsabilização sanitária das equipes por um território de referência, que é delimitado com base em critérios específicos; e a participação dos agentes comunitários de saúde (ACS), que tem como característica central pertencer a comunidade atendida por sua equipe. A Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, prevê que cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas. É preciso lembrar que, a definição desses números deve levar em consideração critérios de equidade e o grau de vulnerabilidade das famílias do território, no sentido de diminuir a quantidade de pessoas atendidas quando esse grau é maior.

estados e municípios quanto à formulação, financiamento e efetivação da atenção básica; disputa pela corporação médica para a manutenção do modelo hegemônico; os atravessamentos do modelo neoliberal que culpabiliza os usuários e que reforça a disciplinarização da vida, incluindo o fortalecimento da indústria farmacêutica e de equipamentos a partir da lógica centrada em procedimentos, a omissão quanto aos temas complexos, incluindo a violência. (LEAL, 2015, p.111)

É justamente nessa perspectiva de análise trazida por Leal – problematizar *como* e *o que* produzimos em saúde a partir da política, porém para além da “letra da lei”, o que inclui reconhecermos as disputas, os atravessamentos e a necessidade de produção de resistências – que destacamos outro recente estudo que dialoga com a temática em questão e faz pensar sobre o modo predominante de operar da Educação Física.

Trata-se da investigação, de natureza cartográfica e micropolítica, produzida por Sarti (2015) a partir da interação com o trabalho de duas equipes de Saúde da Família no município de Vitória-ES. O objetivo era problematizar o modelo organizativo da atenção básica, com base na identificação e na análise dos dispositivos de saber-poder presentes no cotidiano dos serviços e que são operados por meio das interfaces entre profissionais e usuários do SUS com condições crônicas, particularmente *diabetes mellitus* tipo 2. De acordo com o autor, a necessidade de problematizar as relações produzidas entre usuários e trabalhadores da ESF deveu-se ao reconhecimento da complexidade que envolve a estruturação dos sistemas e serviços de saúde, bem como a organização da vida dos indivíduos que sofrem com uma condição crônica (dado os impactos no cotidiano), pois ainda que a ESF tenha alcançado resultados significativos no tocante à saúde da população persistem problemas para sua efetivação, que

precisam ser questionados com vistas à sua qualificação e transformação. (SARTI, 2015)

Na ESF, como analisa o autor, os arranjos e as diretrizes apresentam eficácia para questões autolimitadas (doenças imunopreveníveis, doenças infecciosas agudas, acompanhamento do desenvolvimento infantil), uma vez que ainda há muitas questões a serem pautadas acerca do manejo de doenças e agravos não transmissíveis justamente porque os usuários terão que conviver por muito tempo com tais problemas e também com os serviços de saúde, o que evidencia a necessidade de organizar de modo integrado os serviços dos distintos níveis de complexidade tecnológica e produzir práticas de saúde participativas, inclusivas e solidárias e que estejam orientadas pelo vínculo, escuta e centralidade no sujeito.

Considerando a composição de um olhar para o cotidiano das equipes a partir da observação e da produção de diários de campo das reuniões de equipe, atividades em grupos educativos, visitas domiciliares e ao território e a interação com trabalhadores e usuários, além de entrevistas semiestruturadas com estes sujeitos, o autor chama atenção para o fato de que a programação da atenção, que orienta uma parcela significativa dos processos de trabalho da equipe, tem contribuído para uma produção enrijecida e burocrática dos processos de trabalho. Na análise empreendida, torna-se evidente o imperativo moral no cuidado do outro a partir do qual são forjados discursos e práticas regulatórias, controladoras, vigilantes, normalizadoras e disciplinares do indivíduo e da população, e ainda a produção de modos de subjetivação que orientam sujeitos docilizados, assujeitados e despotencializados. (SARTI, 2015)

Nessa perspectiva, entendemos que a discussão nos ajuda a pensar sobre outros modos de problematizar a

produção do cuidado, especialmente considerando que em vez realizar o movimento comum da literatura, que analisa e julga as práticas e os processos de trabalho das equipes de saúde, no caso de ESF, apontando falhas e avanços (segundo as determinações científicas sobre o tratamento mais adequado para usuário com diabetes e o que eventualmente poderia ser o melhor modelo de atenção primária à saúde), o fio condutor do estudo era buscar visibilizar os modos de existência produzidos por meio das ações dos trabalhadores, os processos de subjetivação construídos nos encontros entre os trabalhadores e os usuários e, ainda, quais sujeitos as equipes relacionadas à atenção em *diabetes mellitus* tentam produzir a partir das tecnologias utilizadas. Nesse sentido, partindo desse olhar, é possível problematizar de um outro modo a ESF e a micropolítica do processo de trabalho das equipes (incluindo aquelas que atuam com populações marginais e vulneráveis). (SARTI, 2015)

E neste ponto traçamos uma aproximação com o modo de operar na ESF analisado por Sarti, que dialoga particularmente com o modo *bio* desenvolvido pela Educação Física nos serviços de saúde, pois como apontado, o modo de agir das equipes estava intensamente norteado por uma compreensão higienista e normalizadora da atenção à saúde dos pobres, que desconsiderava a complexidade da mudança de hábitos (particularmente em um contexto de precariedades). O trabalho das equipes atrelava-se ao modelo médico hegemônico, resultando em centralidade nas demandas dos trabalhadores e em fechamento para a singularidade do encontro com os usuários.

Havia um movimento de rotulação dos usuários que evidenciava um modo de olhar o outro como destituído de vontade de mudança, o que contribuía para que as práticas não encontrassem ressonância nos usuários e para que houvesse uma reafirmação do autocuidado (como

controle) e da responsabilidade sobre a própria saúde (como consciência e cuidado de si a partir de um dado regime de verdade).

Fica evidente que o saber-fazer programático esvaziava o projeto terapêutico de sua singularidade, uma vez que os usuários que adotavam outros referenciais (considerados incorretos pelos trabalhadores, que tinham dificuldades de produzir projetos terapêuticos compartilhados) para o manejo de seu cuidado eram enquadrados como *rebeldes*.

Ou seja, as práticas disciplinares e higienistas atingiam de modo violento os usuários com diabetes, que já sofriam distintas violências em seus contextos de precariedade afetiva e material e, além disso, havia o fato de que a gestão contribuía para fortalecer a agenda programática ao instituir pagamentos por desempenho ou resultado, com base em indicadores e metas, o que mostra que tais estratégias, quando irrefletidas, podem empobrecer os modos de cuidar e potencializar tensões entre trabalhadores e gestão e entre trabalhadores e usuários.

E, nesse contexto, considerando que a definição do problema do usuário era feita *a priori* e que havia a padronização das consultas (o que evidencia os limites da programação em saúde para lidar com problemas de maior complexidade que mantém relação com os modos de viver das pessoas), o autor percebeu a produção de contracondutas pelos usuários que, sem desconsiderar a biomedicina, inventavam formas de manejar a doença e de ressignificar as práticas médicas a partir de suas experiências e seus modos de vida. (SARTI, 2015)

Nessa perspectiva, destacamos algumas considerações do autor que se mostram valiosas no que diz respeito a outros modos de produção de conexões entre trabalhadores e usuários. O autor conclui que embora exista o entendimento cristalizado no imaginário e no fazer dos

profissionais sobre o modelo de atenção da ESF como um espaço de promoção da saúde é possível observar o reforço do oposto. Há, portanto, um imperativo ético em relação ao modo de produzir o cuidado na ESF, especialmente considerando o cuidado de populações marginalizadas, fragilizadas e submetidas a um conjunto de iniquidades sociais, pois apesar de tal modelo possuir distintas possibilidades de ser operado (equipe multiprofissional, facilidade de acesso, distintos cenários assistenciais, entre outros) permanece aprisionado em processos de trabalho burocráticos, violentos, normalizadores, higienistas e centrados em procedimentos e no trabalho médico. (SARTI, 2015, p.193)

Propondo outras composições... com o cuidado e a política...

Analisando os aspectos levantados pelos estudos, percebe-se a relação viva entre macro e micropolítica. E também fica evidente como não temos explorado outras perspectivas que podem nos ajudar a compreender o modo como as políticas são fabricadas e como lidamos com os efeitos de seus atravessamentos no *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 da norma - e, no caso da Educação Física, de práticas pouco reflexivas e esvaziadas de sentidos.

Precisamos propor e sustentar práticas que sejam produtoras de relações boas, alegres e que instiguem encontros que valorizem o indivíduo e o coletivo, suas questões e necessidades, e ainda com aquilo que é do outro.

Precisamos aprender a compor com o propósito de inventar resistências à opressão e à degradação da vida com alteridade e *na presença*, como algo que se impõe de forma inadiável, pois, diante da biopolítica e do biopoder que, cada vez mais, se renovam em formas sutis de presença/ausência, a questão é o que acontece “nas linhas, entre as linhas, no *E* que os torna imperceptíveis, um *e* o outro, nem disjunção nem conjunção, mas linha de fuga que não para mais de se traçar, para uma nova aceitação, o contrário de uma renúncia ou de uma resignação”. (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p.84)

Referências

- CAMPOS, G.W.S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, sup. 12, p. 1865-1874, 2007.
- CARVALHO, M. SANTOS, N.R.; CAMPOS, G.W.S. As instituições privadas poderão participar de forma complementar ao Sistema único de Saúde... ou será o contrário? **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 92, p. 11-20, 2012.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs** – capitalismo e esquizofrenia, vol.3. 2. Ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996.
- FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.
- FREITAS, F.F.; CARVALHO, Y.M.; MENDES, V.M. Educação Física e saúde: aproximações com a “Clínica Ampliada”. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Florianópolis, v. 35, n. 3, p. 639-656, 2013.

IANNI, A.M.Z. A política posta em questão: o sucesso do 13º Congresso Paulista de Saúde Pública. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 13-18, 2015.

LEAL, M.B. **Saúde Coletiva e SUS**: análise sobre as mútuas influências entre o campo e do sistema de saúde no Brasil. 2015. 220f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

MENDES, A. Direito como instrumento de efetivação (ou não) do direito à saúde no Brasil – Cenário dos desafios ao direito à saúde universal brasileira. **Revista Direito Sanitário**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 113-118, 2013.

MENDES A.; WEILLER, J.A.B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 491-505, 2015.

MENDES, A. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol.24, supl.1, p. 66-81, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00066.pdf>>. Acesso em: 10 de ago. 2015.

MENDES, V.M.; CARVALHO, Y.M. Sem começo e sem fim... com as práticas corporais e a Clínica Ampliada. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 603-13, 2015.

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. (Orgs.). **Saúde da família**: experiências e diversidade no território. Rio de Janeiro: UNISUAM, 2015. v. 1, 204 p. *No prelo*.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão e Salvador: Editora Universidade de Feira de Santana e Editora da UFBA, 2009. p. 29-56.

MERHY, E.E. Ver a si no ato de cuidar. In: CAPOZZOLO A. A.; CASETTO S. J.; HENZ A. O. (Orgs.) **Clínica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 248-267.

SARTI, T. **A (Bio)política da Saúde da Família**: adoecimento crônico, micropolítica e o governo da vida. 2015. 206f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE MENTAL: algumas problemáticas recorrentes no cenário de práticas

Felipe Wachs

Introdução

A relação entre Educação Física e saúde mental pode ser abordada de diferentes formas. É possível adentrar diferentes cenários como o esporte de rendimento e a inclusão escolar ou abordar uma grande diversidade de populações, afinal todos enfrentamos desequilíbrios em nossa saúde mental em algum momento da vida. O presente texto, no entanto, toma por foco o contorno que tem sido dado pelas políticas públicas brasileiras para o campo da Saúde Mental e os serviços especializados criados para atender à população dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). As políticas públicas de saúde mental destinam maior atenção e recursos para assistência aos usuários de substâncias psicoativas, às pessoas em intenso sofrimento psíquico e à população em situação de rua.¹ São pessoas

¹ Este último público, principalmente através da inclusão do Consultório na Rua dentro da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial).

a quem frequentemente são impostos estigmas como “drogaditos”, “loucos” e “vagabundos”. Essas populações estão sofrendo ou já sofreram prejuízos importantes na forma como conduzem suas relações pessoais, seus estudos, seu trabalho, seus prazeres, sua cidadania, seus projetos de vida. Em serviços de saúde mental como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), essas populações encontram assistência para construção de projetos terapêuticos singulares (PTS), ou seja, espaço para a construção de um tratamento que respeite sujeitos e seus diferentes interesses. Na perspectiva de prestar assistência psicossocial respeitando à diversidade e a integralidade dos sujeitos, a maioria dos serviços de saúde mental conta com equipes compostas por diferentes profissões.

O campo da saúde mental foi um dos primeiros a receber profissionais de Educação Física em serviços de saúde ligados ao SUS para compor suas equipes de trabalho. Mesmo antes da implementação da Reforma Psiquiátrica, que instituiu um processo de transição de um modelo de atenção manicomial para um modelo de atenção psicossocial, a Educação Física já figurava entre os profissionais do campo. A saúde mental é um dos campos que melhor acolhe a Educação Física e suas possibilidades de intervenção, apesar de um certo paradigma que se impõe, pois, na “dureza das palavras”, a saúde mental é “mental” e a Educação Física é “física”. Para discutir a atuação profissional nesse cenário há necessidade de desconstruir essas e outras tantas “durezas”. A pretensão não é afirmar retoricamente que a saúde mental depende do corpo ou que uma boa Educação Física educa para além do “físico”, mas sim ressaltar a importância em compreender o sujeito e organizar a assistência orientados pela concepção de integralidade.

Não é à toa que o termo psicossocial se destaca na política brasileira de saúde mental, pois esbater sintomas com ajustes bioquímicos propiciados por medicações interfere pouco no contexto de adoecimento das pessoas e nas reorganizações necessárias. Também não é à toa que, apesar de o termo “Educação Física” se sustentar pela tradição, outras construções conceituais como cultura corporal e práticas corporais possibilitam orientação teórica mais crítica e contra hegemônica na atuação profissional.

Enfim, a questão central é: profissionais de Educação Física podem contribuir no tratamento de pessoas em intenso sofrimento psíquico ou de usuários de substâncias psicoativas? Em minha dissertação de mestrado (WACHS, 2008), defendi que a inserção da Educação Física em serviços de saúde mental não deveria se dar através de mera transposição de um conjunto de práticas de outro cenário como uma escola, como um clube ou como uma academia, mas que era uma prática que precisava emergir considerando códigos e funções da instituição na qual se insere e, assim, desenvolver tecnologias próprias da atuação nesse campo.

Este texto explora de forma panorâmica algumas problemáticas recorrentes do fazer da Educação Física no campo da saúde mental, sem a pretensão de esgotá-las, mas sim de provocar a reflexão dos leitores sobre elas. Para tanto, irei retomar alguns aspectos que já discuti em minha dissertação e em outros textos, traçarei interlocução com outros autores que se debruçaram sobre a temática e aproveitarei questões que se apresentam em minha atual experiência de orientar estágio curricular em CAPS.

Vínculo de trabalho e compor equipe ou cumprir tarefas

Começarei com uma perspectiva ampla da primeira problemática. Ela não é específica nem da Educação Física, nem mesmo do contexto da saúde mental. Um dos maiores problemas atuais da área da saúde é o processo crescente de terceirização que tem promovido alterações nos vínculos empregatícios. A gestão de hospitais ou mesmo da rede de atenção básica tem sido repassada para Fundações ou Organizações Sociais (OS), as quais assumem a responsabilidade de contratar os profissionais para atuarem em serviços “públicos”. Sem estabilidade, os profissionais ficam reféns das alternâncias político-partidárias e recebem pouca ou nenhuma atenção para suas reivindicações coagidos pelo frágil vínculo. Mesmo que muitas vezes a população ofereça apoio aos profissionais, o controle social, que figura entre os princípios do SUS, acaba desempoderado uma vez que o governo delega a gestão a uma instituição de direito privado. O trabalho em saúde acaba atravessado por gestões sustentadas por números de procedimentos e que dão menos atenção para resolutividade na organização do cuidado e dos recursos.

A questão é ampla e cheia de desdobramentos, mas é importante situá-la brevemente para compreender o cenário que permeia os vínculos de trabalho dos profissionais da Educação Física na saúde. Se pensarmos nos pioneiros das décadas passadas, dificilmente tínhamos profissionais de Educação Física vinculados diretamente a secretarias de saúde. Alguns eram cedidos de outras secretarias como educação ou esporte e lazer, outros eram contratados por associações, cooperativas ou Organizações Não Governamentais (ONGs) que já se constituíam como vias de terceirização, mas que não detinham a mesma dimensão de poder de gestão do patrimônio público que as atuais Fundações e OSs. Muitos desses primeiros

profissionais de Educação Física já enfrentavam dificuldades como o constante fantasma de serem “devolvidos” para sua secretaria de origem quando estatutários ou demitidos, pois os contratos das instituições com os governos poderiam não ser renovados.

Talvez este histórico e as atuais formas de vinculação trabalhista se aliam a dificuldades próprias da incipiência da Educação Física nos serviços de saúde para constituir o que Ferreira (2013) chama de profissional “tarefeiro”. O profissional “tarefeiro” está no serviço para cumprir tarefas, realizar os procedimentos que lhe cabem. Ele não se envolve com a equipe do serviço para atuar de forma interdisciplinar ou para organizar sua intervenção a partir das demandas dos usuários. Ferreira argumenta que esta caracterização muitas vezes é decorrente das condições de trabalho propiciadas aos profissionais de Educação Física, que precisam transitar por diferentes serviços, permanecendo poucas horas em cada um deles. Ele vai ao serviço de saúde, coordena sua oficina, mas não tem tempo para se apropriar do funcionamento do serviço, de interagir com outros profissionais, de ser “compositor”. (FERREIRA, 2013) Ele terá dificuldades para compor a equipe, para compor formas inovadoras e interdisciplinares de cuidar.

É possível que o profissional de Educação Física se caracterize como um tarefeiro mesmo tendo boas condições de trabalho. Em um exercício de reflexão podemos supor que deficiências na formação profissional possam induzir o tipo de postura profissional “cumpridor de tarefas” decorrente, por exemplo, da pouca experiência de trabalho conjunto com outros profissionais da saúde, do desconhecimento de saberes específicos do campo da saúde, da insegurança em expor suas fragilidades diante de outros profissionais, da dificuldade de conduzir atividades sem que todos os movimentos estejam previamente planejados, etc.

Essa realidade provavelmente acontece com maior frequência em outros cenários do SUS, como, por exemplo, na atenção básica do que propriamente na saúde mental. Contudo, é importante que coloquemos em foco a problemática do profissional “tarefeiro” para falar de trabalho em saúde mental, pois é um cenário no qual romper com especificidades e organizar o cuidado de forma interdisciplinar a partir das demandas dos usuários é fundamental para respeitar a proposta de cuidado do modelo psicossocial. Um profissional que passa um turno em cada serviço de saúde dificilmente conseguirá.

Práticas corporais, saúde mental e integralidade

O profissional de Educação Física pode se esforçar para não se posicionar ou ser posicionado na condição de “tarefeiro”, mas, ainda assim, não compor organicamente as atividades que são promovidas em serviços de saúde mental. Mencionei anteriormente que as práticas conduzidas pelos profissionais de Educação Física em CAPS não deveriam ser simplesmente transposições de outros contextos ocupados tradicionalmente pela Educação Física. Serviços de saúde como o CAPS possuem uma função social a cumprir. Nesse caso, a função é oferecer assistência terapêutica para pessoas em intenso sofrimento psíquico. A segunda problemática para a qual chamo a atenção está relacionada à harmonização entre as intenções das atividades conduzidas pela Educação Física nos CAPS e a própria função social prospectada para a instituição.

Espera-se que um profissional, ao conduzir alguma atividade, faça-o tendo objetivos a serem alcançados. Esses objetivos podem estar mais ou menos fechados ou abertos, mas, mesmo assim, espera-se que o profissional tenha

intenções que convirjam com o papel que desempenha ao intervir em dado contexto. Quando um profissional, seja ele da Educação Física ou não, propõe uma prática corporal como uma oficina sistematizada ou como uma atividade pontual em um CAPS, o que se espera alcançar com isso?

Frequentemente a intencionalidade apresentada para sustentar práticas corporais no CAPS está relacionada à pretensão de ser fator de proteção para uma série de doenças crônicas não transmissíveis. Ou seja, a vida não para e o “louco” também tem dor de dente. Ou seja, é possível que os objetivos para ofertar à prática corporal se afastem da proposta de tratar o sofrimento psíquico, responsável por trazer o usuário ao CAPS. Qual a função do CAPS: tratar o sofrimento psíquico (ou prejuízos pelo uso de substâncias psicoativas) ou prevenir hipertensão dos usuários?

Caso acionemos o princípio da integralidade, é possível sustentar que o CAPS não pode se deter a olhar apenas para o sofrimento psíquico, mas precisa olhar para o usuário como um todo. Dessa forma, compreende-se que, mesmo que alguém esteja com depressão ou esquizofrenia, ainda assim necessita alimentação saudável, praticar exercícios, etc. A questão é: o CAPS pode olhar o indivíduo como um todo, mas deveria/poderia dar conta de todas as necessidades desse indivíduo? A prática regular de atividade física para prevenção de doenças poderia ocorrer em outro lugar que não o CAPS? Pode-se argumentar que, em outros espaços da cidade, os profissionais não estão preparados para lidar com a loucura ou com a dependência química, ou ainda que, nesses espaços, os demais participantes não serão acolhedores.

Dois aspectos precisam ser observados, no entanto, quando a intencionalidade da prática corporal é “preventivista”. O primeiro é que não basta participar de uma ou duas oficinas semanalmente para garantir

os níveis predispostos de atividade física. Outro é que o CAPS não deveria ser responsável por toda e qualquer assistência à saúde de uma pessoa considerada “louca”. Espera-se que o CAPS não se torne uma instituição total (GOFFMAN, 2008) que se ocupe de todas as dimensões da vida de seus usuários e acabe, assim, reproduzindo o modelo manicomial de cuidado tutorial. Será que não há possibilidade do usuário realizar alguma prática corporal de forma regular em outro equipamento da rede de saúde ou fora dela? Poderiam os profissionais do CAPS dar apoio para que outros profissionais lidem com sintomas característicos dos usuários da saúde mental?

Portanto, a segunda problemática, para a qual chamo a atenção, é sobre a harmonização entre os objetivos que os profissionais de Educação Física estabelecem para suas atividades e a função social proposta para serviços de saúde mental como o CAPS. Este tipo de contradição foi identificado também por Furtado et al. (2015). O planejamento das atividades deve levar em consideração que as pessoas vêm ao CAPS em um momento particular de intenso sofrimento psíquico e que elas terão alta em algum momento, pois a proposta do CAPS não é institucionalizar usuários. Parece-me que quando as práticas corporais conduzidas pela Educação Física contribuem no trato do sofrimento psíquico a harmonização acontece de forma mais objetiva. Adotar um transitório viés “preventivista” também pode ter desdobramentos positivos para saúde mental caso o profissional consiga contribuir para inserção do usuário em algum outro grupo social de praticantes, por exemplo. Talvez seja até possível um deslocamento do foco da prevenção de doenças para a promoção de vida, tendo no horizonte a importância da reinserção social, da busca pelo “fora”, da busca por habitar a cidade e construir laços.

A(s) identidade(s) entre especificidade profissional e necessidades do campo

As duas primeiras problemáticas refletem dificuldades do profissional de Educação Física em adentrar ao campo da saúde mental e construir objetivos diferentes dos que tradicionalmente são usados para legitimar as práticas que conduz em outros contextos. O terceiro ponto que quero problematizar no texto vai radicalmente na direção oposta. Não é raro que o profissional de Educação Física se afaste de práticas mais próximas de sua formação inicial e acabe se envolvendo em outras atividades eventualmente vislumbradas como mais potentes no tratamento. Isso pode ser bom, uma vez que o CAPS é um espaço que incentiva os profissionais a saírem de seus nichos de especificidade para organizarem o cuidado tendo por referência as demandas dos usuários. É importante, no entanto, que prestemos atenção a esse movimento de afastamento das práticas que caracterizam a formação inicial.

Será que as práticas corporais não estão sendo posicionadas como algo secundário dentro do CAPS e os profissionais de Educação Física estejam procurando ocupar atividades de maior reconhecimento no tratamento? Em minha experiência pessoal, já vi diversos profissionais diferenciarem uma oficina que trabalha com corpo e movimento de atividades que são “o tratamento de verdade”. O “tratamento de verdade”, nestas situações, consiste em tomar a medicação prescrita e falar para um terapeuta ou para um grupo sobre seu sofrimento. Atividades que deslocam o foco da doença para a vida, encontram desconfiança em relação a sua potência terapêutica. Escutei de uma usuária uma das falas mais representativas desse aspecto. Após participar de uma oficina conduzida por um profissional de Educação Física, ela disse: “parece

brincadeira, mas não é”. (WACHS; FRAGA, 2009a) Com essa fala curta e direta ela enuncia a desconfiança que tinha da proposta e reconhece a potência terapêutica vivenciada na oficina. Nem sempre é tão fácil vencer a desconfiança inicial e o preconceito.

A questão que procuro trazer ao foco é quanto o profissional pode ser impelido a se afastar de práticas associadas a sua formação inicial. Em oportunidade anterior (WACHS; FRAGA, 2009b), relatei conversa que tive com a equipe de um CAPS no momento que trazia retornos de minha pesquisa de mestrado. Conteí que uma usuária não identificava as atividades conduzidas pelo profissional que eu acompanhara como sendo Educação Física. A resposta da equipe foi rápida, afirmando que eram, antes de tudo, profissionais de saúde mental. A intenção da equipe foi de proteger o colega, mas também de enunciar uma postura na organização do cuidado no serviço. Esta postura é enunciada quando se afirma como identidade profissional primeira ser profissional de saúde mental e não enfermeiro, assistente social, psicólogo ou profissional de Educação Física. É reflexo da intensidade do campo da saúde mental, que demanda aprender coisas novas que não fizeram parte da formação inicial, que requer envolvimento afetivo e dedicação, que conduz a atividades que escapam da especificidade de sua profissão de origem. O debate acerca da especificidade é uma questão recorrente nos espaços que tratam de Educação Física na saúde mental e ainda mais no estágio curricular de acadêmicos em CAPS. É possível, no entanto, defender uma visão que não se atenha a perspectivas dicotômicas, ou seja, podemos nos afirmar como profissionais de saúde mental sem deixar de ser profissionais de Educação Física. Compreender que estas duas identidades podem compartilhar um mesmo corpo, e que ora uma se sobrepõe ora outra, não é tão complexo, mas é inconcebível para algumas pessoas que

defendem interesses de categoria profissional e “cada um no seu quadrado”.

A questão não se limita a afirmar uma identidade de campo que rompe com as especificidades da formação inicial, mas também que a identidade profissional de Educação Física não seja simplesmente abandonada no campo de atuação apesar dele dar margem para tanto. Não se trata também de delimitar que, dentro do CAPS, oficinas esportivas sejam conduzidas apenas por profissionais de Educação Física ou que esse profissional deve oferecer oficinas esportivas, por exemplo. A melhor forma de refletir sobre especificidade é perguntando: ter cursado Educação Física na graduação pode contribuir de que forma no cuidado em saúde mental? Se o profissional de Educação Física não consegue encontrar respostas para essa pergunta e abandona sua identidade de graduação é preciso que se interrogue sobre possíveis porquês. É o contexto de trabalho que não valoriza e oprime? São insuficiências da formação? Será que outro profissional não traria melhores contribuições? A Educação Física traz contribuições diferentes?

Orientação teórica e contribuições no tratamento. Mas tratar o quê?

O quarto ponto sobre o qual quero discorrer é um pouco mais complexo. Tomando por partida o enredo do parágrafo anterior, pensemos em um profissional de Educação Física que conduz práticas corporais dentro de um CAPS e que consegue justificar a importância que estas atividades podem ter no tratamento dos indivíduos. Nas atividades de estágio que supervisiono, frequentemente os acadêmicos apresentam como objetivo para as atividades

a importância de propiciar e estimular atividades de socialização aos usuários de saúde mental. É um bom começo, mas podemos deixar a situação mais complexa de, pelo menos, dois modos. O primeiro é questionar que intervenções serão feitas ou que manejos poderão ser necessários para alcançar o objetivo. Não é raro que profissionais de Educação Física planejem suas atividades folheando um livro de “1001 jogos” e depois busquem associar um objetivo para um jogo que encontrou e sabe conduzir. Estabelecer socialização *a posteriori* como objetivo, é possível para muitos jogos. Obviamente, o adequado é buscar por uma atividade a ser proposta ou deixar que o próprio grupo proponha depois que já se identificou alguma demanda individual ou de grupo, mas digamos que trabalhar relações interpessoais é uma demanda e que se planejou uma atividade a partir dela.

Devemos esperar que o jogo por si só alcance o objetivo? É possível prever algumas intervenções que reforcem a intensão proposta? É possível prever possíveis intercorrências que demandem manejos? O terapeuta deve ter um papel ativo? Quando intervir? O profissional de Educação Física terá, muitas vezes, dificuldade com essa dinâmica, com as saídas do *script*, com a assunção de um papel mais ativo (que não espera que a atividade por si só alcance o objetivo), e isso nos leva ao segundo modo de deixar a discussão mais complexa.

Não é difícil construir uma direção para o tratamento através de um objetivo amplo para uma atividade pré-programada que será proposta a um grupo. Contudo, manter de forma clara uma direção para o tratamento no conjunto dos objetivos ou no trato do inesperado é mais difícil. Passa pela pergunta exposta no título desta seção: “mas tratar o quê?”. Para que essa pergunta possa ser bem respondida, é importante que o conjunto do tratamento

possa ser situado teoricamente. Ora, não se espera que a Educação Física seja responsável por criar um manual diagnóstico como o CID (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) ou o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), nem por criar um modelo teórico-clínico como a Psicanálise. É importante que o profissional de Educação Física se situe em algum modelo de explicação para o(s) fenômeno(s) sabendo que este pode variar, afinal loucura, sofrimento psíquico e transtorno mental não são exatamente a mesma coisa. Mesmo o diagnóstico de psicose pode ser compreendido de formas diferentes por um psiquiatra ou por um psicanalista. O contexto teórico fará com que sejam diferentes o diagnóstico, o foco e a direção do tratamento, os recursos terapêuticos, o papel do terapeuta, as expectativas. Enfim, para que a Educação Física consiga avançar na teorização sobre suas práticas, é importante que elas sejam situadas nestes quadros teóricos mais amplos.

Apesar de considerar que há necessidade da Educação Física situar melhor teoricamente suas propostas terapêuticas na saúde mental, é possível encontrar trabalhos que já o fazem muito bem. Apenas para dar um exemplo, vejamos o trabalho de Capra e Araújo (2005) que avaliam a prática de relaxamento como um recurso para ansiedade e fissura de alcoolistas. A proposta está sustentada teoricamente nos preceitos da Terapia Cognitivo-Comportamental. Em termos internacionais, a maioria da literatura que trata de atividade física e saúde mental acaba apresentando uma orientação teórica sustentada por uma psiquiatria clássica, delimitando seus estudos a partir de diagnósticos específicos, de seus sintomas e das respostas bioquímicas do exercício. Muitos desses estudos são inclusive conduzidos por psiquiatras, uma vez que a realidade brasileira de inserção da Educação

Física em serviços de saúde não se aplica a muitos países. De fato, a relação entre atividade física e saúde mental faz mais sentido em nível internacional do que a relação entre Educação Física e saúde mental.

As possibilidades de situar as práticas corporais ou outras práticas conduzidas em nome da Educação Física em uma teorização mais ampla acerca da saúde mental não são tão poucas. É possível sustentá-las na Psicanálise, na Medicina Tradicional Chinesa ou por outros modelos teóricos. Em alguns momentos, as propostas distam tanto entre si que poderíamos agregar composições adjetivas e falar em Educação Física psiquiátrica, Educação Física psicossocial, Educação Física holística... Não que algumas miscigenações teóricas não sejam interessantes para experimentar a desrazão no trato com a loucura, mas é importante identificar influências para que a Educação Física não flutue sem leme no contexto da saúde mental, para que consiga ser potente no cuidado ao usuário e para que teorize de forma competente sobre suas práticas nesse campo.

Considerações finais

Na última década, o número de profissionais de Educação Física que atuam em serviços públicos de saúde cresceu significativamente. No campo da saúde mental, a Educação Física já se fazia presente há mais tempo, inclusive em hospitais psiquiátricos. Mesmo que já inseridos há mais tempo nesse campo, o exponencial aumento de serviços substitutivos ao manicômio após a implementação da Lei n.10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), sobretudo de Centros de Atenção Psicossocial, possibilitou um aumento significativo de profissionais de Educação Física vinculados

à saúde mental. Em alguma medida, é preciso que se preste atenção a quanto do modo manicomial de organizar o trabalho é transportado para o contexto atual de práticas, porém não são apenas legados manicomiais que constituem problemáticas nesse cenário. No presente texto, procurei explorar algumas das problemáticas que tenho percebido como recorrentes acerca da atuação de profissionais de Educação Física em serviços de saúde mental.

Considero o campo da saúde mental como um dos mais ousados dentro da atenção em saúde. Ousadia essa que passa desde a forma de compreender os sujeitos até por propostas clínicas inovadoras que transgridam o senso comum provocando desconfortos aos defensores da sociedade normativa e normalizante. Temos bons exemplos de profissionais de Educação Física investidos dessa ousadia (MACHADO, 2011), mas nem sempre é fácil para a Educação Física adentrar esse cenário, pois seu contexto acadêmico e profissional se alinha frequentemente a teorias sustentadas por perspectivas normalizantes. A discussão que promovi sobre quatro problemáticas, busca contribuir na harmonização entre as propostas desenvolvidas por profissionais de Educação Física e os códigos e funções próprios do contexto atual dos serviços de saúde mental.

Referências

CAPRA, S.A.; ARAÚJO, R.B. 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, jul./dez. 2005. p.135-142.

FERREIRA, L.S. **O trabalho da Educação Física na composição de equipe de saúde mental especializada em álcool e outras drogas**. 2013. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

FURTADO, R.O. 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. de 2015.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2008 (1961).

MACHADO, D.O. **Movimentos na Educação Física: por uma ética dos corpos**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

WACHS, F. **Educação Física e Saúde Mental: uma prática de cuidado emergente em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**. 2008. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

WACHS, F.; FRAGA, A.B. Educação Física em Centros de Atenção Psicossocial. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v.31, n.1, p.93-107, set, 2009.

WACHS, F.; FRAGA, A.B. Educação física e saúde mental: “parece brincadeira, mas não é”. In: Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e III Congresso Internacional de Ciências do Esporte, 2009, Salvador. **Anais do XVI CONBRACE e III CONICE**, 2009. 9p.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES: práticas corporais como estratégia

*Jayanna de Rezende Bachetti
Carlos Nazareno Ferreira Borges*

Introdução

O presente texto é parte das conclusões da dissertação de mestrado, intitulada “Limites e Possibilidades da Educação Física nas Políticas Públicas de Saúde de Vitória – ES”. A dissertação investigou os limites e as possibilidades das inserções da Educação Física no planejamento das políticas públicas de saúde da cidade de Vitória/ES, além das iniciativas existentes sobre as perspectivas de intersectorialidade com a administração pública que mantém ações de práticas corporais no âmbito da saúde.

Para esse estudo, abordamos se e como as práticas corporais¹ têm sido agregadas às ações de saúde pública no município de Vitória/ES. O estudo justifica-se pelo fato das práticas corporais se caracterizarem como vinculadas

¹ Utilizamos o termo para tomar um universo maior de possibilidades no âmbito do movimento humano, vivenciado de forma sistematizada e que tensiona os limites dos termos exercício físico/atividade física.

à Educação Física, componente multidisciplinar da saúde constituída como direito social do cidadão e dever do Estado. (BRASIL, 1988) Enquanto direito social constitucional, a saúde compõe a agenda política e por isso faz-se objeto de políticas públicas nas diferentes esferas.

É recorrente nos discursos da saúde a importância da atividade física. No Brasil, a instituição médica, sob bases biológicas, contribuiu na representação da Educação Física como sinônimo de saúde, via promoção de saúde e criação de hábitos higiênicos que livrassem a população das doenças, e como meio de eugeniização da raça, da educação das virtudes e da construção da moral da juventude. (OLIVEIRA et al., 2001)

Carvalho (1995) identificou duas vertentes para atividade física e saúde. Uma posiciona a atividade como produtora da saúde e a outra como preventiva aos problemas de saúde. Lembremos, no entanto, que aqui vamos além ao utilizar o termo práticas corporais, sugerido em outro trabalho da mesma autora como uma nova perspectiva de entender o movimento corporal como fator importante na promoção da saúde. (CARVALHO, 2006) Não é fácil conceber a saúde, porém, é notável a necessidade de entendê-la com um olhar mais atento aos corpos sociais, que levam em consideração a subjetividade de cada indivíduo, e não apenas a padrões biomédicos. Assim, colocamos a saúde em um contexto de fenômeno social e, portanto, de interesse público.

As políticas públicas de saúde, em sua maioria, possuem objetivos pautados na prevenção, promoção e reabilitação, princípios esses que fundamentam as ações do Sistema Único de Saúde (SUS). A atividade física possui aí um lugar de destaque. Contudo, embora estejamos vivendo um “boom” da atividade física nos discursos relacionados à saúde, os investimentos das políticas públicas de saúde

na prática de atividades físicas supervisionadas por um profissional da área, ainda é incipiente. Ao vasculharmos o *site* do Ministério da Saúde, acerca de informações sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF),² vê-se que se trata de um programa que possui ações multiprofissionais, o que sugere a existência das práticas corporais, embora não sejam mencionadas.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Segundo o *site* do Ministério da Saúde, a ESF é a estratégia prioritária daquele Ministério para organizar a Atenção Básica — que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

Outra iniciativa que encontramos por parte do governo federal é o NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família). O NASF foi criado com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Segundo a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), complementada pela Portaria Nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): médico acupunturista, assistente social, profissional

² A ESF possui equipes responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta comunidade.

da Educação Física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. Como se vê, a presença de profissionais de Educação Física também sugere a aplicação de práticas corporais.

O NASF baseia-se na Política Nacional de Promoção da Saúde – PT nº 687/GM, criada em 30 de março de 2006. (BRASIL, 2006) Segundo essa portaria devem ser disponibilizadas à população ações de atividade física/práticas corporais que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e dos danos decorrentes das doenças não transmissíveis, favoreçam a redução do consumo de medicamentos e a formação de redes de suporte social que possibilitem a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos. Segundo a Portaria, em face do caráter estratégico relacionado à qualidade de vida e à prevenção do adoecimento, as ações de atividade física/práticas corporais devem buscar a inclusão de toda a comunidade adstrita, não devendo restringir seu acesso apenas às populações já adoecidas ou mais vulneráveis.

Analisando previamente o planejamento de saúde do município de Vitória,³ encontramos vestígios da inserção da Educação Física no mesmo. A secretaria conta com um programa denominado de Serviço de Orientação ao Exercício (SOE), do qual participam profissionais da área de Educação Física. Existe também um programa denominado Academia Popular em parceria com a Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (SEMESP), e ainda outro denominado Academias Populares da Pessoa Idosa (APPI), onde também encontramos profissionais da área.

³ Prefeitura de Vitória / Secretaria de Saúde – Plano Municipal de Saúde, 2010-2013; Prefeitura de Vitória / Secretaria de Saúde – Plano Municipal de Saúde, 2006-2009.

Entretanto, quando olhamos para as Unidades de Saúde (US),⁴ estas, em sua maioria, não contam com a presença dos profissionais de Educação Física. A Unidade de Saúde é a materialização da ESF, mas, as equipes multiprofissionais nem sempre contam com profissionais de Educação Física que, apesar de não compor as equipes de ESF, é previsto pelo NASF.

No município de Vitória, quando visitamos o *site* da Secretária Municipal de Saúde, não encontramos informações quanto à presença de profissionais de Educação Física na equipe multiprofissional das Unidades de Saúde. Porém, 17 delas realizam um trabalho em conjunto com o SOE móvel (o qual discutiremos adiante) que promove as mesmas atividades realizadas nos módulos do SOE.

Algumas unidades contam também com as equipes do NASF, que trabalham juntamente com o SOE e com as equipes do ESF. Entretanto, na análise feita, não foi encontrado nada que constatasse a presença do profissional de Educação Física nessas equipes, para além daqueles que são vinculados ao SOE. O que se vê, então, é que, as práticas corporais parecem estar presentes em algumas situações e em outras não podemos saber apenas pelos documentos disponíveis para consulta.

A partir desse momento, apresentaremos e discutiremos como as práticas corporais têm sido agregadas às ações de saúde pública no município de Vitória/ES. Para isso, demonstraremos as estratégias metodológicas utilizadas e logo após apresentaremos os dados juntamente com os resultados que apontam para as respostas às questões que propusemos.

⁴ Nos documentos consultados relacionados às ações da SEMUS não encontramos a denominação Unidade Básica de Saúde, como nos documentos federais, mas, Unidade de Saúde.

Itinerário metodológico

Em termos gerais, a metodologia utilizada foi a análise documental, conforme orientações de Richardson (1999). As fontes foram documentos oficiais de planejamento, implementação e avaliação das políticas da SEMUS no período de 2005 a 2012,⁵ capturados na *web* e solicitados diretamente ao Órgão gestor. Os principais *sites* consultados foram: Prefeitura Municipal de Vitória (PMV),⁶ Diário Oficial do Estado do Espírito Santo,⁷ Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS),⁸ Transparência do Governo Federal⁹ e *website* da SEMUS.¹⁰

O procedimento de produção dos dados foi a busca por meio de palavras-chave em documentos digitalizados, optando-se pelas seguintes: Educação Física, saúde, práticas corporais, atividade física, esporte, lazer, dança, luta, capoeira, ginástica, caminhada, corrida, atividades aquáticas, atividades náuticas. A opção pelas palavras se deu pela proximidade com as duas áreas de estudo e intervenção que foram tomadas como objetos de estudo: a Educação Física e a Saúde.

⁵ A escolha do período se deve ao fato de ter ocorrido uma gestão continuada por dois mandatos. A gestão foi desenvolvida por um governo dito popular, participativo e democrático, desenvolvido pelo partido dos trabalhadores. Isso permite que se espere potencialmente uma gestão descentralizada e intersetorial na saúde ou nos demais setores da Prefeitura, aumentando também o potencial de investigação pretendido por esse projeto.

⁶ Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/>>. Acesso em: 25 jun. 2014.

⁷ Disponível em: <<http://www.dio.es.gov.br/>>. Acesso em: 14 out. 2014.

⁸ Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus>>. Acesso em: 14 out. 2014.

⁹ Disponível em: <http://br.transparencia.gov.br/>>. Acesso em: 14 out. 2014.

¹⁰ Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php>>. Acesso em: 20 set. 2013.

A partir da tomada dos documentos selecionados, foram desenvolvidos os seguintes passos: a) Levantamento das ações de Saúde do município de Vitória no período de 2005 a 2012; b) seleção e análise das políticas públicas de saúde existentes no município que se utilizam das práticas corporais.

A partir das fontes, tomamos ciência das políticas públicas de saúde da cidade de Vitória, contextualizadas em relação às políticas brasileiras e verificando as formas de apropriação das práticas corporais como ferramentas de aquisição e manutenção da saúde.

Os dados foram organizados em categorias, conforme as orientações de Richardson (1999), e foram analisados em seu próprio conteúdo em diálogo com a literatura. Optamos, no entanto, em não apresentar tal categorização, mas discutir os resultados mostrando as ações de Política Pública de Saúde em Vitória/ES e a inserção da Educação Física, os limites das ações de saúde em Vitória e a participação da Educação Física.

As ações de Política Pública de Saúde em Vitória/ES e a inserção da Educação Física

As Políticas Públicas de Saúde nos últimos tempos têm mobilizado ações e debates que discutem a melhoria na qualidade de vida, buscando alternativas para a promoção da Saúde Pública.

Segundo os princípios do SUS, apresentados explicitamente no Art. 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) como também na lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), a gestão da saúde nos municípios brasileiros deve primar pela promoção e prevenção dos agravos à saúde do cidadão. Nesse sentido, muitos estudos têm apontado que

a Educação Física por meio das práticas corporais possui grande potencial para colaborar com a saúde do indivíduo e das comunidades. (CARVALHO, 2001; FREITAS, 2007)

Se o potencial mencionado anteriormente existe, ficamos curiosos em saber como isso pode ser operacionalizado em políticas de saúde municipais e, por isso, a focalização em um dado município brasileiro. Com base na documentação estudada, Vitória se baseia nos princípios e nas diretrizes do SUS para o planejamento de suas ações na área da saúde. A gestão da SEMUS seguindo preceitos constitucionais e as diretrizes do SUS parece direcionada por princípios de democracia e participação, inclusive podendo contar com a participação dos Conselhos Municipais de Saúde para o planejamento de suas ações.

Ao analisarmos os planejamentos de saúde do município, referentes ao período 2005 a 2008 e 2009 a 2012, percebemos que nos últimos anos, em função principalmente de três iniciativas do Ministério da Saúde - a elaboração de uma Política Nacional de Promoção da Saúde, a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Programa Academia da Saúde - parece ter existido um considerável aumento de experiências pautadas na implementação de práticas corporais/atividade física, com a inserção do profissional de Educação Física no âmbito dos serviços de saúde.

No Relatório de Gestão anual do município de Vitória do ano de 2011, por exemplo, encontramos como ação: “Acompanhar/estruturar a implantação das academias e divulgar entre os municípios os benefícios da atividade física”. (PREFEITURA DE VITÓRIA, 2011, p.9) Atendendo a essa demanda, Vitória implantou mais de dez Academias Populares para a Pessoa Idosa que contam com a presença de profissionais de Educação Física ligados ao SOE em horários específicos.

Um diferencial evidente em Vitória, portanto, parece ser a existência do SOE. Entre outras ações comuns a muitos municípios, Vitória possui o SOE, vinculado à SEMUS, atuando efetivamente desde 1990, atrelado a *todas as outras ações de saúde* do município que se utilizam das práticas corporais.

O SOE passou então a se integrar com Unidades de Saúde¹¹ do município, oferecendo “ações educativas”, orientando para a prática de atividade física, bem como ações específicas destinadas a “grupos especiais”.¹² Vimos há pouco como o SOE está vinculado diretamente à ação nas Academias Populares da Pessoa Idosa (APPis), com os mesmos objetivos pelos quais integra as ações das UBSs. Na mesma direção passou a oferecer apoio aos Centros de Referência da PMV, como o Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos; CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, CAPS-i - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e Crai e Centro de Referência e Atendimento ao Idoso.

Pelo que podemos observar, trata-se de um alinhamento das ações do SOE, enquanto estratégia da gestão municipal para operacionalizar a Política Nacional de Saúde. Segundo o Plano Municipal de Saúde 2010-2013, para o período em questão,

[...] tem-se como meta a implantação da Política Municipal de Promoção da Saúde, a ampliação do SOE com implantação de novos módulos, a reestruturação em 100% da rede física de atendimento dos módulos já existentes, além da oferta de formação continuada para 100% dos profissionais

¹¹ O projeto de inserção do Profissional de Educação Física nas UBS de Vitória foi implantado efetivamente em 2004.

¹² Diabéticos, hipertensos, climatério, idosos, etc. (TAGLIAFERRE; ALBUQUERQUE, 2008, p.6)

dos módulos do SOE. Seguindo essas diretrizes, o SOE vem reconfigurando seu trabalho e suas ações junto aos outros serviços de saúde do município, ganhando mais espaço e credibilidade junto à população de Vitória. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE/VITÓRIA, 2010-2013, p.6)

A previsão de ampliação dos serviços se constitui em ação de busca da universalização de acesso ao direito social, algo que se faz um pressuposto básico para o alcance de cidadania, conforme encontramos no clássico estudo de Marshall (1967).¹³ Por vezes as estratégias de ampliação precisam até mesmo superar dificuldades territoriais para a operacionalização, que, como vimos nos documentos, é conseguida em Vitória pela implementação do Serviço de Orientação ao Exercício Volante, “SOE MÓVEL”.¹⁴ Hoje o serviço tem como objetivos, segundo o documento do próprio programa,

Orientar a atividade física de forma segura e eficiente, em áreas públicas, estimulando a adesão e aderência à prática regular de exercícios físicos; conscientizar a população para mudanças de hábitos de vida, divulgando seus benefícios na promoção da saúde; aplicar medidas de combate aos principais fatores de risco modificáveis (sedentarismo, obesidade, tabagismo, hábitos alimentares inadequados) através de intervenções planejadas junto a outros setores da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS); integrar os serviços

¹³ Marshall (1967) em sua obra propõe que a cidadania seria a apropriação plena de um conjunto de direitos os quais são divididos em três grandes categorias: direitos civis, direitos políticos e direitos sociais.

¹⁴ Projeto do “SOE Móvel” foi implantado em 2006 e surgiu da necessidade de alternativas de abrangência do trabalho educativo e de orientação do SOE.

prestados pelo SOE às UBS, CR e outros espaços da SEMUS; avaliar o impacto das ações dos profissionais de Educação Física junto à população atendida, através de atividades de pesquisa. (TAGLIAFERRE; ALBUQUERQUE, 2008, p.14)

Nota-se que apesar das evidências de bom funcionamento, o SOE parece operar nas dimensões de promoção e prevenção da saúde. Em todas essas iniciativas, pode-se notar o protagonismo de professores e profissionais de Educação Física,¹⁵ que atuam nesse serviço mediante a aprovação em concurso público, caracterizando uma ação estável e que se constitui em uma política de Estado (HEIDEMANN, 2009) no âmbito do município.

Limites das ações de saúde em Vitória e a participação da Educação Física

Apesar da abordagem que fizemos dos documentos a respeito do desenvolvimento das Políticas de Saúde e a importante participação da Educação Física por meio das ações e profissionais vinculados ao SOE, percebemos contradições nos dados que apontam para algumas limitações que podem ocorrer nas intervenções em campo, uma vez que já se constituem em limitações nos próprios documentos.

O início das contradições diz respeito à concepção de saúde que orienta a política local. Atualmente, o conceito de saúde, principalmente no âmbito acadêmico, não se

¹⁵ Bachetti e Borges (2014) fazem uma discussão crítica mostrando as limitações das políticas de saúde em Vitória: a denominação do sujeito que atua no campo. Os documentos ora se referem a professores, ora se referem a técnicos esportivos/desportivos. Os autores consideram essa situação a expressão de uma visão técnica e biológica atrelada à Educação Física.

restringe mais à ausência de doença e/ou ao corpo orgânico dos indivíduos, mas leva em consideração um conjunto de fatores que abrange o meio físico, biológico, social e cultural, sob o prisma da “saúde ampliada”, defendida na 8ª Conferência Nacional de Saúde. (CONASS, 2009) Este fórum determinou como a saúde ampliada é efeito das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Ou seja, uma concepção que leva em consideração as dimensões econômica, social e política do indivíduo na produção da saúde e da doença.

Quando observarmos os documentos referentes aos planejamentos e aos relatórios da saúde do município de Vitória, percebemos que a concepção de saúde, embora seja em muitas passagens pautada no discurso da saúde ampliada, uma vez que os documentos locais se orientam pela Política Nacional de Promoção da Saúde, é apresentada de forma confusa, pois muitas ações ainda continuam arraigadas a uma visão biológica e à prática da atividade física como promotora da saúde por si mesma, fortalecendo a equação atividade física=saúde.

Vejamos alguns fragmentos dos documentos que nos permitiram fazer essa inferência. Os que estão a seguir, por exemplo, ilustram ações previstas pela secretaria de saúde que orientam a atividade física como sinônimo de saúde.

Avaliar e acompanhar a efetividade das ações de promoção da saúde implantadas, através do monitoramento dos indicadores: redução da pressão arterial, da glicemia e peso nos módulos do SOE e nas U.Ss. (PREFEITURA DE VITÓRIA/ SECRETARIA DE SAÚDE - PLANO DE AÇÃO, 2006, s/p)

Realizar o evento Dia Municipal da Atividade Física em parceria com o Programa de prevenção e controle da Diabetes em novembro de 2006. (PREFEITURA DE VITÓRIA/SECRETARIA DE SAÚDE - PLANO DE AÇÃO, 2006, s/p.)

Já a próxima citação ilustra ações previstas encontradas no documento de construção do plano de inserção do profissional de Educação Física na atenção básica no município de Vitória.

Haverá o monitoramento e avaliações periódicas das famílias acompanhadas a fim de se analisar indicadores como: estilo de vida (questionário) reeducação dos níveis pressóricos, redução do uso de medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, redução dos níveis de colesterol e triglicerídeos, parâmetros antropométricos (peso, estatura, IMC, RCQ e Cintura). (VENTURIM et al., 2004, p.82)

O próximo trecho foi encontrado no documento que rege a organização, estrutura e o funcionamento do Serviço de Orientação ao Exercício (SOE), demonstrando assim a visão prevalente sobre a relação de atividade física e saúde.

A importância da atividade física e da mudança no estilo de vida para a prevenção e controle das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) vem ressaltar as contribuições que este profissional (o de Educação Física) pode oferecer para a rotina de trabalho e ações desenvolvidas nas UBS junto à população. Trata-se de uma frente de ação de prevenção primária, ou seja, com o objetivo de

evitar que os indivíduos adoeçam e/ou reduzir o consumo de medicamentos. (TAGLIAFERRE; ALBUQUERQUE, 2008, p.19)

O próximo fragmento, selecionado no documento que orienta a implantação do SOE, corrobora a visão de saúde do documento anteriormente citado e mostra dados com o objetivo de constatar a eficiência da atividade física orientada e promovida pelo serviço em um dos seus módulos com relação à saúde dos indivíduos. É nesses termos que Venturim (2004, p.55-56), gestora que assina tal projeto, cita os estudos de Carletti (1993) e Carletti et. al (1998) como sustentação da política de oferta de serviços de exercícios físicos à população. Vejamos como o documento busca construir tais argumentos:

Um estudo promovido por Carletti (1993) que abrangeu 42 pessoas (31% homens e 69% mulheres) que frequentavam o módulo Tancredão demonstrou que, aqueles usuários que praticavam atividade física regularmente, o fator de risco mais frequente era a obesidade e hipertensão arterial. Foram entre estes usuários que mais se encontrou relatos de melhorias nas condições de saúde. A maior parte dos participantes deste estudo (93%) relatou também melhor sensação subjetiva de bem-estar ao aderirem aos exercícios regulares. Outro levantamento feito também por Carletti et. al (1998), entre as usuárias do Módulo Tancredão que frequentavam as aulas de ginástica, comparado com aquelas que tinham acabado de se cadastrar no SOE, apontou para um menor percentual de gordura e maior massa corporal magra entre as praticantes de exercício, mesmo tendo

estas apresentando maior peso corporal e estarem na faixa de idade superior ao grupo de inativas.

Todos os fragmentos acima fazem menção à ideia de que a atividade física contribuiu de forma eficaz na melhora dos indicadores utilizados para mensurar o quão boa está a saúde do indivíduo. Podemos visualizar com clareza essa ideia no primeiro e no terceiro trechos. O segundo relacionou a atividade física com a prevenção da diabetes. O quarto relacionou a prática e o estímulo da atividade física com uma melhora da qualidade de vida a partir da prevenção de doenças e agravos não transmissíveis com a finalidade de diminuir a incidência de doenças e gastos com medicamentos.

Os dados mencionados corroboram a grande ênfase dada à difusão de informações a respeito dos benefícios da atividade física em detrimento da própria prática (FRAGA, 2006), na qual modelos prescritivos são cada vez mais utilizados e populações também estão sendo marginalizadas à medida que não aderem àquele modelo prescrito, responsabilizando assim, o sujeito pela condução da sua própria saúde. Essa discussão reforça que esse modelo prescrito valoriza uma “vida ativa” (FRAGA, 2006) contribuindo para uma visão medicalizada da saúde assim como salientam Nogueira e Palma (2003).

Entretanto, percebemos em outras passagens, tentativas de fazer com que a concepção de saúde utilizada pelas políticas públicas da SEMUS caminhe para a visão ampliada. Porém, as ações propostas para que isso ocorra, pautam-se na ideia linear de que uma vida ativa é indispensável quando pensamos em hábitos saudáveis para uma melhor qualidade de vida. Vejamos trechos retirados dos documentos que evidenciam o que estamos afirmando:

A atividade física exerce papel relevante na prevenção e tratamento das DCNT's, não apenas pela sua ação direta na redução dos riscos prospectivos, mas, sobretudo, pela sua interferência na magnitude dos fatores de risco modificáveis. (VENTURIM, et. al, 2004, p.79)

Tais efeitos estão diretamente relacionados com a promoção da saúde e prevenção de enfermidades e a atuação do profissional de Educação Física em conjunto com os demais membros das equipes da unidade básica de saúde, torna-se relevante para o desenvolvimento de hábitos de vida mais saudáveis. (VENTURIM, et. al, 2004, p.80)

O Serviço de Orientação ao Exercício corrobora com as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde e da Política Nacional de Atenção Básica, dispostas, respectivamente, nas Portarias nº. 687/2006 e nº. 648/GM/2006. Em conjunto, essas políticas preveem ações, coletivas e individuais, para incremento da prática corporal/atividade física, alimentação saudável, controle do tabagismo, prevenção de doenças e agravos não transmissíveis, visando mudanças comportamentais, com estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde e reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde. (TAGLIAFERRE; ALBUQUERQUE, 2013, p.6)

O SOE atende à população adulta do município de Vitória e adjacências estimulando a prática de atividade física e orientando para a execução adequada de exercícios e adoção de hábitos saudáveis.

(PREFEITURA DE VITÓRIA/SECRETARIA DE SAÚDE - RELATÓRIO DE GESTÃO 2010, p.17)

Os quatro fragmentos relacionam à atividade física, ou melhor, um estilo de vida ativo, com a adoção de hábitos de vida mais saudáveis, o que concordamos ser um dos pontos fundamentais para a busca de uma melhor qualidade de vida, porém, não o único e primordial.

Fraga (2006) afirma que difundir esse estilo ativo de vida é a forma mais econômica e politicamente mais eficiente de adentrar no discurso da promoção da saúde, o que faz com que as políticas públicas de saúde não abram mão desta “estratégia”. Góis Junior e Lovisolo (2003) relacionam essa visão atual com aquela pregada pelo movimento higienista historicamente impactante nas políticas e ações de saúde no Brasil, pois ambas promovem uma supervalorização das atividades físicas para a promoção da saúde.

Outro ponto que podemos discutir é o fato de que na maioria das passagens selecionadas, encontramos a expressão “atividade física” sendo utilizada e relacionada com a saúde do indivíduo. Poucas foram às vezes que encontramos a expressão “práticas corporais”, na perspectiva que já comentamos nesse texto, isto é, sugerido por Carvalho (2006) e outros autores, como uma nova perspectiva de entender o movimento corporal como fator importante na promoção da saúde.

Vale ressaltar que em quase todos os fragmentos encontrados que possuem a expressão “práticas corporais”, ela não foi usada como sinônimo de atividade física. Esse fato nos sugere que os responsáveis pela elaboração dos documentos já diferenciam uma prática da outra, apesar de não deixarem clara a diferença central entre os dois conceitos. Em todo caso, resta-nos saber se essa diferenciação acontece também nos processos de intervenção dos profissionais

de EF. De todo modo, consideramos importante que o termo “práticas corporais” não simplesmente assuma o lugar ortográfico do de atividade física, e que, portanto, não seja ligada exclusivamente ao combate de doenças, como um novo “remédio” para os males do sedentarismo. A relação entre práticas corporais e combate às moléstias contemporâneas emerge no Plano de Ação da Secretaria de Saúde como uma espécie de princípio norteador das ações em saúde:

Vejamos:

Elaborar um plano de atividades que estimulem e orientem a realização de **práticas corporais** em conjunto com equipe dos programas de combate do tabagismo, hipertensão arterial, diabetes, obesidade, câncer e outras doenças crônicas. (PREFEITURA DE VITÓRIA/ SECRETARIA DE SAÚDE - PLANO DE AÇÃO 2006, s/p., grifos nossos)

Segundo Fraga, Carvalho e Gomes (2013), embora com dificuldades de materialização de sentidos mais amplos de saúde, pensar a Educação Física e a promoção da saúde a partir do viés das práticas corporais está em conformidade com a humanização do cuidado e com a atenção integral, pois contribui para uma ressignificação das competências e das habilidades necessárias a um trabalho intersetorial e multiprofissional, objetivando uma promoção da saúde mais participativa e democrática, princípios esses defendidos pelo sistema de saúde que vigora no Brasil, o SUS.

Queremos deixar claro que não devemos desconsiderar a dimensão biológica da atividade física, pois reconhecemos sua importância na saúde do indivíduo. Os parâmetros fisiológicos são fundamentais para se avaliar a saúde que também deve ser levada em consideração quando falamos

de saúde ampliada. A partir da ampliação do conceito de saúde, a Educação Física pode se caracterizar como uma área atuação na saúde dos sujeitos de forma holística, podendo desempenhar papel importante na prevenção, promoção, manutenção e reabilitação da mesma.

A análise dos dados ratifica um dos pensamentos abordados na nossa pesquisa: de que ainda estamos envolvidos por uma Educação Física pautada na prática da atividade física como sendo sinônimo de saúde (biológica). Essa mesma Educação Física atua principalmente de forma prescritiva promovendo uma fragmentação do sujeito a partir de um olhar reduzido à medida que o homogeneiza e o culpabiliza. (MENDES, 2013) Entretanto, a análise dos documentos nos permitiu pensar que as políticas atuais estão tentando concentrar esforços para possibilitar ao cidadão condições para uma melhor qualidade de vida, mesmo que, *a priori*, a ênfase maior ainda seja na prática da atividade física em si.

Portanto, há discursos pautados na concepção de saúde ampliada, mas não podemos deixar de salientar que a visão encontrada nos dados ainda é fundamentada, muitas vezes, no modelo biomédico em detrimento das relações sociais, característica encontrada na maioria dos profissionais de Educação Física que se encontram no âmbito da saúde pública. (CARVALHO, 2001) No entanto, há também sinais de que possa haver aproximações mais profícuas entre discursos e práticas fundamentadas na saúde ampliada, o que somente poderia ser verificado na inserção em campo, com a produção de novos estudos.

Considerações

A cidade de Vitória possui programas no âmbito da saúde pública que se utilizam das práticas corporais e das atividades física e que contam com a presença do profissional de Educação Física. Dentre eles, o principal é o SOE, o qual se enquadra como um serviço que possui espaços (físicos) próprios, mas que também está articulado em uma rede de atenção e serviços de saúde relacionados com outras políticas, como a Academia Popular da Pessoa Idosa, as Unidades de Saúde e outras.

Salientamos que, ainda de maneira frágil e sustentada, muitas vezes, no modelo biomédico de saúde, encontramos sinais do movimento de valorização da atividade física/prática corporal a partir da inserção do profissional de Educação Física, atuando na promoção e prevenção em ações de saúde do município de Vitória. Mesmo porque há sinais de vinculação das ações a uma possível concepção de saúde ampliada, uma vez que nos documentos o conceito aparece de forma prescritiva. Desse modo, as ações de políticas públicas em Vitória, sobretudo pela atuação do SOE, apresentam potenciais de efetivação social, representando importante contribuição da Educação Física nas políticas de saúde como estratégia geral de atendimento da população, sobretudo nos aspectos de promoção e prevenção.

Referências

BACHETTI, J.R.; BORGES, C.N.F. Ações de saúde pública no município de Vitória/ES e o envolvimento de práticas corporais como estratégia. V SEMINÁRIO NACIONAL SOCIOLOGIA E POLÍTICA, 2014, Curitiba. **Anais do V Seminário Nacional Sociologia e Política**, 2014. p. 61-62.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Congresso Nacional, 1988.

_____. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**: [Lei Orgânica da Saúde]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990.

_____. Portaria nº 687/GM, de 30 de março de 2006. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2006.

_____. Portaria GM nº154 de 24 de Janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

_____. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009 - 1 Ed. 100 pg. (CONASS Documenta; 18).

_____. Portaria GM nº2488 de 21 de Outubro de 2011. **Revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Portaria GM nº3124 de 28 de dezembro de 2012. **Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

CARVALHO, Y.M. **O “mito” da atividade física e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

_____. Atividade física e saúde: onde está e quem é o sujeito da relação? **Revista Brasileira de Ciência do Esporte**, Campinas, v.22, n. 2, p. 9-21, 2001.

_____. Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica. **Revista de Saúde Família**, Brasília, v.2, n.7, p. 33-35, 2006.

FRAGA, A.B. **Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa**. Campinas: Autores associados, 2006.

FRAGA, A.B.; CARVALHO, Y.M. de; GOMES, I.M. **As práticas corporais no campo da saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2013.

FREITAS, F. **A Educação Física no serviço Público de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

GÓIS JUNIOR, E; LOVISOLO, H.R. Descontinuidades e continuidades do Movimento Higienista no Brasil do século XX. **Revista Brasileira de Ciências. Esporte**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 41-4, set. 2003.

HEIDEMANN, F.G. Do Sonho do Progresso às Políticas de Desenvolvimento. In: HEIDEMANN, F. G.; SALM, J. F. (Orgs.). **Políticas Públicas e Desenvolvimento**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2009.

MARSHALL, T.H. **Cidadania, classe social e status**. Trad. De Meton Porto Gadelha. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MENDES, V.M. **As práticas corporais e a clínica ampliada: A Educação Física na Atenção Básica**. 2013, 178f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

NOGUEIRA, L.; PALMA, A. Reflexões acerca das políticas de promoção de atividade física e saúde: uma questão histórica. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 24, n.3, p. 103-119, mai. 2003.

PREFEITURA DE VITÓRIA/SECRETARIA DE SAÚDE. **Plano de Ação 2006**. Programa: Vigilância em Saúde. Subação: Serviço de Orientação ao Exercício. Vitória, 2006

_____. Plano Municipal de Saúde, 2006-2009. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_plano_2006_2009.pdf>. Acesso em: 25 out. 2013.

_____. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_plano_2010_2013.pdf>. Acesso em: 25 out. 2013.

_____. Relatório de Gestão 2010. Vitória, 2010.

_____. Relatório de Gestão 2011. Vitória, 2011.

OLIVEIRA, V.M. et al. As Teses da Faculdade de medicina do RJ - Origens da relação entre Educação Física e Saúde na Escola. **Anais do XII Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte**. Caxambu: DN CBCE, 2001.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Programa Básico do Serviço de Orientação da Fisiologia do Exercício**. Vitória, 1986.

TAGLIAFERRE, E.; ALBUQUERQUE, S. B. G. (Orgs.). **Organização, estrutura e funcionamento do serviço de orientação ao exercício - SOE.** Vitória/ES. 2008.

VENTURIM, L.M. de V.P. (Org). **A inserção do profissional de educação física na atenção básica.** Apêndice II do Projeto de implantação do Serviço Orientação ao Exercício da Prefeitura Municipal de Vitória, Secretaria de Saúde. Vitória/ES, 2004.

EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR E O TRATO DIDÁTICO-PEDAGÓGICO DA SAÚDE: desafios e perspectivas

*Ueberson Ribeiro Almeida
Victor José Machado de Oliveira
Valter Bracht*

Introdução

A relação entre atividade física e saúde remonta e explica o próprio nascimento da Educação Física (EF) e sua inserção na modernidade, tanto como componente curricular das escolas quanto de seu surgimento nos Programas Governamentais de saúde para as populações. Sob forte influência do pensamento médico-higienista¹ dos

¹ Concordamos com Góis Júnior (2013) e Paiva (2015) de que o Movimento Higienista não pode ser reduzido a compreensões homogêneas, sob o risco de apagarmos da história os conflitos e as disputas que nesta mentalidade coexistiam em diferentes concepções/projetos de formação humana e de normatização da vida social. Assim, é necessário reconhecer que para além de um discurso que afirmava a biologização da saúde e do corpo, a eugeniação da raça e a importância destes para a expansão do capitalismo, no higienismo brasileiro do século XIX as disputas internas entre os médicos expressaram também outros modos de pensar a formação humana e a educação corporal dos indivíduos e da população. Contudo, como nos lembra Góis Junior

finais dos séculos XVIII e XIX na Europa - o qual compôs o projeto liberal burguês de educação -, à Educação Física foi atribuída a tarefa de “promover” saúde na escola por meio do entendimento de que o *stress* produzido durante o exercício físico era elemento essencial para a produção de sujeitos resistentes às moléstias; portanto, saudáveis e “aptos” (com aptidão física, e também moral) para viver em uma sociedade em intensa expansão industrial capitalista e que almejava, dentre outras questões, a educação de gerações fortes corporalmente, disciplinadas e preparadas para o mundo do trabalho.

O que é interessante ressaltar, mesmo correndo o risco das simplificações, é que a vinculação histórica da Educação Física com a saúde foi construída e sustentada sob os pilares do conceito de saúde do ponto de vista biológico-estatístico² da medicina positivista, portanto, como prevenção e ausência de doenças, firmado como índice de “integridade” fisiológica do funcionamento orgânico e das frequências matemáticas de normalidade das populações. (BRACHT, 2001; BRAGRICHEVSKY; ESTEVÃO; PALMA, 2003; 2006; 2007; SCLiar, 2007) Ou seja, no que diz respeito ao conceito de saúde, será sob a fórmula “atividade física é

(2007), o Higienismo no Brasil somente pode se definir devido sua tensão constitutiva, ou seja, pelo que seus diversos grupos tinham em comum, seu objetivo central: o estabelecimento de normas e hábitos para conservar e aprimorar a saúde coletiva e individual. Nesse sentido, a visão de saúde que vence (pautado na biologia e na ideia de corpo máquina) e que justificará a entrada EF na escola será impulsionada e gestada pelo pensamento médico-higienista e terá em seu coengendramento, dentre outros, as descobertas do empirismo, da filosofia e da ciência positivistas.

² Scliar (2007) mostra que no século XIX, com o desenvolvimento da microscopia e da epidemiologia torna-se mais forte o argumento da necessidade da “contabilidade da doença”. A exemplo da saúde do corpo individual - a qual era expressa por números (os sinais vitais), a saúde do corpo social também passa a buscar seus indicadores verdadeiros (matemáticos), resultado do olhar contábil sobre a população baseado em uma ciência que começava a emergir, a estatística.

saúde” que a Educação Física terá sua legitimidade social e pedagógica sustentada na modernidade, na escola e fora dela.

Especificamente quanto à relação entre Educação Física e a saúde na escola, Bracht (2013) postula que por meio do “patrocínio” da instituição médica, e de sua correlata medicalização da saúde, a Educação Física passou a ser compreendida como a responsável pela saúde dos escolares via desenvolvimento de hábitos higiênicos. Ou seja, para o autor, é importante notarmos que, até recentemente, a relação da escola com o tema da saúde colocava a Educação Física no centro das ações. Não obstante, essa compreensão baseia-se no conceito de saúde reduzido à esfera biológica, à qual, como já mencionamos, foi herdada pela EF da medicina tradicional positivista. Em outros termos, isso significa dizer que, quando se pensava a relação escola-saúde, era quase incontornável (ou ainda é) colocar a Educação Física para funcionar a partir do pensamento médico, que pressupunha a relação de causalidade direta de que atividade física produz saúde, protege as pessoas dos riscos representados pelo sedentarismo,³ doenças crônico-degenerativas, obesidade, etc.

A visão de saúde biologicista (que entende o corpo como uma máquina) operada pela Educação Física na escola será fortemente criticada pelo “Movimento Renovador” da área, mais incisivamente, a partir da década

³ De acordo com Fraga, Carvalho e Gomes (2012), a bioestatística contemporânea procura não deixar dúvidas sobre o poder de corrosão do sedentarismo: quase dois milhões de mortes por ano em todo o mundo; em torno de 10% a 16% dos casos de câncer de mama, cólon e diabetes, 22% dos casos de doença cardíaca isquêmica (OPAS, 2003); no Brasil, 54% do risco de mortes por enfarto, 50% derrame e 37% câncer. (MATSUDO, V. et al., 2001; BRASIL, 2002; OPAS, 2003) Essa é apenas uma pequena parcela da “epidemia de números” que vem fomentando a “pedagogia do terror” que permeia as políticas de promoção da saúde de um modo geral e da atividade física de um modo especial.

de 1980. (CAPARROZ, 2005) Não se tratava, entretanto, de um movimento isolado, de modo que as críticas ganharam força junto com movimentos⁴ sociais mais amplos que, por sua vez, empreenderam uma intensa batalha política pela necessidade de revisão, ampliação do conceito de saúde e instituição de um Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a crítica da função que a Educação Física desempenhava na relação com a saúde na escola constituía-se, por um lado, das apropriações teóricas e políticas absorvidas do debate da Saúde Coletiva no que toca ao conceito de saúde ampliado; por outro, pela crítica ao modelo de educação como adestramento ou disciplinamento dos corpos. Especialmente, no caso da Educação Física, a crítica teve como alvo a visão mecânica de corpo e de movimento que o trato com a saúde fomentava.

Vale dizer que a passagem da saúde a tema transversal da escola prescrito nos Parâmetros Curriculares Nacionais em 1997-1998⁵ (logo após a promulgação da nova LDB

⁴ Como exemplo, temos o movimento da Reforma Sanitária, o qual nasceu no contexto da luta contra a ditadura militar, no início da década de 1970. Grupos de médicos e outros profissionais reivindicavam mudanças e transformações necessárias na área da saúde em busca da melhoria das condições de vida da população. As propostas da Reforma Sanitária resultaram no fortalecimento da ampliação do conceito de saúde, entendido, sobretudo, como um conceito político, expresso na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

⁵ A saúde é entendida nos Parâmetros Curriculares Nacionais como uma “questão social urgente” que compõem um conjunto com outros cinco temas transversais, os quais devem ser tratados por todos os componentes curriculares, são eles: Ética, Orientação Sexual, Meio ambiente, Trabalho e Consumo e Pluralidade Cultural. Como movimento do campo da Educação, há indicadores que tensionam uma “desmedicalização” da saúde na afirmação do PCN de que a saúde como tema do currículo deve favorecer a uma formação de sujeitos autônomos – e não de pacientes – capazes de valorizar a saúde, “[...] discernir e participar de decisões relativas à saúde individual e coletiva”. (BRASIL, 1998b, p.66) Buscando superar uma visão estritamente médico-biologista, a saúde como tema transversal (embora um tanto

9394/1996) é um importante analisador no que diz respeito a mudanças nos modos de conceber o trato com a saúde pelo campo da Educação. Ou seja, o próprio campo da Educação passa a admitir que a saúde é uma questão ampla/transversal, da qual sua análise exige múltiplos olhares e saberes que a complexificam a partir do crivo de todos os componentes curriculares (e da formação escolar de modo geral) e não apenas das disciplinas de EF e Biologia. Ressaltamos que essa ideia é incorporada por parte dos intelectuais da EF que elaboraram os PCNs da área quando tecem críticas à relação incondicional de causa-efeito entre educação física e saúde (de que fazer exercício automaticamente promove saúde), solicitando desse componente curricular uma visão mais ampliada no trato dos conteúdos da Cultura Corporal em sua relação com os processos sociais de produção de saúde e adoecimento das populações. (BRASIL, 1998a)

Se o os movimentos críticos do campo da EF disseram um “não-mais” para a ideia de saúde como ausência de doenças e de atividade física como sinônimo de saúde que outros modos de relação pedagógica com a saúde a EF poderia estabelecer para cumprir seu(s) papel(is) de componente curricular, de formação para saúde na escola? Como ampliar nossa intervenção no trato da saúde na escola sem nos diluirmos em um “tudo vale”, ou tudo cabe nas aulas de EF para a saúde? Que saberes podemos produzir e mobilizar que contribuam e marquem a importância da EF na formação para a saúde dos alunos?

É este o desafio deste texto: pensar as contribuições que a EF escolar pode dar (e vem dando por meio da intervenção pedagógica dos professores) para uma “formação para a saúde” na escola no momento em que

genérica) aposta na formação dos alunos para o autocuidado e para a compreensão da saúde como direito e responsabilidade pessoal e social.

o conceito de saúde se amplia e se complexifica, passando a ser entendido cada vez mais no meio acadêmico e nas instâncias governamentais como uma dimensão da vida que ultrapassa o corpo orgânico e a doença, exigindo para sua análise olhares múltiplos, transversais e a consideração da saúde como uma questão, sobretudo, política.

Com o objetivo de discutir as questões colocadas, optamos por apresentar e analisar uma experiência de pesquisa de mestrado⁶ que, por meio da metodologia da pesquisa-ação, buscou construir e implementar propostas de ensino de EF junto com docentes sobre o trato didático-pedagógico da saúde em escolas do Ensino Fundamental da Rede municipal de Vitória-ES.

Ampliação do conceito de saúde: experiências pedagógicas nas aulas de Educação Física

Atualmente, a literatura científica tem apontado a emergente ampliação do conceito de saúde no contexto escolar, principalmente a partir das ações do cuidado integral dos alunos. No âmbito da Educação Física escolar, embora ainda incipiente, o campo tem se movimentado no sentido de pensar - embora a partir de uma discussão mais pedagógica e epistemológica e ainda pouco didática - em possibilidades de ampliação do entendimento do conceito

⁶ Dissertação desenvolvida pelo professor Victor José Machado de Oliveira, intitulada *Saúde na educação física escolar: ambivalência e prática pedagógica*. O estudo foi produzido no Laboratório de Estudos em Educação Física (LESEF) com orientação do Prof. Valter Bracht e defendida no Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal do Espírito Santo, em 2014. O estudo faz parte do projeto tronco *Políticas de formação em educação física e saúde coletiva: atividade física/práticas corporais no SUS*, desenvolvido em parceria entre UFES, UFRGS e USP e financiado pelo Edital Ministério da Saúde/Capes nº 24/2010.

de saúde que supere a perspectiva biomédica, a qual ainda predomina na formação inicial de professores de EF nas Universidades (BRUGNEROTO; SIMÕES, 2009), nas práticas e no imaginário escolar. (DEVIDE, 2003; MUSTAFA, 2006; MEZZARROBA, 2012)

Com o objetivo de compreender como o campo da EF tem debatido o tema da saúde na escola no contemporâneo, empreendemos entre os anos de 2012 a 2014 uma investigação que buscou problematizar tal questão. Na revisão de literatura que realizamos, encontramos alguns exemplos em trabalhos que afirmam a importância do debate sobre a ampliação do conceito de saúde no campo da EF para as necessárias transformações didático-pedagógicas das práticas, da relação utilitária (predominante) que estabelecemos com a saúde na escola e nas aulas de EF. (KOTTMANN; KÜPPER, 1999; FERREIRA, 2001; DEVIDE, 2003; OLIVEIRA, 2004; FARINATI; FERREIRA, 2006; KUNZ, 2007; KNUTH; AZEVEDO; RIGO, 2007; PINA, 2008) Dentre as principais problemáticas discutidas nesses textos, percebemos desde a utilização de um aparato conceitual marxista no plano reflexivo sobre o tema “atividade física e saúde” no ensino de jovens e adultos (PINA, 2008), a ideia de conceber uma educação para a saúde nos planos pessoal-individual, social e ecológico a partir de competências e habilidades. (KOTTMANN; KÜPPER, 1999) O debate da saúde como uma questão política, para além da equação “atividade física = saúde” e “saúde é não ter doenças” são problematizadas por Devidé (2003) e Kunz (2007). Para Farinati e Ferreira (2006), a saúde, como uma questão política, exige pensar a vida em suas múltiplas dimensões, dentre as quais, direitos e necessidades devem atravessar a aprendizagem dos conteúdos nas aulas de EF, incluindo-se aí reflexões e práticas que levem os estudantes a avaliarem os espaços de lazer disponíveis à prática da atividade física,

as relações entre estilos de vida e condições de vida das comunidades, etc. (FARINATI; FERREIRA, 2006)

Parece que temos aí um importante e desafiador problema a enfrentar ao pensarmos a intervenção e o trato didático-pedagógico da saúde em um sentido amplo na escola: a transformação não apenas no que diz respeito ao saber sobre a saúde (plano conceitual, discurso sobre saúde), mas também um “saber-fazer”, o plano das práticas, ou seja, como colocar em operação um conceito(s) de saúde nas aulas de EF escolar que permita aos sujeitos da aprendizagem problematizá-lo, complexificando e ampliando a compreensão, a atenção, a experimentação (corporal) dos elementos da Cultura Corporal de Movimento na direção da promoção da saúde; de cuidado⁷ com a vida, de si e dos outros?

Em relação a esses estudos, concordamos com Bracht (2013, p.190) que, em sua maioria, “a ênfase recai sobre o trabalho conceitual”,⁸ apesar de alguns dos autores tentarem “conectar” a transmissão de conhecimentos com as experiências e vivências de ordem corporal. Nesse sentido, emergem algumas questões: como os professores de EF têm materializado/operacionalizado o trato didático-pedagógico da saúde na escola? Quais possibilidades e limites se colocam na intervenção pedagógica sob o conceito de saúde ampliada?

⁷ O cuidado aqui é entendido, nos termos foucautianos, como “cuidado de si”, uma espécie de atitude geral da existência que se ocupa com praticar a liberdade, a autonomia, por isso, atenta ao fluxo das representações que a todo instante tentam nos escravizar, nos padronizar, nos dominar. (FOUCAULT, 2006a) Em nosso caso específico, o cuidado se expressaria na atenção aos ditames da indústria cultural das práticas corporais, ao consumismo ligado à produção de estilos de vida saudáveis e de todos os regimes de verdade que buscam heterodeterminar as práticas físicas que devemos realizar para sermos saudáveis.

⁸ Isso de maneira alguma diminui o nosso reconhecimento da importância desses estudos e, para com eles, avançarmos no debate da formação para saúde na escola.

Orientados por essas questões, optamos por “abrir os cenários” das práticas em “formação para a saúde” na Educação Física escolar através de uma pesquisa-ação com seis professores dessa disciplina que trabalham no município de Vitória/ES. Não se trata de “cenários-modelo”, prontos para serem aplicados na realidade vivida dos professores, mas de processos que instigaram a reflexão sobre as práticas de forma a levar esses sujeitos à mudança das mesmas. Na pesquisa-ação realizada, cinco projetos de educação para a saúde foram construídos e postos em prática no ano de 2013.⁹ Nas próximas linhas, a partir dos/com os cinco cenários analisaremos como a ampliação e operacionalização da saúde no ambiente escolar nos coloca possibilidades e desafios.

Apesar de o centro irradiador do tema da saúde na escola estar se distanciando do “contrato de exclusividade” da EF, essa disciplina ainda é convocada a intervir e dar sua contribuição à saúde da comunidade escolar. Foram os casos dos cinco projetos desenvolvidos na pesquisa-ação e implementados nas escolas municipais de ensino fundamental, os quais apresentamos resumidamente no quadro 1.

⁹ Outras informações podem ser obtidas em: OLIVEIRA, V. J. M.; MARTINS; I. R.; BRACHT, V. Projetos e práticas em educação para a saúde na educação física escolar: possibilidades! **Revista da Educação Física/UEM**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 243-255, abr/jun, 2015.

Quadro 1 – Projetos desenvolvidos

(continua)

Nº	Projeto	Turmas	Resumo
1	Atividades de lazer e a promoção da saúde	2º e 3º anos (Ensino Fundamental)	A observação dos conflitos durante o recreio levou a se pensar como a EF poderia contribuir na produção de atividades de lazer durante as aulas para que os alunos as desenvolvessem nos horários livres.
2	“Cuidando de nós”	2º segmento da EJA (noturno)	Trabalho conjunto entre a professora de EF e um professor de português que perspectivou a produção textual sobre o cotidiano dos alunos e suas experiências de subir/descer a escadaria da comunidade. O desafio que se colocava seria a realização de práticas corporais que potencializassem práticas de cuidado.

(continua)

3	Os jogos em jogo: a iniciativa da EMEF SOL por uma relação mais saudável¹⁰	1ª a 8ª séries	Foi realizado um festival (1ª-4ª) e os jogos escolares (5ª-8ª). O centro do projeto focou o cuidado de si, do outro e a promoção de encontros, ou seja, a potencialização da vida dos envolvidos. Procurou-se orientar uma disputa cooperativa - o jogar “contra” pelo jogar “com” o outro.
4	Você brinca de quê?	7ª série	Foi proposto o resgate de jogos e brincadeiras populares com diálogos transversais com o tema da saúde, com ênfase nas questões da violência e do sedentarismo.

¹⁰ Este projeto será discutido na Unidade II deste livro como tema central do capítulo “Os jogos em jogo: uma iniciativa por uma relação mais saudável no ambiente escolar”.

Quadro 1 – Projetos desenvolvidos

(conclusão)

Nº	Projeto	Turmas	Resumo
5	Saúde nas relações sociais	5º ano	A proposta centrou-se na inclusão de alunos com deficiência a partir das relações sociais. Elegeram-se as questões do cuidado com o outro, solidariedade, cooperação e o incentivo de atitudes inclusivas que se transformassem em atitudes de vida.

Fonte: Relatório de pesquisa.

Os projetos citados apresentaram tentativas de deslocamento de uma perspectiva meramente biologicista (aptidão físico-fisiológica) para uma concepção ampliada de saúde. A visualização do quadro, também nos permite perceber como foram exploradas as temáticas (de movimento) no trato com a saúde: resolução de conflitos, resgate de brincadeiras populares, inclusão de alunos com deficiência, transformação dos jogos escolares (*Jogar **contra** VS jogar **com***) e o cotidiano de subir e descer uma escadaria. Contudo, cabe a reflexão sobre os limites dessas ampliações. Como justificar esses temas/projetos como sendo contribuintes para a saúde? Se reiterarmos a ideia de que ampliar significa, também, complexificar, passamos a compreender que é do chão da escola que essas respostas (ampliação) devem emergir.

Se houve algo que marcou essa investigação foi que não estávamos ali para dizer o que era saúde e/ou o que os professores deveriam fazer. As questões relacionadas à saúde deveriam emergir das próprias práticas dos professores, das necessidades que eles percebessem em seu cotidiano. Assim, cada professor teve seu tempo de construção e desenvolvimento do projeto respeitado. Questões como essas podem ser visualizadas no quadro 1, na variedade das temáticas dos projetos desenvolvidos.

Por exemplo, o projeto nº 3 surgiu entre duas demandas de trabalho: uma da escola (a iminência dos jogos escolares que deveriam ser desenvolvidos) e outra da pesquisa, a qual levou o professor de EF a pensar como articular esses jogos com a temática da saúde desenvolvida no grupo de formação da pesquisa-ação.

No momento das análises dos dados ficamos nos perguntando: como poderíamos dizer que tal projeto estava articulado ao tema da saúde? Afinal, em nenhum momento dos jogos fora exposto aos estudantes a palavra/conceito saúde.¹¹ Para justificarmos a afirmação do vínculo do projeto com o tema da saúde, necessitamos dizer qual a “lente” que utilizamos para tal leitura. Consideramos ser a saúde a expressão da capacidade de um coletivo de criar e lutar por seus projetos de vida em direção ao tensionamento e à produção de normas que aumentem o poder de agir dos sujeitos para lidarem com as adversidades, desafios e riscos que o viver, inevitavelmente, nos impõe. Nesse sentido, a saúde dos projetos não se deteve apenas a uma questão teórica ou a utilização das práticas corporais como ferramentas secundárias em detrimento do trabalho conceitual. Foi possível perceber o “efeito” saúde nas práticas que se interligaram a questões sociais

¹¹ Da mesma forma ocorreu nos projetos nº 1 e nº 3 (quadro 1). Os professores desenvolveram suas atividades sem citar a palavra/conceito saúde.

como conflitos de todas as ordens entre os alunos: de gênero, etnia, econômicos, estéticos (Projeto 1). Violência e sedentarismo problematizados nos Projetos 1 e 2. Inclusão, competição, solidariedade e cooperação nos projetos 3 e 4 e cuidados corporais e posturais no projeto 5. Como o espaço deste texto nos limita, optamos por discutir os projetos 1: Atividades de Lazer e Promoção da saúde (no recreio) e o projeto 2: “Cuidando de nós”. Ainda ressaltamos que detalharemos de modo mais incisivo o projeto 2 por ter sido desenvolvido nas aulas, em um trabalho interdisciplinar envolvendo as disciplinas de EF e Língua Portuguesa.

Projeto 1 – Atividades de Lazer e Promoção da saúde

Identificar a opção dos professores em arregimentar elementos de trabalho a partir dos encontros foi algo muito interessante. No projeto 1, a professora percebeu que os encontros na hora do recreio estavam produzindo muitos conflitos e acidentes. Foi então que ela pensou que a Educação Física poderia contribuir na alteração desses encontros a partir de sua especificidade. Com o trabalho focado na coletividade, os estudantes foram levados a pensar em como poderiam utilizar as práticas corporais na hora do recreio de forma a fortalecer os encontros como momentos de produção de saúde. Nesse sentido, as atividades de lazer passariam a ser o projeto dos estudantes em vista de instituir um processo de busca pela análise coletiva dos conflitos e diminuição dos acidentes (decorrentes desses conflitos). Ressaltamos que a capacidade de analisar conflitos coletivamente, a circulação da fala e produção de “encontros” que permitam criar normas em favor da vida são princípios ético-políticos da Política Nacional de Humanização do SUS. (BRASIL, 2015) Assim, entendemos que a professora ao intervir no recreio tensiona a criação de “condições de possibilidade” para

que os alunos usufruam este tempo-espaço para ampliar suas experiências nas práticas corporais, e nelas (e também com elas) lidem com as diferenças, equilibrem as relações de força nos grupos, fortalecendo vínculos e aumentando, para todos, as possibilidades culturais de movimento e de aprendizagens dos conteúdos da EF.

Lidar com o cotidiano e a cultura escolar é algo sempre problemático. Apesar de toda a positividade do projeto 1, o mesmo não foi concluído. Isso porque a professora foi ameaçada por um aluno e, por medo, não quis dar continuidade ao trabalho. A violência, então, se mostrou como um aspecto que tem se instalado no cotidiano escolar e interferido de modo incisivo e determinante nas condições de trabalho e nos processos de produção de saúde. Isso indica que os docentes não podem ficar e nem se sentirem “sozinhos” nas investidas que buscam transformações em culturas endurecidas por normas e relações de poder que colocam a vida de todos em perigo.

Projeto 2 – “Cuidando de nós”

O projeto 2, elaborado pela professora Tiara¹², foi único a ser desenvolvido na modalidade de Educação de Jovens e Adultos. A professora de Educação Física trabalhou em parceria com um professor de Português.¹³ A docente nos relata que em semestres anteriores havia trabalhado junto com a professora de ciências, o que a proporcionou uma parceria interdisciplinar e a produção de em um projeto sobre a saúde envolvendo temas, dentre outros, como alimentação saudável, qualidade de vida, importância da hidratação no calor, importância da atividade física, relações entre composição corporal e atividade física.

¹² Pseudônimo utilizado para garantir o anonimato da docente.

¹³ A EJA em Vitória é composta por aulas ministradas por dois professores ao mesmo tempo de forma interdisciplinar.

Contudo, a participação no curso promovido pela pesquisa-ação a levou a refletir sobre o que pode ser o trato da saúde na escola. Diz ela: “Após o curso eu vi que é preciso muito mais que isso. Não é simplesmente mostrar como uma parte fisiológica [funciona], mas como isso tudo vai trazer transformações para o estudante [...]” (Profa. Tiara, entrevista).

Na conversa com os alunos sobre a elaboração de um projeto sobre a saúde que envolvesse a disciplina de EF e Português, a proposta feita pela docente foi a de levar os estudantes a refletirem e transformarem seus modos de vidas e suas relações com a saúde. Tiara, então, propõe como título do projeto “Nosso cotidiano”, mas os alunos ao entenderem que a saúde seria o tema norteador sugeriram a troca para “Cuidando de Nós”, a qual foi um importante indicador para a análise do trabalho desenvolvido. “E realmente eu acho que foi uma troca bem válida porque foi o aprendizado que eles tiveram. Como que eles, a partir do cotidiano, poderiam cuidar de si mesmos” (Profa. Tiara, entrevista).

Uma das estratégias produzida na relação interdisciplinar EF-Português teve como objetivo a produção de textos narrativos que, ao se materializarem, permitissem aos alunos pensarem e reescreverem seus cotidianos e suas relações com a saúde. Aproveitando-se da falta de quadra e de outros espaços para a prática de atividades físicas, Tiara propõe que os alunos escrevam acerca dos impactos sobre seus corpos da experiência de descer e subir a escadaria de aproximadamente 70 degraus do morro que dá acesso à escola. Ressaltamos que na EJA grande parte dos alunos é trabalhador e alguns são idosos. A professora Tiara, astuciosamente, tenta com essa intervenção mobilizar os alunos a pensarem e se reposicionarem sobre suas condições de vida e as relações com a atividade física,

a ausência de espaços de lazer/educação física em suas comunidades, o trabalho e a saúde.

De acordo com a professora Tiara o projeto contou com a participação efetiva dos alunos e, dentre muitas questões que emergiam o trabalho foi sendo construído com os problemas e demandas de saúde do cotidiano dos estudantes. A escrita dos alunos foi atravessada por questionamentos diários do tipo “Como é seu dia? O que você realiza? Você tem momentos de lazer? O que você entende como lazer? O que acarreta subir aquele morro todos os dias? Quantas vezes eles subiam? Quais as necessidades que o corpo ao final do dia tem?” (Profa. Tiara, entrevista).

Destacamos a importante inflexão no modo da docente compreender a saúde. Ao tomar contato com as discussões a respeito do conceito de saúde durante o curso de formação na pesquisa-ação, ela experimenta agora tratar didático-pedagogicamente o conteúdo a partir da inclusão dos sujeitos na decisão sobre os processos de saúde que dizem respeito, de modo singular, às suas vidas, ao seu cotidiano. Críticos da biomedicalização da saúde, Canguilhem (2012) e Dejours (2005), ao apostarem na ampliação do conceito de saúde, afirmam que esta não pode ser analisada exclusivamente por meio do “silêncio dos órgãos”, muito menos em lâminas controladas em laboratório que separam os indivíduos de seus meios de vida. Para estes autores a saúde é um conceito trivial, isso não quer dizer que seja simples, mas pelo contrário, exige análise caso a caso e por isso os sujeitos também são capazes e estão autorizados a falar e avaliar os problemas que lhes produzem saúde e sofrimento patológico.

A profa. Tiara nos relata na entrevista que as narrativas e as vivências [de ginástica e alongamentos] desenvolvidas no projeto despertaram nos alunos o desejo de mudar

alguns hábitos e modos de pensar o cuidado em saúde. Eles passaram a perceber que a conquista da saúde não se atrela à busca de um corpo perfeito e livre do risco das doenças (até porque isso é impossível de ser alcançado), mas que, principalmente, exige atenção ao cotidiano e às tramas que envolvem as práticas corporais. De acordo com a docente de EF, os alunos passaram a afirmar nas aulas “Semana que vem eu vou caminhar; semana que vem eu vou fazer”. E interpelada sobre como ela percebeu a aprendizagem dos alunos, Tiara responde:

[...] Ficou bem claro que além do trabalho é necessário ter um tempo para eles (para eles cuidarem deles), de eles terem um momento de até mesmo contemplar a natureza, contemplar a família, contemplar os amigos, saírem e terem esse momento mais específico para eles. Não só cuidar de alimentação, de fazer exercício, de se hidratar bem, mas ter um convívio social agradável.

Não mais apenas os saberes da biologia e da fisiologia são mobilizados e transmitidos abstratamente pela docente aos alunos, mas a leitura refinada (e situada) dos problemas que afetam a saúde dos alunos (e da comunidade onde vivem) emerge como uma importante competência que dá sentido ao trabalho pedagógico nas aulas de EF. A partir das demandas levantadas, os alunos compreendem (e sentem) que ao final do dia (momento em que são obrigados a escalar uma escadaria gigante para chegar à escola) alongamentos, ginástica e dança seriam ideais para um primeiro bloco de conteúdos a serem estudados/praticados durante o projeto. Por meio da escrita, os alunos percebem a carência de equipamentos públicos de lazer e cultura em seus bairros, o que exige ampliar seus cotidianos/territórios no sentido de viverem outros espaços de práticas de lazer e atividade

física da cidade. Mas vale ressaltar que o trabalho de escuta dos alunos faz emergir também uma série de estratégias empreendidas pelos sujeitos no cotidiano para cuidarem de sua saúde na comunidade do Forte São João. Interessante é que a professora descobre que os próprios alunos dilatam o conceito de atividade física e sua relação com a saúde. Ao serem interpelados nas aulas sobre o “o que é atividade física” os alunos responderam: “fazer atividade física é dançar um pagode na laje no fim de semana”, “é ir à praia”, “é mexer o corpo”, “é ir à igreja”, “é subir e descer o morro”, “é jogar bola no campinho ali do terreno e depois tomar cerveja” (Projeto “Cuidando de Nós”). Se abrirmos mão do moralismo vinculado historicamente à ideia de saúde, talvez possamos tornar nossos ouvidos mais sensíveis às forças vitais que movem e produzem a vida das pessoas e das populações em diferentes contextos e, daí, partirmos para pensarmos como podemos também contribuir para ampliar os sentidos de saúde por meio dos diversos saberes que a área da EF dispõe e de muitos outros que podem ser produzidos, também a partir do contato com os diversos modos de existência (de sujeitos, grupos e populações), os quais parecem ter muito a nos ensinar sobre o viver, a saúde.

Fazer da atividade física um “pagode na laje”, “uma ida à praia” ou “à igreja” parece ter muito mais “graça” do que entendê-la meramente como uma entidade científico-biomédica (e solitária na maioria das vezes) onde o objetivo principal tem sido cada vez mais o alto rendimento, a aptidão fisiológica e o gasto calórico (e de dinheiro). Só quem joga sabe e sente o poder/efeito saúde que há em uma “pelada no campinho com os amigos e depois ir tomar cerveja”. Nesses casos, a atividade física/prática corporal emerge com sentido na vida dos sujeitos e lhes coloca desafios a cada encontro, os quais geridos de modo bem ou malsucedidos, se transformam em histórias,

produzem autores, reconhecimentos, aprendizagens de todos os tipos. Talvez o conhecimento profundo desses modos de experimentação corporal nos auxilie a compreender como as práticas corporais se transformam em dispositivos¹⁴ disparadores da construção de redes de afetos, vínculos, expansão das relações e de condições de possibilidade para o acesso, a vivência e o gosto pelas próprias práticas corporais.

Considerações finais

Ampliar a saúde não significa apenas aumentar o escopo de elementos que possam ser arregimentados como contribuintes da saúde, mas pensar como a própria intervenção pedagógica da EF na escola não se reduza a exercitação corporal abstrata e naturalizada das práticas corporais. A EF, em nosso entendimento, possui uma contribuição específica à formação para a saúde ligada ao seu papel de componente curricular de promover o acesso pedagogizado e crítico às práticas da Cultura Corporal de Movimento na escola. Assim, os desafios que o conceito de saúde ampliada encontra para operacionalizar-se na escola não parecem muito distintos daqueles enfrentados pelos movimentos e perspectivas da área que afirmam uma EF crítica. Pois, não é o conceito ampliado (embora

¹⁴ A noção de dispositivo advém dos estudos foucaultianos. Trata-se da maneira como a trama de saberes e poderes articula-se na produção de sujeitos, ou seja, é um arranjo “[...] decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas”. (FOUCAULT, 2006b, p.244) Em um dispositivo encontramos dimensões de poder-saber-subjetivação, que podem atualizar práticas de normalização e controle, bem como neles podemos agenciar exercícios de autonomia e liberdade, realizar um trabalho sobre nós mesmos.

com diversas conotações) também um modo crítico de estabelecer relação com a saúde?

Se pretendemos não abrir mão do fato de que a EF tem uma importante contribuição para a saúde (e por que não na promoção da saúde?) na escola, parece necessário que possamos superar o modelo biomédico de saúde, uma vez que este, além de possuir suas especificidades institucionais e sociais, já não é mais aceito como capaz de abarcar sozinho a complexidade que a análise da saúde exige.

Assim, apostamos que a contribuição da EF escolar está em promover as práticas corporais como possibilidades do fortalecimento de uma “formação para a saúde”. Nesse sentido, o trabalho estaria em promover “bons encontros” nos quais os estudantes pudessem desenvolver gosto via aprendizagens na realização do movimentar-se que lhes possibilitassem, principalmente, enfrentar e gerir os desafios (riscos, fracassos, sucessos) que as práticas corporais os colocam de modo individual, coletivo e social. “Bons encontros”, no sentido espinosano do termo, no qual o “bom” diz respeito às composições com modos de existências que favorecem a autonomia e a potência de agir dos sujeitos. (DELEUZE, 2002) Como a potência de agir é o que abre o poder de ser afetado pelo maior número de “coisas”, nossa intervenção pedagógica como “bom encontro” poderia mais bem colocar em disputa diferentes modos de relação e produção de afetos nas práticas corporais. Por exemplo, avaliar com os alunos em termos de saúde ampliada, jogar com foco na competição e na cooperação, experimentar a exclusão e a solidariedade, bem como o preconceito e acolhimento das diferenças e do outro nas práticas.

Nesse sentido, importa perceber a Educação Física escolar como potencializadora de uma “formação para a saúde”. Nossas experiências, até o momento, têm indicado que formar para a saúde se liga às relações e interações dos agentes escolares; por isso a necessidade de uma maior ênfase nas relações sociais que possibilitam práticas promotoras de saúde e expansão das possibilidades de ações no ambiente escolar. A saúde, então, não se restringe somente nas aulas de uma disciplina, mas deve compor o próprio ambiente escolar tornando-se um tema do coletivo.

Entendemos que aí repousa a questão. Por isso, optamos pelo caminho da *complexificação* a partir do cotidiano das práticas que nos apresenta, diante de cada contexto, as necessidades das pessoas que ali convivem. É por esse caminho que a Educação Física escolar poderá contribuir ao implementar ações de “formação para a saúde” no ambiente escolar (e não somente nas aulas).

Referências

BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. (Orgs.). **A Saúde em Debate na Educação Física**. Blumenau: Edibes. 2003.

_____. **A saúde em debate na Educação Física**. v. 2. Blumenau: Nova Letra, 2006.

_____. **A Saúde em Debate na Educação Física**. v. 3. Ilhéus: Editus. 2007.

BRACHT, V. Saber e fazer pedagógicos: acerca da legitimidade da educação física como componente curricular. In: CAPARROZ, F. E. (Org.). **Educação Física Escolar**: política, investigação e intervenção. Vitória: Proteoria, 2001, v. 1, p. 67-79.

BRACHT, V. Educação Física e Saúde Coletiva: reflexões pedagógicas. In: FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M.; GOMES, I. M. **As práticas corporais no campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares nacionais**: Educação Física. Brasília; MEC/SEF, 1998.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares nacionais**: terceiro e quartos ciclos do ensino fundamental. Brasília; MEC/SEF, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física “Agita Brasil”: atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 36, n.2, p. 254-256, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000200022&lng=pt&nrm=iss. Acesso em: 28 Jul. 2002.

_____. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações Programáticas e estratégicas. **Cadernos Humaniza SUS**: saúde mental. v. 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRUGNEROTTO, F; SIMÕES, R. Caracterização dos currículos de formação profissional em educação física: um enfoque sobre saúde. **Physis**: revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 149-172, 2009.

CANGUILHEM, G. **O conhecimento da vida**. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2012.

CAPARROZ, F.E. **Entre a Educação Física na escola e a Educação Física da escola**: a Educação Física como componente curricular. Campinas: Autores Associados, 2005.

DEJOURS, C. **O fator humano**. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

DELEUZE, G. **Espinosa: filosofia prática**. São Paulo: Escuta, 2002.

DEVIDE, F.P. Educação Física escolar como via de educação para a saúde. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. (Orgs.). **A saúde em debate na Educação Física**. v. 1. Blumenau: Edibes, 2003. p. 137-150.

FARINATI, P.T.V.; FERREIRA, M.S. Educação Física escolar e promoção da saúde: relatos de experiências. In: FARINATI, P. T. V.; FERREIRA, M. S. **Saúde, promoção da saúde e Educação Física: conceitos, princípios e aplicações**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2006.

FERREIRA, M.S. Aptidão física e saúde na Educação Física escolar: ampliando o enfoque. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 41-54, jan 2001.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. Sobre a história da sexualidade. In: MACHADO, R. (Org.). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006.

GÓIS JUNIOR, E. Ginástica, higiene e eugenia no projeto de nação brasileira: Rio de Janeiro, século XIX e início do século XX. **Movimento**, Porto Alegre, v. 19, p. 139-159, 2013.

KNUTH, A.G.; AZEVEDO, M.R.; RIGO, L.C. A inserção de temas transversais em saúde nas aulas de educação física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 12, n. 3, p. 73-78, set./dez., 2007.

KOTTMANN, L.; KÜPPER, D. Gesundheitserziehung. In: GÜNZEL, W.; LAGING, R. (Hersg.) (Band I). **Neuers Taschenbuch des Sportunterrichts; Grundlagen und pädagogisches Orientierungen**. Baltmannswilener: Schneider-Verl. Hohengehren, 1999, p. 235-252.

KUNZ, E. O ministério da Saúde Adverte: viver é prejudicial à saúde. **A Saúde em Debate na Educação Física** – vol. 3. Ilhéus: Editus. 2007. 292p. Disponível em: <http://www.boletimef.org/biblioteca/2810/Saude-em-debate-na-Educacao-Fisica-v-3.pdf>.

MATSUDO, V.K.R. et al. Promoção da saúde mediante o aumento do nível de atividade física: a proposta do programa Agita São Paulo. **Revista Âmbito Medicina Esportiva**, vol. 7, 2001, p. 5-15. Disponível em: <http://www.Agita.com.br/pesquisa2.asp>. Acesso em: 19 abr. 2002.

MEZZAROBBA, C. Saúde na Educação Física: compreensões, reflexões e perspectivas a partir de um conceito amplo e social de saúde. In: DANTAS JUNIOR, H. S.; KUHN, R.; ZOBOLI, F. (Orgs.). **Educação Física, esporte e sociedade: temas emergentes**. São Cristóvão/SE: Editora UFS, 2012. v. 5. p. 25-42.

MUSTAFA, Z.H. **A Educação Física e a educação para a saúde nas escolas públicas da cidade de Dourado/MS**. Brasília, 2006. 189 f. Dissertação (Mestrado) - Programa Inter Interinstitucional de Mestrado em Ciências da Saúde, UnB; UNIGRAN, Brasília, DF, 2006.

OLIVEIRA, A.A.B. O tema saúde na Educação Física escolar: uma visão patogênica ou salutogênica? In: KUNZ, E.; HILDEBRANDT-STRAMANN, R. (Orgs.). **Intercâmbios científicos internacionais em Educação Física e esportes**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2004, p. 241-259.

OLIVEIRA, V.J.M. **Saúde na educação física escolar: ambivalência e prática pedagógica.** Vitória, 2014. 202f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2014.

OLIVEIRA, V.J.M.; MARTINS; I.R.; BRACHT, V. Projetos e práticas em educação para a saúde na educação física escolar: possibilidades! **Revista da Educação Física/UEM**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 243-255, abr/jun, 2015.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** Brasília: OPAS/OMS, 2003. Disponível em: http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d_cronic.pdf. Acesso em: 28 ago. 2003.

PAIVA, F.S.L. Sobre a promoção da saúde na escola: uma contribuição da história. In: BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A. (Org.). **Saúde Coletiva: dialogando sobre interfaces temáticas.** Ilhéus, Ba: Editus, 2015, p. 179-220.

PINA, L.D. Atividade física e saúde: uma experiência pedagógica orientada pela pedagogia histórico crítica. **Motrivivência**, Florianópolis, ano XX, n. 30, p. 158-168, jun., 2008.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 29-41, 2007.

EDUCAÇÃO FÍSICA, CURRÍCULO E FORMAÇÃO PARA O CAMPO DA SAÚDE: alguns movimentos possíveis

*Giliane Dessbesell
Raphael Maciel da Silva Caballero*

Este capítulo propõe problematizar os tensionamentos presentes no encontro da área profissional de Educação Física com o campo da Saúde, com especial ênfase para a formação de profissionais e a produção curricular. Para isso, é preciso reconhecer que há um conjunto de movimentos histórico-sociais e técnico-científicos ocorrendo simultaneamente, em alguns momentos convergindo e, em outros, colidindo – produzindo a atuação de profissionais de Educação Física no sistema brasileiro de saúde.

Movimento um: (trans)formação de profissionais em saúde e Educação Física

Visando a consolidação do Sistema Único de Saúde e reconhecendo uma de suas atribuições constitucionais (leia-se “ordenador da formação de profissionais de saúde”), o Conselho Nacional de Educação aprova entre 2001 e 2004 as primeiras versões de Diretrizes Curriculares Nacionais

(DCN) para os cursos de graduação da área da saúde. Essa foi uma iniciativa que contemplava duas necessidades muito recorrentes quando se buscava qualificar trabalhadores em saúde: acompanhar a ampliação do conceito de saúde (desde a formulação inicial da Organização Mundial de Saúde, como “bem-estar físico, mental e social”, passando pela compreensão constitucional do processo saúde-doença como “decorrência das condições de vida e trabalho, bem como do acesso igualitário de todos aos serviços de promoção e recuperação da saúde, tendo como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e à participação social”) e romper com a matriz tecnicista da formação profissional (composta predominantemente por “currículos mínimos”, transmissão de informações e treinamentos supervisionados).

É interessante notar que houve certo alinhamento entre as diferentes profissões, especialmente para possibilitar o desenvolvimento da competência de trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Assim, consolidou-se nacionalmente a redação de que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. Algumas profissões aprofundaram seu compromisso político, inserindo “com ênfase no SUS” ou “visando atender às necessidades sociais da saúde”. No entanto, para a discussão proposta, destacamos o texto presente nas DCN para formação em Educação Física, especificamente nos itens mais diretamente relacionados com o campo da saúde: “intervenções profissionais nos campos da prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, incluindo o diagnóstico de interesses, expectativas e necessidades das pessoas (crianças, jovens, adultos, idosos, pessoas portadoras de deficiência, de grupos e comunidades especiais)”. (BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2004)

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

Outro ponto muito relevante para compreender a transformação dos profissionais de Educação Física em profissionais da saúde foi a publicação, em 2006, da Portaria nº 687, pelo Ministério da Saúde, aprovando a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). É interessante notar que as ações prioritárias, desde o início dessa política, dialogam com o fomento a ambientes livres do tabaco e com incentivo às ações de estímulo a uma alimentação saudável e “incentivo à prática de atividade física”, conforme os consensos de recomendações científicas vigentes. Mesmo com esses marcadores, intrinsecamente vinculados com o âmbito da vigilância em saúde, as ações propostas no âmbito da promoção da saúde estão indissociadas da área de Atenção Básica, tendo em vista que a execução *in loco* exige profissionais e serviços não subordinados especificamente à vigilância em saúde. Assim, houve encontro e negociação de diferentes perspectivas para a pactuação do objetivo geral da PNPS:

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

Esses elementos são importantes indicadores de que práticas para a promoção da saúde estão fortemente vinculadas à atenção básica, especialmente em espaços públicos e com estratégias inventivas e inovadoras – algo necessário para ampliar a compreensão dos determinantes de saúde, entre usuários e trabalhadores. A versão inicial da PNPS também trazia sete eixos prioritários, cabendo, no caso desse capítulo, destacar que um deles é “prática corporal/atividade física”. Esse eixo, ao detalhar suas ações específicas na rede de atenção básica e nas comunidades, buscava não somente ofertar práticas corporais/atividades físicas – exemplificadas como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer –, mas também mapear e apoiar ações similares já existentes nos serviços de saúde. Esses apontamentos tornam-se relevantes como analisadores das atividades demandadas aos profissionais de Educação Física, considerando-os como principais executores de práticas corporais para a promoção da saúde.

O cenário da transformação do campo da saúde, convocando conseqüente atualização da formação de profissionais acaba por problematizar as diferentes proposições curriculares que a Educação Física assume em sua inserção no sistema de saúde.

Movimento dois: encontros e desencontros entre formação e atuação em Educação Física

O currículo entendido a partir da superação das verdades absolutas, da primazia do discurso sobre a realidade explicada de modo pretensamente concreto, desloca a ênfase em conceitos ideológicos para outra perspectiva, primando por identidade, subjetividade, significação e discursos, relações étnicas, raciais, de gênero e sexualidade. (SILVA, 2011) Este dispositivo pode ser entendido então, para além do “como fazê-lo” ou o que o currículo faz, para entender seus tensionamentos é preciso compreender como um currículo chega a fazer aquilo que faz.

O currículo, nessa perspectiva é, portanto, problematizado no sentido de compreender as condições de possibilidade de ter chegado ao ponto em que se encontra. Tomando o currículo como um dispositivo, é possível analisá-lo como objeto, que integra práticas discursivas e as práticas não discursivas. Assim, como objeto de análise, carece da inclusão das “práticas discursivas (relações de poder) entre as condições de possibilidade da formação de saberes” (CASTRO, 2009, p.337), tomando como pressuposto, que o currículo produz discursos para se referir “a tal ou qual objeto, para que empregue tal ou qual enunciação, para que utilize tal conceito, para que organize tal ou qual estratégia”. (FOUCAULT, 1986, p.82)

Nessa esteira, o entendimento de que as disciplinas, ou as diferentes áreas são constituídas por práticas que se constituem de “um princípio de controle da produção do discurso. Ela lhe fixa os limites pelo jogo de uma identidade que tem a forma de uma reatualização permanente das regras”. (FOUCAULT, 1999, p.36) Calçados na teoria e na razão para se firmarem nas instituições modernas, os currículos são práticas, uma que vez que

[...] a própria teoria é indissociável da prática, ou talvez seja melhor dizer: a teoria já é uma prática. Ao mesmo tempo, não há prática – ou pelo menos, prática que faça sentido, que seja percebida como tal – sem uma teoria no “interior” da qual ela, a prática, faça sentido. (VEIGA-NETO, 2014, p.20)

A formação superior em EF é discutida por diferentes perspectivas teóricas e é um tema de estudo que aponta diferentes tensionamentos. A exemplo disso estão os estudos sobre a “esportivização” do currículo (GONZÁLEZ, 2004; BRACHT, 1999; BRACHT et al., 2003), a identidade profissional (SANTINI; MOLINA NETO, 2005) ou então os estágios profissionais na formação inicial. (SCHERER, 2008) A crise epistemológica da área em diferentes aspectos indica que essas preocupações em relação à formação superior, já na década de 1990, assinalavam para elementos que ainda hoje parecem não terem sido superados, como o currículo tradicional-esportivo e o currículo de orientação técnico-científica. (BETTI; BETTI, 1996) Segundo esses autores, o currículo tradicional-esportivo

[...] enfatiza as chamadas disciplinas “práticas” (especialmente esportivas). O conceito de prática está baseado na execução e demonstração, por parte do graduando, de habilidades técnicas e capacidades físicas (um exemplo são as provas “práticas”, onde o aluno deve obter um desempenho físico-técnico mínimo). Há separação entre teoria e prática. Teoria é o conteúdo apresentado na sala de aula (qualquer que seja ele), prática é a atividade na piscina, quadra, pista, etc. A ênfase teórica se dá nas disciplinas da área biológica/psicológica: fisiologia, biologia, psicologia, etc. (BETTI; BETTI, 1996, p. 10)

E o currículo técnico-científico por sua vez,

[...] valoriza as disciplinas teóricas – gerais e aplicadas – e abre espaço ao envolvimento com as Ciências Humanas e a Filosofia. O conceito de prática é outro: trata-se de “ensinar a ensinar”. Um exemplo são as “sequências pedagógicas”. Adiantamos que ainda é um conceito limitado, pois o graduando aprende a “executar” a sequência, e não a aplicá-la, porque a aplicação – dizem os defensores deste modelo – é um problema da prática de ensino. (BETTI; BETTI, 1996, p.10)

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

Desde o início dos anos 2000, muito por influência do movimento renovador da EF brasileira, outras manifestações da cultura corporal e disciplinas provenientes das ciências humanas e sociais, bem como das ciências naturais têm se estabelecido no currículo. (GONZÁLEZ, 2004) Contudo, mesmo havendo essa ampliação do currículo, em boa medida, os componentes curriculares que foram colocados para a graduação estão sobrepostos e pouco articulados.

Esse é um ponto que, já no final do século passado, Daolio (1998, p. 111-112), mesmo tratando do currículo esportivizado, descreve e que exemplifica a tradição dos cursos de graduação em EF, pois estes pouco

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

Em consequência, um retrato bastante claro é, por exemplo, no espaço escolar, a “monocultura esportiva”. Essa “monocultura” da EF, segundo Bracht e Almeida (2013, p.137) “reduz o conteúdo das aulas dessa disciplina ao esporte e, mais, ao seu [do professor] esporte preferido ou aquele com o qual tem mais chances de se destacar nas competições escolares”.

Outro exemplo está nos espaços privados de atuação do profissional de EF, nos quais será possível visualizar a mercantilização das práticas corporais. A indústria do *Fitness*, personificada em programas como o conhecido *BodySystems*,¹ traz para a área uma crise quanto a atuação de profissionais graduados, uma vez que estes apenas precisam reproduzir tal qual os treinamentos que os programas de exercícios determinam.

Gomes et al. (2010), ao desenvolverem um estudo sobre esse “franqueamento” das práticas corporais, entendem que o profissional que se insere nessa lógica acaba

¹ Programas produzidos e distribuídos pela empresa Neozelandesa *Les Mills*, os quais unem coreografias com baixo nível de complexidade, sob o aspecto da execução, com músicas altamente estimulantes, dando forma assim a aulas excitantes. (GOMES; CHAGAS; MASCARENHAS, 2010)

deixando de lado o trabalho pedagógico e se transformando em um vendedor de produtos/programas, do seu próprio corpo em boa forma e, além disso, se submetem a baixas remunerações e a condições de trabalho que a longo prazo não são sustentáveis. Nessa linha, Furtado (2007) destaca em sua pesquisa o “não-lugar” do professor de EF nas academias de ginástica, apontando para a desqualificação do trabalho nesses espaços, bem como a baixa remuneração e a pouca perspectiva de ascensão profissional.

Não obstante, quando os egressos chegam aos serviços de saúde não conseguem tratar das práticas corporais em uma perspectiva de ferramenta terapêutica. (GONZÁLEZ, 2014) Nesse sentido, entre as características encontradas em diversos relatos de experiência de práticas corporais na Atenção Básica (CABALLERO, 2015) e, portanto, uma possível “encomenda” para novos profissionais de Educação Física, destaca-se a ampliação do escopo das práticas corporais, assim como as diferentes motivações para oferecer essas práticas. Isso significa que não fica automaticamente evidente uma especificidade profissional, mas um conjunto de características importantes na equipe que desenvolve as atividades. Poderíamos pensar que existe desconsideração da produção acumulada pela profissão de Educação Física, mas essas habilidades transversais citadas reivindicam implícita ou explicitamente a presença da área de conhecimento e das práticas da Educação Física – necessitando de profissionais qualificados para tanto.

No entanto, a abordagem “médico-centrada” que permeia a formação em EF, pouco consegue se articular com um projeto de atuação interdisciplinar e de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Na formação em saúde dos cursos de graduação, predominam ainda as disciplinas de abordagem curativa, prescritiva e ao atuar nessa perspectiva, “o profissional de educação

física subordina o usuário aos procedimentos estabelecidos como verdadeiros e aptos a proteger e produzir a saúde do usuário, sendo um processo de trabalho que tem o usuário como objeto de intervenção tecnocientífica”. (CECCIM; BILIBIO, 2007, p.56) Por outro lado, esses mesmos autores entendem que a EF é a área que

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

Nesse resumido cenário, seja da escola, da Atenção Básica ou do próprio setor privado, diferentes tensionamentos se entrelaçam. Por isso, o currículo entendido como uma dobradiça entre saber e poder, é uma prática discursiva na qual os sujeitos são produzidos e produzem suas práticas e modos de atuação, por isso, é um ponto nevrálgico para compreender o emaranhado da atuação profissional em diferentes campos de intervenção.

Movimento três: por onde passa o currículo da formação superior em Educação Física

Ao fazer uma busca em produções sobre análises de currículos de graduação em EF, destacam-se alguns aspectos como a precarização da formação, o impacto das mudanças curriculares e marcos regulatórios. Silva et al. (2009) realizaram uma investigação com documentos e bancos de dados oficiais do governo brasileiro, além de outros provenientes de organismos internacionais, a fim de compreender o processo político social da formação da área no contexto brasileiro. Ao levantar dados desses documentos, inferem que os interesses do globalizado mercado nacional e internacional sobre a Educação, o crescimento das instituições privadas de ensino apoiadas por políticas neoliberais, trazem outras discussões a respeito da racionalidade técnica científica, dualidades e contradições da formação profissional em Educação Física, da expectativa e *status* social atribuídos ao profissional da área. Nesse sentido, segundo os autores, um novo panorama educacional, que sugere maiores possibilidades de acesso ao ensino superior, acaba mascarando a precarização do ensino e uma produção de conhecimento e intervenção social que opera a partir de uma lógica produtivista.

No que se refere à formação superior em EF e saúde, Pinto (2012) analisou a categoria saúde e seu tratamento nos currículos de graduação em EF em cinco distintas universidades. A conclusão é de que a saúde e sua relação com a educação física precisa ser organizada de modo que compreenda, como seu tema central, a relação que o homem estabelece entre a cultura corporal e a saúde. Anjos e Duarte (2009) trazem as questões relacionadas ao currículo e à saúde, ao pesquisar currículos de graduação em EF analisando os objetivos dos cursos, as disciplinas relacionadas à saúde, a existência das disciplinas de

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

Nessa mesma linha, Brugnerotto e Simões (2009) analisaram o conceito de saúde presente nos currículos de formação em Educação Física nas principais universidades do Estado do Paraná. Entre suas análises discorrem que, muito embora os projetos político-pedagógicos tenham se adequado teoricamente ao movimento da Nova Promoção da Saúde, a ideia de que a competência do profissional de Educação Física é de monitoramento da prática de atividades físicas através das bases biológicas do ser humano ainda é predominante, em vista disso, outros fatores correlacionados são esquecidos.

Em um artigo publicado pela *Revista Movimento* por ocasião das comemorações dos 70 anos da ESEF/UFRGS,² Fraga et al. (2010) evidenciaram seis elementos que mobilizaram alterações curriculares marcantes naquela escola entre 1941 e 2010. De modo mais específico, destacam o elemento no qual constatam que o marco regulatório educacional pressionou os cursos de formação da ESEF/UFRGS em três momentos específicos: federalização da escola em 1970, mudanças curriculares de 1987 e divisão licenciatura/bacharelado em 2005. (FRAGA et al., 2010) Este último movimento de divisão da formação exemplifica um ponto de discussão e disputa da área em função da Resolução n. 7/2004, de 31 de março de 2004, que instituiu as Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em EF mencionando os termos “graduado” e

² Atualmente EsEFID (Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança) da UFRGS.

“licenciado” (BRASIL, 2004), tornando um profissional e outro professor os quais tem suas atuações monitoradas pelos conselhos regionais (CREF/CONFEE³) tanto na escola básica como nos serviços do SUS.

Entendemos, portanto, que o currículo não se constitui sozinho e nem se consolida *a priori*, está impregnado de subjetividade ao passo que também subjetiva, quando oportuniza escolhas sobre este ao aquele saber e é atravessado pelas políticas que direcionam esses saberes. Por isso, destacamos a necessidade de compreender o caminho que levou um currículo a fazer o que ele faz. (VEIGA-NETO, 2014) No entanto, é sabido que para analisar o ensino superior é preciso delinear um caminho diferente do que a educação escolar. Como instituição moderna que é, também se constitui como um dispositivo a ser problematizado em face à crise da modernidade.

Considerações finais: quando os movimentos sincronizam

Ainda emergente como área de intervenção no SUS, neste ensaio de três movimentos, fica aparente que a articulação da formação em EF com os princípios e diretrizes desse sistema ainda tem um longo percurso a ser feito. A tradição curricular da formação superior da área reproduz a subordinação aos pressupostos da parametrização biomédica, a abordagem curativa e prescritiva, muito disso pela necessidade de desvincular-se da formação para a educação básica e consolidar-se na área da saúde.

No entanto, para a área profissional da Educação Física, cabe um destaque, considerando-se a permanência das controvérsias entre prática de Educação e prática de Saúde: a relevância da presença do profissional de Educação

³ Conselho Federal de Educação Física.

Física na atenção básica exige não se eximir dos saberes em Educação, inclusive os escolares – práticas pedagógicas, habilidades docentes, experiência em organização de coletivos de aprendizagem, apropriação dos saberes em ciências humanas e práticas culturais, noções de educação em saúde, entre outros conhecimentos e práticas associados predominantemente com a formação em licenciatura. Já as práticas corporais parecem efetivamente não representar campo e domínio exclusivo da Educação Física – porém muito potencializadas pela presença desse profissional. Nesse sentido, faz-se necessário a qualificação de todo processo de constituição de trabalhadores vinculados à Educação Física e à área da Saúde, oportunizando convergência entre concepções políticas alinhadas com saúde ampliada, desenvolvendo competências em currículos disparadores e inovadores, culminando em práticas corporais terapêuticas e resolutivas. Em suma, uma profissão efetivamente promotora de saúde.

Referências

- ANJOS, T.C. dos; DUARTE, A.C.G. A Educação Física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional. **Physis**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, 2009. p.1127-1144.
- BETTI; I. R.; BETTI, M. Novas perspectivas na formação profissional em educação física. **Motriz**, Rio Claro, v.2, n.1, 1996.
- BRACHT, V. **Pesquisa em ação: educação física na escola, intervenção e conhecimento**. Ijuí: Unijuí, 2003.

- BRACHT, V. Educação Física e Esportes: intervenção e conhecimento. In: **Revista da Educação Física/UEM**, Maringá, v.1, n.10, 1999. p. 95-100.
- BRACHT, V.; ALMEIDA, F.Q. Esporte, escola e a tensão que os megaeventos esportivos trazem para a Educação Física Escolar. **Em Aberto**, Brasília, v. 26, n. 89, jan./jun. 2013. p. 131-143.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Resolução nº 7**, de 31 de março de 2004. Conselho Nacional de Educação. Brasília: 2004.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.
- _____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 287**, de 08 de outubro de 1998. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 1998.
- _____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 218** de 06 de março de 1997. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 1997.
- BRUGNEROTTO, F.; SIMÕES, R. Caracterização dos currículos de formação profissional em Educação Física: um enfoque sobre saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, vol. 19, n.1, 2009. p.149-172.
- CABALLERO. R.M.S. **Pedagogia das vivências corporais: educação em saúde e culturas de corpo e movimento**. 2015. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.
- CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos, e autores**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

CECCIM, R.B.; BILIBIO, L.F. Singularidades da Educação Física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Orgs.). **Educação Física e Saúde Coletiva**: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: UFRGS, 2007. p.47-62.

DAOLIO, J. Fenômeno social esporte na formação profissional em educação física. **Revista da Educação Física/UEM**, Maringá, v. 9, n. 1, 1998. p. 11-115.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. 5. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1999.

_____. **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

FRAGA, A.B. et al. Alterações curriculares de uma escola septuagenária: um estudo sobre as grades dos cursos de formação superior em educação física da ESEF/UFRGS. **Movimento**, Porto Alegre, vol. Especial ESEF 70 anos, n.1, 2010, p. 61-95.

FURTADO, R.P. **O não-lugar do professor de educação física em academias de ginástica**. 2007. 187 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2007

GOMES, I.R.; CHAGAS, R.A.; MASCARENHAS, F. A indústria do Fitness, a mercantilização das práticas corporais e o trabalho do professor de Educação Física: o caso Body Systems. **Movimento**, Porto Alegre, v. 16, n.4, 2010. p. 169-189.

GONZÁLEZ, F.J. O estudo do esporte na formação superior em Educação Física: construindo novos horizontes. **Movimento**, Porto Alegre, v.10, n.1, 2004. p. 213-229.

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

PINTO, A.L.S. **O tratamento dispensado à categoria saúde no currículo de graduação em educação física**. 2012. 157 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

SANTINI, J.; MOLINA NETO, V. A síndrome do esgotamento profissional em professores de educação física: um estudo na rede municipal de ensino de Porto Alegre. **Rev. bras. Educ. Fís. Esp.**, São Paulo, v.19, n.3, 2005. p.209-22.

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

SILVA, A.M. et al. A formação profissional em educação física e o processo político social. **Pensar a Prática**, Goiânia, v.12, n.2, 2009. p. 1-16.

SILVA, T.T. da. **Documentos de Identidade**: uma introdução às teorias do currículo. 5. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

VEIGA-NETO, A. Grupo de Estudos e Pesquisas em Currículo e pós-modernidade/GEPCPÓS: concepções sobre a prática. In: MACEDO, E.; MACEDO, R. S.; AMORIM, A .C. (Orgs.). **Como nossas pesquisas concebem a prática e com ela dialogam?** Campinas, SP: FE/UNICAMP, 2008. p. 23-36.

VEIGA-NETO, A. **Foucault & a educação**. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.

EDUCAÇÃO FÍSICA E FORMAÇÃO PARA A PESQUISA EM SAÚDE: experiências de orientação em um projeto interinstitucional

*Ivan Marcelo Gomes
Alex Branco Fraga
Yara Maria de Carvalho*

Neste texto, pretendemos tratar de um aspecto pouco visível de nosso trabalho acadêmico, porém de fundamental importância no processo de produção do conhecimento e da formação profissional. Estamos nos referindo às relações de orientação de mestrado e doutorado em programas de pós-graduação na área da Educação Física. A reflexão sobre essa temática está relacionada a uma interpretação da trajetória e dos resultados alcançados com o projeto de pesquisa “Políticas de formação em educação física e saúde coletiva: atividade física/práticas corporais no SUS”, que encerrou suas atividades, após quatro anos, em 28 de fevereiro de 2016. Esse projeto foi desenvolvido por três grupos de pesquisa: Políticas de Formação em Educação Física e Saúde (POLIFES/UFRGS); Educação Física + Saúde Coletiva + Filosofia + Artes (CORPUS/USP); e Laboratório de Estudos em Educação Física (LESEF/UFES) que possuem docentes e alunos inseridos nos programas de pós-graduação destas universidades. (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2013; GOMES; FRAGA; CARVALHO, 2015)

A pós-graduação é um setor que se destaca no sistema educacional brasileiro e que sustenta não somente a produção de pesquisas como também a formação do quadro docente para o ensino superior e de novos pesquisadores. (LEITE FILHO; MARTINS, 2006) As políticas de pós-graduação no Brasil tiveram, na década de 1970, o momento de sua expansão e posterior consolidação. Segundo Saviani (2006), a regulamentação para a implantação da pós-graduação no Brasil ocorreu com a aprovação do Parecer nº 77/69 em fevereiro de 1969. O mesmo autor mostra que uma das estratégias para consolidação da pós-graduação no País foi o incentivo à criação de “[...] Associações Nacionais por área de conhecimento”. (SAVIANI, 2006, p.143) No campo da Educação Física, esse processo também foi notado com a implementação das práticas científicas entre os docentes deste campo na busca por maior qualificação e capacitação universitária através da realização de cursos de mestrado e doutorado. Também ilustra esse vínculo a criação do primeiro curso de pós-graduação *stricto sensu* em Educação Física, na USP, em 1977 e do Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte em 1978. (BRACHT, 2013)

A expansão da pós-graduação na Educação Física, nos anos 2000, trouxe avanços, mas também uma série de debates sobre os caminhos que vêm sendo trilhados pelos atores envolvidos neste cenário. Concordamos com Severino (2006) que a maior justificativa para sustentar a pós-graduação “[...] é sua destinação à produção do conhecimento através da pesquisa articulada à formação de novos pesquisadores”. (2006, p.70) No entanto, as perspectivas de sobrevivência das pesquisas no âmbito sociocultural e pedagógico, com especial destaque para aquelas que estabelecem uma relação mais explícita com os espaços de intervenção profissional (como, por exemplo, as articuladas com a atuação no espaço escolar e no da saúde), têm sido avaliadas, não raras vezes, de modo equivocado

do ponto de vista dos pesquisadores que atuam nesse âmbito temático, gerando riscos, inclusive, de extinção desta subárea. A “atração fatal” pelos estudos biodinâmicos, lógica atual da pós-graduação em Educação Física, centrada em um produtivismo acadêmico, marginaliza os trabalhos pautados nas ciências sociais e humanas. (DONNELLY; FRAGA; AISENSTEIN, 2014)

Mesmo diante deste terreno árido para o florescimento de propostas que articulem pesquisa e intervenção, nos últimos anos surgiram iniciativas institucionais que permitiram avançarmos no sentido de potencializar o trabalho coletivo/colaborativo entre grupos de pesquisa com interesses comuns focados nos cenários da saúde. São iniciativas com características e enfoques teóricos e metodológicos que, de um lado, não se resumem à lógica das *hard sciences* e, de outro, instigam a emergência de novas perspectivas no que se refere à formação e pesquisa em saúde. Uma destas iniciativas ocorreu com o lançamento do Edital 24/2010 (Pró-Ensino na Saúde), financiado pela CAPES em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. Uma demanda prioritária deste Edital, ao qual nosso projeto de pesquisa está vinculado, foi a de formar mestres e doutores que contribuíssem para o desenvolvimento e consolidação da área do Ensino na Saúde, vista como “estratégica para a consolidação do Sistema Único de Saúde, por meio da análise das prioridades e das competências existentes, visando à melhoria do ensino de pós-graduação e graduação em Saúde”. (BRASIL, 2010, p.1)

Dentre os objetivos propostos no projeto de pesquisa “Políticas de formação em educação física e saúde coletiva: atividade física/práticas corporais no SUS”, dois deles estabeleceram uma relação direta com essa demanda através dos processos de orientação acadêmica no cenário

brasileiro: a) Fortalecimento das linhas de pesquisa voltadas para investigação em ensino em saúde dos Programa de Pós-Graduação das IES; b) Capacitar e aperfeiçoar recursos humanos, em nível de Pós-Graduação *stricto-sensu*, para atuar futuramente na formação de profissionais para área de saúde coletiva.

Os trabalhos de dissertação e tese sistematizados no nosso projeto de pesquisa buscaram, justamente, preencher essa lacuna na área específica, fomentando e potencializando reflexões conectadas com a formação e educação em saúde. Nesse sentido, orientar e pesquisar dentro dessa perspectiva na Educação Física, na interface com a saúde coletiva, constituiu-se também como uma estratégia, necessária e fundamental, de resistência diante das relações de poder instauradas no nosso campo privilegiado de atuação.

Apresentaremos, a seguir, uma síntese das relações de orientação e produção da escrita realizadas nestes grupos de pesquisa nos quatro anos de duração do projeto, destacando, também, alguns dilemas e desafios ao longo do percurso.

Grupos de Pesquisa: desafios nos processos de orientação e escrita

Agregamos os orientandos de pós-graduação vinculados aos três grupos de pesquisa ao projeto interinstitucional. A ideia era, justamente, constituir um coletivo que atravessasse os três grupos. Foi com esse propósito que organizamos reuniões com todos os estudantes dos grupos para que as experiências individuais pudessem se misturar e, quem sabe, multiplicar as trocas, os vínculos e os aprendizados.

Ao longo dos quatro anos orientamos e formamos treze mestres, três doutores e um estágio de pós-doutoramento. As pesquisas desses alunos foram desenvolvidas individual e coletivamente vinculadas às atividades do seu grupo de pesquisa respeitando o escopo temático previsto na proposta encaminhada a CAPES.

Assim, articulados com as tradições de cada grupo de pesquisa, as pesquisas tematizaram desde os aspectos conceituais afetos ao campo da Saúde Coletiva até as possibilidades advindas dos espaços de intervenção do profissional/professor de Educação Física em diálogo com aquele campo e os impactos em decorrência no âmbito da formação profissional. Os textos que compõem esse livro publicizam grande parte das dissertações e teses produzidas neste cenário de produção interinstitucional.

Queremos destacar dois aspectos que se apresentam como características comuns entre os grupos: o trabalho coletivo e o incentivo à autoria. Em relação ao trabalho coletivo, já tínhamos este tipo de experiência dentro de cada grupo, e a ampliamos para uma relação colaborativa efetivamente interinstitucional em diferentes momentos propiciados pelo projeto, principalmente nas reuniões presenciais entre os integrantes dos grupos, na elaboração dos relatórios anuais e nos três seminários intitulados “As práticas corporais no campo da saúde”, realizados em cada uma das sedes das instituições envolvidas. Dos encontros presenciais entre os três grupos, também é importante chamar a atenção para os momentos das bancas de avaliação, qualificação e defesa, tanto das dissertações quanto das teses. Promovemos a participação dos docentes, coordenadores do projeto, nas bancas, com intuito de compor os diferentes integrantes do projeto e suas ideias, perspectivas teóricas e estratégias metodológicas. Um exemplo, entre tantos, de compartilhamento dos trabalhos

desenvolvidos em função do projeto foi a utilização da estratégia dos mapas corporais na dissertação de Thacia Varnier (2014), metodologia apresentada por Denise Gastaldo durante o I Seminário de Práticas Corporais em Porto Alegre e, posteriormente, divulgada como capítulo de livro. (GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013)

Os debates coletivos, a partir de grupos de estudo que tematizavam a formação e educação em saúde no campo da Educação Física - com ênfase para o tema das práticas corporais no âmbito da atenção primária/atenção básica em saúde, currículos; docência em serviços de assistência à saúde e programas e artefatos culturais -, compuseram as estratégias criadas pelo POLIFES, CORPUS e LESEF para incrementar os aprofundamentos teóricos necessários aos trabalhos de pesquisa e dar forma a orientação coletiva. Essa estratégia permitiu que os integrantes de cada grupo pudessem conhecer mais a fundo os trabalhos desenvolvidos pelos colegas e, ainda, potencializou processos de aprendizagem através da crítica e da sugestão dos trabalhos em pauta.

Logicamente, essas orientações coletivas estavam articuladas com orientações individuais nas quais alguns aspectos mais específicos eram aprofundados. Saviani (2006), embora estabeleça distinções entre as orientações para doutorandos e mestrandos, sugere uma atividade com afinidades como a que acabamos de relatar:

[...] parece-me que será conveniente combinar, no caso do mestrado, as sessões de discussão coletiva com um atendimento individual sistemático em que o orientador procurará compreender as dificuldades de cada aluno, propiciando os estímulos necessários ao adequado desenvolvimento de sua formação como pesquisador. (SAVIANI, 2006, p.161)

É fundamental frisar que esse compartilhamento nas atividades de orientação – seja em sua forma coletiva entre os integrantes de cada grupo, seja na relação mais próxima entre orientador e orientando – não se restringiu ao “[...] treino para as técnicas da pesquisa”. (WARDE, 2006, p.247)

Algumas dinâmicas de orientação, como a citada no parágrafo anterior, foram sendo incorporadas nos grupos a partir dos relatos de experiências formativas compartilhadas nas nossas reuniões e seminários. Tais momentos se constituíram efetivamente em experiências formativas, ampliando os espaços de interlocução e intercâmbio entre os envolvidos diretamente no projeto, como também, entre palestrantes e participantes de outras instituições que estiveram nos seminários.

Um desafio em comum que vivenciamos nos grupos, e que também foi apontado por autores que analisaram as relações de orientação (LEITE FILHO; MARTINS, 2006; MARQUES, 2006; SEVERINO, 2006; SAVIANI, 2006; MACHADO, 2006), refere-se à possível construção da autonomia produzida neste processo e que, aqui neste texto, exploraremos a partir da noção de autoria expressa nos processos de escrita das dissertações e teses.

De uma forma geral, com algumas exceções, é recorrente no relato dos orientandos a dificuldade para materializarem suas ideias através da escrita. Esses relatos corroboram os achados de Machado em seu estudo sobre autoria e orientação, no qual orientadores experientes reportaram que “[...] os problemas relativos à orientação foram, com muita frequência, associados a dificuldades na escrita”. (2006, p.51)

A pouca prática da escrita durante a formação básica, bem como na formação inicial no ensino superior – como notamos de forma assustadora nos cursos de graduação

em Educação Física em que atuamos em nossas respectivas universidades – gera um processo doloroso para os alunos por não desenvolverem uma autonomia com a própria escrita. Uma das estratégias que utilizamos é, justamente, escrever desde o momento de formulação da temática e argumentos do projeto.

Reconhecemos com Machado (2006) que parte fundamental da relação orientador e orientando se dá no exercício da escrita, mas ela adverte que desenvolver as potencialidades que, muitas vezes, estão silenciadas nos alunos requer tempo e provocações. Todavia, tal processo também requer certa maturação que se choca com condições desfavoráveis com as quais os/as estudantes se deparam na pós-graduação em Educação Física no que se refere aos prazos para defesa de dissertação e ao número de orientandos por orientador.

Mesmo entendendo que os desafios colocados frente aos problemas da escrita não são pequenos, apostamos que esse exercício é fundamental por também se entrelaçar com outra perspectiva que constitui nossos grupos referente às relações de orientação. Julgamos que os professores não devem se portar como um legislador arbitrário que define e dirige todo o processo de orientação. A consequência desta posição é que os trabalhos dos alunos não reflitam uma produção do conhecimento mecanizante, definida aprioristicamente pelo orientador. A pluralidade teórico-metodológica das abordagens sobre a formação e educação em saúde expressas nos textos que compõem esse livro são um indicativo desta postura.

Essa preocupação com a construção da autoria esteve conectada a outro elemento que prezamos na produção do conhecimento realizada nos trabalhos de pesquisa nos grupos: o rigor conceitual. Postulamos que o rigor conceitual potencializa a autoria. Assim, neste processo gradual de

independência, o diálogo entre orientador e orientando pode produzir um trabalho consistente que, por um lado, supere os espontaneísmos e, por outro, o orientador não “abafe o orientando”. (SEVERINO, 2006, p.78) Afinal, “o orientador de pesquisa é alguém que acompanha os passos de seu orientando, um leitor, não alguém que escreve-pesquise em lugar do aprendiz, nem alguém que o convoque para trabalho alheio”. (MARQUES, 2006, p.232)

Uma breve e sincera consideração final

A construção coletiva do projeto de pesquisa “Políticas de formação em educação física e saúde coletiva: atividade física/práticas corporais no SUS” ensejou um processo de crescimento intelectual não somente para os orientandos. Como orientadores deste projeto, cabe destacar que a experiência foi valiosa também para nosso desenvolvimento como professores, orientadores e pesquisadores que transitam na pós-graduação em Educação Física no Brasil. Embora tenhamos apontado inúmeros aspectos positivos oriundos do nosso trabalho interinstitucional, reconhecemos que nesses quatro anos também vieram à tona limites de nosso trabalho como orientadores os quais nos colocaram desafios enriquecedores e nos proporcionaram um aprendizado extraordinário.

O exercício da orientação, com seus inúmeros percalços e imprevisibilidades, nos apresentou, a cada nova orientação, dificuldades que tivemos de enfrentar. Em cada defesa de dissertação ou tese concluída, junto com o regozijo do trabalho realizado, tínhamos certeza de que novos desafios inusitados surgiriam na orientação seguinte em um processo contínuo, e sem roteiro prévio, de formação de orientadores de dissertações e teses. Assim, a

participação neste projeto interinstitucional contribuiu não apenas para fomentar linhas de pesquisa, novos quadros de pesquisadores e de professores mais capacitados para atuar na formação e educação em saúde; mas também contribuiu para enriquecer um dos aspectos de nossa trajetória formativa: a orientação no âmbito da pós-graduação de futuros profissionais com novos horizontes no campo da saúde.

Referências

BRACHT, V. Epistemologia, ensino e crítica: desafios contemporâneos. In: GOMES, I. M.; ALMEIDA, F. Q.; VELOZO, E. L. (Orgs.). **Epistemologia, ensino e crítica: desafios contemporâneos para a Educação Física**. Nova Petrópolis/RS: Editora Nova Harmonia, 2013. p.19-30.

BRASIL. COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. Edital n.24 de 2010. Pró Ensino em Saúde. 2010.

DONNELLY, P.; FRAGA, A.B.; AISENSTEIN, A. Por uma sociologia pública dos esportes nas Américas: um chamado editorial em prol de uma Educação Física socialmente relevante. **Movimento**, Porto Alegre, vol. 20, número especial, 2014, p.9-20.

FRAGA, A.B.; CARVALHO, Y.M.; GOMES, I.M. As práticas corporais no campo da saúde. In: FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M.; GOMES, I. M. (Orgs.). **As práticas corporais no campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 11-21.

GASTALDO, D.; MAGALHÃES, L.; CARRASCO, C. Mapas corporais narrados: um método para documentar trajetórias de saúde, resiliência, adoecimento e sofrimento. In: FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M.; GOMES, I. M. (Orgs.). **As práticas corporais no campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 83-100.

GOMES, I.M.; FRAGA, A.B.; CARVALHO, Y. M. Práticas corporais no campo da saúde: contribuições do Projeto Políticas de formação em Educação Física e Saúde Coletiva. In: GOMES, I. M.; FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M. (Orgs.). **Práticas corporais no campo da saúde: uma política em formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 7-20.

LEITE FILHO, G.A.; MARTINS, A.A. Relação orientador-orientando e suas influências na elaboração de teses e dissertações. **RAE – Revista de Administração de Empresas**, vol.46, Edição especial, nov/dez 2006. p. 99-109.

MACHADO, A.M.N. A relação entre a autoria e a orientação no processo de elaboração de teses e dissertações. In: BIANCHETTI, L.; MACHADO, A. M. N. (Orgs.). **A bússola do escrever: desafios e estratégias na orientação e na escrita de teses e dissertações**. 2ª ed. Florianópolis: Ed. da UFSC; São Paulo: Cortez, 2006. p.45-66.

MARQUES, M. O. A orientação da pesquisa nos programas de pós-graduação. In: BIANCHETTI, L.; MACHADO, A. M. N. (Orgs.). **A bússola do escrever: desafios e estratégias na orientação e na escrita de teses e dissertações**. 2ª ed. Florianópolis: Ed. da UFSC; São Paulo: Cortez, 2006. p.227-234.

SAVIANI, D. A pós-graduação em educação no Brasil: pensando o problema da orientação. In: BIANCHETTI, L.; MACHADO, A. M. N. (Orgs.). **A bússola do escrever: desafios e estratégias na orientação e na escrita de teses e dissertações.** 2ª ed. Florianópolis: Ed. da UFSC; São Paulo: Cortez, 2006. p.135-163.

SEVERINO, A.J. Pós-graduação e pesquisa: o processo de produção e sistematização do conhecimento no campo educacional. In: BIANCHETTI, L.; MACHADO, A. M. N. (Orgs.). **A bússola do escrever: desafios e estratégias na orientação e na escrita de teses e dissertações.** 2ª ed. Florianópolis: Ed. da UFSC; São Paulo: Cortez, 2006. p.67-87.

VARNIER, T.R. O PESO – **Programa de promoção de estilo de vida saudável na obesidade** – como uma estratégia de educação em saúde: uma interpretação dos cuidados corporais a partir dos usuários do serviço. Vitória: Programa de Pós-graduação em Educação Física/UFES, 2014.

WARDE, M.J. Sobre orientar pesquisa em tempos de pesquisa administrada. In: BIANCHETTI, L.; MACHADO, A. M. N. (Orgs.). **A bússola do escrever: desafios e estratégias na orientação e na escrita de teses e dissertações.** 2ª ed. Florianópolis: Ed. da UFSC; São Paulo: Cortez, 2006. p.235-254.

UNIDADE II

EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE: EXPERIÊNCIAS, PROGRAMAS E ARTEFATOS CULTURAIS

A EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE: reflexões acerca do fazer da profissão no SUS

Alessandra Xavier Bueno

O fazer da Educação Física nos serviços de saúde ainda é um campo em construção. Com certo *know how* na saúde mental, desbrava a Atenção Básica por chamamentos daqueles que são “de fora” da área. Incentivos governamentais colocam a profissão em destaque nas ações de Promoção da Saúde. O lançamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008, e do Programa Academia da Saúde, em 2011, tornaram o debate acerca das intervenções da Educação Física no Sistema Único de Saúde (SUS) mais frequente. Ingerências corporativas confundem aqueles que se propõem a entender a saúde como produção social e não meramente como produção biológica.

Este texto é fruto de minha dissertação de mestrado intitulada *Entre o fazer e o registrar da educação física no NASF: a relação conflitante entre a Classificação Brasileira de ocupações e os procedimentos possíveis de registro pelo profissional de Educação Física*. Minhas indagações iniciaram no momento em que me deparei com questões conflitantes relativas aos registros da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do profissional de Educação Física no

NASF e de suas possibilidades de atuação no serviço em questão. A ideia inicial era a de chamar a atenção da Educação Física para uma “conversa” pouco conhecida dentro da área, mas importante para aqueles que pretendem se aventurar nas trilhas do SUS. Agregado a isso, também pretendia dar visibilidade ao registro das informações relativas às intervenções cabíveis ao profissional de Educação Física, problematizando-as a partir das nomenclaturas de CBO e de procedimentos que contribuem no diálogo entre a Educação Física e a saúde coletiva. Para este texto, foco especialmente nos questionamentos relativos ao fazer da área na saúde visitando o material publicado com as diretrizes do NASF (*Cadernos de Atenção Básica*, n. 27), por materiais publicado pelo Conselho Profissional da Educação Física (CONFEF), e pelos procedimentos dos sistemas de informação do SUS para a área.

O papel da Educação Física no SUS não é algo definido ou delimitado, exceto, e é claro, quando se assume equivocadamente que o profissional de Educação Física está nos serviços de saúde apenas para dar conta de atividades (físicas) para pessoas em condição de doenças crônicas. Essa é uma situação comum e não acontece apenas pela demanda da gestão do município que, na maioria das vezes, quer quantificar as ações e demonstrar os resultados em números, pois estes evidenciam com “mais clareza” o cumprimento ou não das metas. Mas esta situação também pode acontecer porque temos uma grande maioria de profissionais de Educação Física cuja formação inicial foi (e ainda é) enraizada nas ciências biomédicas. Estes profissionais ainda têm uma compreensão do processo saúde-doença com predomínio biologicista, trabalhando com indicativos de uma responsabilização individual pela saúde e dando ênfase em ações que visam o aprimoramento das capacidades físicas e à repetição dos movimentos. (FÉLIX et al., 2014)

A ideia de prescrição de exercícios à ordem médica é ainda identificada com a lógica da doença e carrega a historicidade da Educação Física enquanto disciplina higienista, “do corpo disciplinado, forte e saudável em uma sociedade ordenada, limpa e moralizada”. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004) Pensar as intervenções da Educação Física pautadas pela lógica da doença é reduzir o leque de possibilidades da área em contribuir para a consolidação do SUS e para a afirmação de seus princípios. As diferentes singularidades dos usuários, dos coletivos, a complexidade do trabalho cotidiano em saúde e a crítica constante do que se deve associar ao processo de trabalho para a reinvenção das práticas, são elementos que sinalizam a necessidade de mudança no campo da Educação Física para com a saúde. É preciso romper com a lógica de atendimento “professor-aluno” e buscar entender os processos de cuidado em saúde e a complexidade da Atenção Básica, (re)inventando os modos de fazer e compartilhando os saberes.

Ceccim (2007) afirma para o campo da saúde, que seu objeto não é a cura ou a promoção de saúde, mas sim a produção do cuidado para com a defesa e afirmação da vida (que são os meios para se atingir a cura e promoção da saúde). Para a Educação Física, “seu objeto em saúde não é a aptidão física, mas a produção relacional e educativa (prática cuidadora) para com a defesa e afirmação da vida em sua expressão corporal”. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.49) Não precisamos deixar de lado alguns direcionamentos relativos à aptidão física que orientam os efeitos do exercício físico no corpo biológico, mas devemos dar relevância à discussão da área da Educação Física influenciada pelas ciências humanas e sociais e às práticas corporais inseridas no contexto da cultura corporal de movimento para que possamos entender o fazer da Educação Física no SUS.

A área em questão tem grande contribuição ao modelo de Atenção Básica que se tenta construir, especialmente em relação à Estratégia de Saúde da Família (ESF), mas “necessita libertar-se das amarras da verdade e do saber biomédico, livrar-se das disciplinas totalizantes e dos interesses corporativos” (DAMICO, 2007, p.84) para estabelecer uma tecnologia cuidadora. Libertar-se dessas amarras, na minha opinião, significa olhar para a sua atuação profissional de modo a perceber os interesses, desejos e necessidades das pessoas; de entender o contexto social e que elementos fazem sentido para a produção de vida para os indivíduos, e não, apenas, fazer do seu conhecimento técnico o único direcionador de suas intervenções. É valorizar também o encontro e as relações com as pessoas como ato cuidador, pois a saúde está diretamente vinculada às condições sociais, econômicas e políticas. (LUZ, 2007)

Tomemos neste texto, como imagem para continuar a reflexão acerca do fazer da Educação Física no SUS, as Diretrizes do NASF. Entre 2008 e 2012, o NASF era o principal meio de inserção da profissão na Atenção Básica. O NASF é, de maneira geral, uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam “em conjunto com os profissionais das equipes de SF,¹ compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF”. (BRASIL, 2010, p.7) Considerando a *integralidade*² um dos princípios doutrinários do SUS, “que se destina a conjugar as

¹ A Saúde da Família “é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde”. (BRASIL, 2011)

² “Na experiência, a ‘integralidade’ ganha o sentido mais ampliado de sua definição legal, ou seja, pode ser concebida como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema”. (PINHEIRO, 2009)

ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço” (PINHEIRO, 2009), onde os profissionais de saúde se relacionam com sujeitos e não objetos (MATTOS, 2004), uma equipe constituída por diferentes profissionais atuando junto às equipes de SF, neste caso o NASF, possibilita a interação de diferentes “olhares”, propondo novos arranjos e possibilidades no cuidado dos usuários.

As orientações do *Cadernos de Atenção Básica*, n.27, onde constam as diretrizes do NASF, de certa forma, chama a Educação Física para uma “conversa” com o SUS. Isto não acontece em apenas um momento, mas o trecho a seguir é claro:

Nesse sentido recomenda-se que o profissional de Educação Física favoreça em seu trabalho a abordagem da diversidade das manifestações da cultura corporal presentes localmente e as que são difundidas nacionalmente, procurando fugir do aprisionamento tecnicopedagógico dos conteúdos clássicos da Educação Física, seja no campo do esporte, das ginásticas e danças, bem como na ênfase à prática de exercícios físicos atrelados à avaliação antropométrica e à performance humana. (BRASIL, 2010, p.126)

Como é possível perceber, o conteúdo do *Cadernos* reconhece a principal contradição da Educação Física quando se refere à saúde: o aprisionamento tecnicopedagógico que acaba restringindo as inúmeras possibilidades que se abrem quando se refere à cultura corporal de movimento e sua relação com o fazer em saúde no cotidiano dos serviços de Atenção Básica. As diretrizes do NASF indicam a necessidade de reflexão e compreensão dos:

[...] fenômenos, conceitos e determinações que envolvem a prática de atividade física na contemporaneidade, de forma a vislumbrar concepções hegemônicas de corpo, massificadas pela grande mídia, como as problemáticas relativas a gênero, de etnia, do trabalhador e aos ciclos de vida, acesso e prática de esportes, à transformação do lazer em mercadoria para o consumo, entre outros; todas imbricadas nas relações sociais. (BRASIL, 2010, p.126)

Este trecho ressalta a importância de um profissional crítico, entendendo o corpo e as práticas corporais no contexto social, pois o discurso comum dos profissionais da área que atuam no campo da saúde, seja pública ou privada, é relacionado de maneira geral à melhoria da qualidade de vida das pessoas. Mas a prática acaba sendo ainda aquela da aptidão física e treinamento, deixando em segundo plano a produção de relações interpessoais com potencial para ressignificar a relação do indivíduo com o mundo, que possa produzir vida. Freire et al., em 2002, sinalizavam a falta de identidade profissional da Educação Física em relação à atuação no campo da saúde:

[...] pois quando questionado sobre a importância da Educação Física para a sociedade, ou sobre os objetivos do serviço prestado, afirma que seu trabalho visa a uma melhoria da saúde e da qualidade de vida das pessoas. Essas afirmações tão genéricas expõem a fragilidade e a falta de clareza dos profissionais sobre a especificidade da profissão, haja vista que se espera, de muitas outras áreas, a contribuição para que objetivos tão complexos possam ser atingidos. (FREIRE; VERENGUER; REIS, 2002, p.40)

De fato, é uma meta ousada pensar que a Educação Física possa dar conta da melhora da saúde e da qualidade de vida das pessoas quando isto depende de tantos fatores e de tantas “humanidades”. A complexidade dos problemas de saúde requer uma construção dos processos de trabalhos entre a equipe de maneira a compartilhar o conhecimento e não retê-los em sua especificidade profissional. Ir ao encontro deste entendimento não é tarefa apenas da Educação Física - também das demais profissões de saúde, mas é importante salientar que a Educação Física tem sido convocada a atuar no campo da saúde, mas ainda se percebe com uma lógica de trabalho, ou “estilo de pensamento”, centrada nas ciências biomédicas.

Luz (2007, p.25) coloca que aproximação da Educação Física da saúde coletiva pode contribuir para a compreensão da sua prática pedagógica de maneira contextualizada, considerando os fatores culturais, históricos, econômicos e políticos, devido às discussões fundamentadas nas ciências humanas, fazendo um contraponto à visão estritamente biológica do corpo em detrimento aos elementos da cultura corporal como manifestações e expressões humanas, portanto, com historicidade e significado. Gomes (2007) reconhece que apesar das ações que já ocorrem por meio de iniciativas pontuais e promocionais em todo país, existe a necessidade de refletir sobre as questões metodológicas e pedagógicas para atuação do profissional de Educação Física nas políticas públicas de saúde (GOMES, 2007)

Apesar da ampliação do debate acerca da inserção da profissão na Atenção Básica e do compartilhamento de experiências exitosas que podemos verificar nos congressos de Saúde Coletiva e Saúde Pública, algumas publicações confundem o leitor que busca entender o “fazer” da Educação Física no SUS. Ressalto que não se trata de leitores apenas da área em questão, mas também

estudantes e profissionais de outras formações em saúde que já trazem consigo um imaginário acerca da Educação Física como mero “instrutor de atividades físicas”.

Um exemplo é a publicação intitulada *Recomendações sobre condutas e procedimentos do Profissional de Educação Física na atenção básica à saúde*, publicada pelo Conselho Federal de Educação Física (CONFEF), no ano de 2010, dois anos após a publicação da portaria que institui o NASF. Esta publicação demonstra um direcionamento para as questões biológicas em seu conteúdo. Além disso, desenha uma imagem do profissional de Educação Física quase que onipotente, que trabalha com seus próprios formulários e seus próprios protocolos de atendimento - uma contradição para a Atenção Básica que se desenha atualmente. O trecho a seguir refere à indicação do material do CONFEF ao profissional de Educação Física que vai atender a grupos nos serviços de saúde:

Na realização de programas públicos e/ou privados com grande número de participantes é indispensável uma triagem inicial dos praticantes, o que permite, inclusive, identificar indivíduos que necessitam de acompanhamento médico. Esse procedimento, além de garantir maior segurança a todos os segmentos envolvidos com o programa, e de suma importância na conscientização dos praticantes sobre a necessidade de realizarem exames periódicos, principalmente indivíduos que apresentarem sintomas ou fatores de risco. (CONFEF, 2010, p.29)

A lógica do trabalho em equipe parece ser conflitante com a indicação desse material. Mesmo que o profissional de Educação Física atenda diretamente usuários do sistema de saúde em atividades que podem ser diversas (e não

somente relacionadas às práticas corporais), cabe discutir casos e tomar decisões em conjunto. Após esse trecho, o material do CONFEF continua descrevendo as condutas que orientam a atuação profissional em relação:

- a fatores de risco para desenvolvimento de doença cardiovascular;
- à estratificação de risco para prática de exercícios físicos;
- a definições de intensidades de exercício físico;
- aos principais sinais ou sintomas sugestivos de doença cardiovascular, pulmonar ou metabólica;
- aos procedimentos e equipamentos para testes.

Não tenho a pretensão de negar a importância das questões ligadas ao biológico do indivíduo e dos fatores de risco associados principalmente às doenças crônicas, mas quero destacar a força que tem esse aspecto nas orientações de conduta do profissional de Educação Física para a Atenção Básica pelo CONFEF, em detrimento às questões sociais necessárias para o entendimento do cuidado em saúde e do próprio SUS. O cuidado em saúde requer outros elementos além do saber técnico como já dito anteriormente. Portanto, o saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas, e a formação dos profissionais deve envolver os aspectos humanos e pessoais, os valores, os sentimentos, a visão de mundo de cada um, bem como cada um percebe e representa o SUS. (BRASIL, 2010, p.19) A lógica de trabalho em equipe, o apoio matricial e o cotidiano do trabalho no SUS não estão de acordo com aquilo que o material do CONFEF indica - uma ordem normativa e protocolar das práticas de cuidado do profissional de Educação Física. Será mesmo que é desta forma que o fazer da educação física se consolidará no SUS? O CONFEF parece seguir uma linha mais restritiva

em relação à inserção profissional na saúde e a partir daí em uma lógica corporativa que procura circunscrever determinados procedimentos à atuação exclusiva do profissional de Educação Física.

Lancemos olhar sobre a definição da atuação profissional da Educação Física, referida pelo CONFEF e publicada na Resolução n. 046/2002:

O Profissional de Educação Física é especialista em atividades físicas, nas suas diversas manifestações – ginásticas, exercícios físicos, desportos, jogos, lutas, capoeira, artes marciais, danças, atividades rítmicas, expressivas e acrobáticas, musculação, lazer, recreação, reabilitação, ergonomia, relaxamento corporal, ioga, exercícios compensatórios à atividade laboral e do cotidiano e outras práticas corporais, tendo como propósito prestar serviços que favoreçam o desenvolvimento da educação e da saúde, contribuindo para a capacitação e/ou restabelecimento de níveis adequados de desempenho e condicionamento fisiocorporal dos seus beneficiários, visando à consecução do bem-estar e da qualidade de vida, da consciência, da expressão e estética do movimento, da prevenção de doenças, de acidentes, de problemas posturais, da compensação de distúrbios funcionais, contribuindo ainda, para a consecução da autonomia, da autoestima, da cooperação, da solidariedade, da integração, da cidadania, das relações sociais e a preservação do meio ambiente, observados os preceitos de responsabilidade, segurança, qualidade técnica e ética no atendimento individual e coletivo. (CONFEF, 2002)

Por mais que a indicação de atuação profissional da resolução seja ampla, dada à diversidade de “especialidades”, este trecho parece uma tentativa de contemplar todo o objeto de conhecimento da Educação Física. Na publicação de 2010, os elementos que aparecem para a atuação profissional dizem respeito, em sua maioria, à receita para prescrição de exercícios físicos - o que o profissional deve fazer antes, durante e depois da intervenção, com uma aparente certeza dos acontecimentos por vir. Essa simplicidade e certeza emergem da via única utilizada para estruturação da intervenção: as implicações orgânicas do movimento humano. Por este motivo, acredito ser um material que não nos leva a fazer uma análise aprofundada acerca das intervenções e do papel do profissional de Educação Física na Atenção Básica.

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

O CONFEF, na tentativa de reforçar o seu lugar na sociedade quando dissemina informações do quão importante para a população é praticar atividade física

orientada, reforça o imaginário da população de que é mais importante pensar no bom funcionamento da máquina corporal do indivíduo do que no próprio indivíduo (ou no coletivo). O conhecimento das entranhas do corpo e seu funcionamento, os efeitos do exercício físico em relação aos parâmetros fisiológicos e à prevenção de doenças são de suma importância, mas a Educação Física não deve organizar e planejar o trabalho em saúde como se somente este modo de operar fosse relevante. Desde a publicação da Política Nacional de Promoção à Saúde (2006), há um “convite” para a Educação Física como profissão permanente no SUS.

E como isto está sendo construído no cotidiano do serviço pelos próprios profissionais? Será possível pensar que as pessoas podem fazer uma determinada atividade, exercício físico, por um valor simbólico ou outro significado que foge aqueles que “aprendemos na faculdade”? Fazer o que tem vontade naquele momento e depois trocar de atividade quando quiser? E não somente por que estão em um grupo de risco, por exemplo? Como é para a Educação Física lidar com isso? E se o convite for para trabalhar com o “não movimento”? Como a Educação Física, atravessada pela lógica do combate ao sedentarismo (inatividade física), ou pela aptidão física, desenvolve um planejamento para algum usuário do sistema de saúde que tem indicação de não se movimentar? Possível? Não tenho a pretensão de responder essas perguntas neste texto, mas elas surgem inevitavelmente quando se discute a atuação profissional da Educação Física no SUS e nas potencialidades da profissão que podem compor o trabalho em equipe. No contexto do SUS, entendendo a produção da saúde como resultante dos determinantes e condicionantes sociais da vida, é que o eixo temático das Práticas Corporais e Atividade Física, nos termos previstos na PNPS, se ressignifica, vislumbrando novas possibilidades de organização e de manifestação.

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

Um outro ponto para refletir sobre as intervenções da Educação Física no âmbito da Atenção Básica é olhar a partir da definição dos procedimentos possíveis de registro nos sistemas de informação do Ministério da Saúde.

Quando a Portaria n. 409/2008 que instituiu o NASF foi publicada trouxe em seu texto uma lista de sete especialidades da Educação Física, como possíveis de registro para o profissional de Educação Física. A saber: Avaliador Físico, Ludomotricista, Preparador de Atletas, Preparador Físico, Técnico de Desporto Individual e Coletivo (Exceto Futebol), Técnico de Laboratório e Fiscalização Desportiva e, finalmente, Treinador de Futebol. Ou seja, o município que habilita um NASF e que optou por um profissional de Educação Física para compor a equipe, deve registrar este profissional sob um código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)³ que se refere a uma dessas sete especialidades.⁴

³ A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) é o documento normalizador do reconhecimento para fins classificatórios da nomeação e da codificação dos títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro.

⁴ Este fato aconteceu até 2013, quando a Portaria do Ministério da Saúde n. 256, de 11 de março, propôs uma nova nomenclatura vinculada ao registro provisório “profissional de Educação Física na saúde”.

Todas as especialidades citadas na Portaria n. 409/2008 tem “colada” em sua nomenclatura uma ideia de atividades que podem ser realizadas no NASF ou na Atenção Básica de forma geral. Para aqueles que não tinham conhecimento de que uma destas especialidades era vinculada ao profissional de Educação Física do serviço em questão, parece estranho quando olhamos para estas nomenclaturas trazidas no parágrafo anterior. Um treinador de futebol no NASF?

De fato, é possível que a demanda da comunidade ou da gestão seja de avaliação física, de atividades lúdicas, de preparação física ou até mesmo de um jogo de futebol com os usuários. Não se exclui nenhuma destas possibilidades. A crítica está na predeterminação do que pode ou não pode ser feito, na redução do escopo de atuação do profissional de Educação Física que advém deste fracionamento demonstrado através de sete especialidades,⁵ pois é justamente o caráter transversal da ação pedagógica realizada (tanto no matriciamento quanto na intervenção direta com usuários), que reside toda a potencialidade do trabalho feito em nome da Educação Física, principalmente no NASF.

Cabe salientar que existe uma relação entre os códigos de CBO e os códigos dos procedimentos (atividades realizadas) a serem registrados junto aos sistemas de informação da Atenção Básica. O sistema não aceita o registro de um código de procedimento para um código de CBO (leia-se profissional) que não esteja “autorizado” para execução de tal procedimento. Por exemplo: o código de CBO de um terapeuta ocupacional não é compatível com o registro de procedimento de um exame preventivo de colo de útero, certo? Então, presume-se que o exame de colo de

⁵ Mais informações sobre a análise das especialidades da educação física no NASF no trabalho de Bueno (2012).

útero não faça parte dos procedimentos que o terapeuta ocupacional pode realizar, muito menos registrar, já que esta prática não compõe o saber específico desta profissão.

Por outro lado, alguns procedimentos podem ser registrados por mais de um código de CBO, ou seja, por profissionais de áreas de conhecimento diferentes (e especialidades diferentes), cujo procedimento pode ser “transversal”. Para exemplificar, destaco o procedimento “Atividade educativa/orientação em grupo na atenção básica”. É possível de ser executada/registrada por 62 diferentes códigos de CBO (62 profissionais diferentes).⁶ Parece coerente, pois atividades educativas como as rodas de conversas acerca de diferentes temas são transversais (perpassam as diferentes profissões da saúde), independentemente do saber técnico de cada profissão.

⁶ Consulta realizada em 05/09/2015 através do site www.sigtab.datasus.gov.br

Os procedimentos relacionados às especialidades da Educação Física para o NASF no ano de 2010⁷ podem ser visualizados na tabela 1.

(continua)

Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)	PROCEDIMENTO
224105 – Avaliador físico	0101010036 – PRÁTICA CORPORAL / ATIVIDADE FÍSICA EM GRUPO
	0101010044 – PRÁTICAS CORPORAIS EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA
	0301080011 – ABORDAGEM COGNITIVA COMPORTAMENTAL DO FUMANTE (POR ATENDIMENTO / PACIENTE)
224110 – Ludomotricista	0301080011 – ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DO FUMANTE (POR ATENDIMENTO / PACIENTE)
224115 – Preparador de atleta	0301080011 – ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DO FUMANTE (POR ATENDIMENTO / PACIENTE)
224120 – Preparador físico	0301080011 – ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DO FUMANTE (POR ATENDIMENTO / PACIENTE)

⁷ Alguns procedimentos foram retirados de alguns CBOs, como por exemplo, “Prática Corporal/Atividade Física em grupo” não aparece listado junto ao código de CBO de “Técnico de esporte individual e coletivo em setembro de 2015.

(conclusão)

224125 – Técnico de esporte individual e coletivo (exceto futebol)	0101010036 – PRÁTICA CORPORAL / ATIVIDADE FÍSICA EM GRUPO
	0101010044 – PRÁTICAS CORPORAIS EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA
	0301080011 – ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DO FUMANTE (POR ATENDIMENTO / PACIENTE)
224130 – Técnico de laboratório e fiscalização desportiva	0301080011 – ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DO FUMANTE (POR ATENDIMENTO / PACIENTE)
224135 – Treinador profissional de futebol	0301080011 – ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DO FUMANTE (POR ATENDIMENTO / PACIENTE)

Tabela 1: Quadro demonstrativo dos códigos da CBO da Educação Física (Portaria n.409/2008) e os procedimentos possíveis de registro junto ao SUS. Fonte: Bueno, 2012.

Cabe salientar que o procedimento, de forma geral, diz respeito àquilo que o profissional tem como intervenção a registrar - um atendimento de fato, mesmo que seja como atendimento em conjunto com a equipe. Em teoria, considerando a tabela, a única intervenção possível para um profissional registrado no NASF como “Preparador Físico”, por exemplo, caso haja um, é algum tipo de intervenção voltada para grupo de fumantes. Na prática, o profissional de Educação Física atua com atividades educativas relacionadas às práticas corporais, quer seja sob a forma

de matriciamento, quer seja diretamente com os usuários, mas acaba por não registrar a informação de procedimento requerida, ou ainda, registrando “qualquer coisa” para alimentar o sistema de informação do município e, assim, computar a atividade realizada. Essas incongruências na relação dos registros das intervenções da Educação Física, de modo geral, podem interferir nas práticas de cuidado e no conhecimento que vem sendo produzido na área da saúde, para formulações de políticas públicas, no momento que impedem registro das ações pelos municípios e redirecionam as ações apenas “para o que é possível registrar”.

Moraes (2007) já sinalizava que “a atual práxis informacional em saúde se constitui em uma limitante aos avanços necessários para ampliar a capacidade de resposta do Estado brasileiro, na busca pela melhoria da situação de saúde” (p.554). Mesmo com os avanços tecnológicos e com os discursos em relação ao uso da informação, para este mesmo autor a prática ainda é díspare e desconexa. O uso inadequado da informação, como no caso dos registros da CBO da Educação Física no NASF e seus procedimentos correlatos, também não demonstra para o campo específico (em especial a formação inicial em Educação Física) a real demanda do Sistema de Saúde, através das práticas que estão sendo realizadas nos municípios.

Em março de 2013, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 256 (BRASIL, 2013) que estabeleceu novas regras para o cadastramento de equipes do NASF. Esta portaria também instituiu um código de CBO provisório para a Educação Física que parece ser mais condizente com o fazer da área no SUS. O código da CBO 2241-E1 – Profissional de Educação Física na saúde instituído por esta portaria, parece ser mais adequado por não indicar redução em relação às intervenções da Educação Física no campo da

saúde. Além disso, tem cinco procedimentos relacionados, que contemplam as atividades educativas em grupo, tanto na atenção básica como na atenção especializada; as práticas corporais/atividade física em grupo; as práticas corporais na medicina tradicional chinesa e as visitas domiciliares. Acredito que seria importante acrescentar alguns procedimentos relativos à saúde mental e à aferição de pressão arterial. Em CBO anterior à portaria do NASF, utilizado para inserção do profissional de Educação Física no SUS,⁸ com cerca de 18 procedimentos relacionados. Vários destes procedimentos diziam respeito ao serviço de saúde mental, serviço este no qual a Educação Física tinha inserção a mais tempo do que na Atenção Básica como integrante das equipes de saúde.

Ter uma nomenclatura mais condizente com o trabalho da Educação Física no campo da saúde, especificamente no SUS, é um avanço para a área. Mas é importante a mobilização para que esta nomenclatura deixe de ser um código provisório e passe a ser código na tabela de classificação permanente.

O mapeamento das informações em saúde contribuem para a construção de novas práticas de cuidado e no conhecimento do que está sendo produzido para além da mera alimentação de sistemas informacionais. Os Sistemas Nacionais de Informação em Saúde e áreas afins constituem uma ferramenta importante, também, para a avaliação das políticas públicas de saúde, dos serviços, das redes e dos sistemas de saúde. (FERLA; CECCIM; ALBA, 2012) Refletir sobre a forma como a Educação Física tem “figurado” nos sistemas de informação em saúde, restringindo a certa identidade profissional e alimentando informações que geram conflitos com o cotidiano do trabalho, pode

⁸ Apesar de não ser a nomenclatura ideal, antes de 2008 o sistema de registro das atividades vinculava para a educação física o CBO “Professor de Educação Física no ensino superior”. (BUENO, 2012)

naturalizar algumas ações logo ali adiante, tanto em relação ao ensino quanto à delimitação do campo profissional que quebram a lógica do SUS. Existem elementos para compor uma “conversa” que não deve se limitar ao campo da Educação Física, mas que possa dialogar com o campo da saúde coletiva e da educação nas diferentes esferas da formação, e com as diferentes esferas da gestão dentro da perspectiva da integralidade e da intersetorialidade.

Finalmente, um diálogo com o próprio campo da Educação Física, especialmente os setores mais corporativos, que precisa “escutar” a demanda do Sistema de Saúde para refletir sobre os referenciais teóricos utilizados especialmente na formação inicial, para estabelecer diálogo efetivo com a saúde coletiva. Em tempos de incentivos a Programas que têm relação com as Práticas Corporais/Atividade Física no âmbito da Atenção Básica, como exemplo o Programa Academia da Saúde, lançado em 2011 pelo Ministério da Saúde, é preciso colocar o entendimento das dinâmicas do cuidado em saúde acima dos interesses corporativos que restringem a atuação profissional em uma tentativa de “para garantir o lugar”.

É natural para nós pensarmos em “aplicar o conhecimento adquirido na universidade”. Para o trabalho na rede de atenção à saúde, devemos inverter esta lógica. Enquanto área de formação, a Educação Física pode nos ajudar a desenvolver competências e habilidades para lidar com a complexidade do trabalho em saúde. Enquanto classe profissional, não é a Educação Física que deve “dizer” o que o profissional irá fazer no SUS, mas, sim, devemos acolher o que o SUS nos demandar enquanto profissionais que tem uma certa especificidade de conhecimento, para que essa demanda, somada às nossas experiências (sejam elas acadêmicas ou de vida) componham novas possibilidades de intervenção em conjunto com a equipe. Ampliar a

capacidade de compartilhamento de saberes e construções conjuntas com os demais trabalhadores, bem como escutar os usuários sendo propositivo em relação às experiências de práticas corporais significativas, de forma equânime e acessível, são elementos essenciais que devem “povoar” aquele que está se colocando como trabalhador da saúde.

Referências

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

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 409 SAS/MS**, de 23 de julho de 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleos de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: 2010.

_____. [Site]. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em: 06 mar. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **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).

BUENO, A.X. **Entre o Fazer e o Registrar da Educação Física no NASF**: a relação conflitante entre a classificação brasileira de ocupações e os procedimentos possíveis de registro pelo profissional de Educação Física. Dissertação (Mestrado) - Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto Alegre, 2012.

CECCIM, R.B. Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. **Revista de Estudos Universitários**, Sorocaba, v.33, n.1, jun. 2007.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 5, p.1400–1410, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA - CONFEF. **Resolução 046**, de 18 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a Intervenção do Profissional de Educação Física e respectivas competências e define os seus campos de atuação profissional.

_____. **Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de Educação Física na Atenção Básica à saúde**. Rio de Janeiro: CONFEF, 2010.

DAMICO, J.G.S. Das possibilidades às incertezas: instrumentos para intervenção do profissional de educação física no posto de saúde. In: FRAGA, A. B. **Educação Física e saúde coletiva**: políticas de formação e perspectivas de intervenção. 2. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 73-84.

FÉLIX, J. et al. As diretrizes do NASF e a presença do profissional em Educação Física. **Motrivência**, Florianópolis, v.26, n.42, p.222–237, jun. 2014.

FERLA, A.A.; CECCIM, R.B.; DALL'ALBA, R. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. **RECIIS**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.620, 2012.

FREIRE, E.S.; VERENGUER, R.C.G.; REIS, M.C.C. Educação física: pensando a profissão e a Preparação profissional. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, v.1, n.1, p.39-46, 2002.

GOMES, M.A. **Orientação de atividade física em Programa de Saúde da Família: uma proposta de ação**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Educação Física, Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

LUZ, M.T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1411-1416, set./out. 2004.

MORAES, I.H.S.; GÓMEZ, M.N.G. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.3, p.553-565, 2007.

PINHEIRO, R. Integralidade como princípio do direito à saúde. In: **DICIONÁRIO da educação profissional em saúde da EPSJV/Fiocruz**. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em: 18 set. 2011.

PRÁTICAS CORPORAIS E CLÍNICA
AMPLIADA: experimentando tessituras
para a composição de outros modos de
cuidado

*Valéria Monteiro Mendes
Yara Maria de Carvalho*

Abrindo os caminhos sobre o tema...

Produzir um texto que *conversasse com as questões de estudantes e profissionais tematizando a relação “Educação Física e Saúde Coletiva, visando problematizar as contribuições que a área tem oferecido e que pode oferecer ao campo a partir das práticas corporais, demarcando como elas se relacionam às diversas possibilidades de atuação e aos campos da formação profissional e da qualificação dos serviços”* foi o chamado que recebemos como pesquisadores que havíamos produzido investigações em distintos cenários (como os serviços de saúde) vinculados ao Projeto “Políticas de Formação em Educação Física e Saúde Coletiva: atividade física/práticas corporais no SUS”.

No nosso caso, cabia falar da pesquisa-intervenção¹ que produzimos em um dos Centros de Saúde Escola (CSE) da Universidade de São Paulo, o Geraldo Horácio de Paulo Souza, que, apesar de ser o primeiro CSE do Brasil² e ter recebido pesquisas de diferentes subáreas (Medicina, Nutrição, Enfermagem, Psicologia), ainda não havia sido um campo de investigação para a Educação Física.

Nosso interesse por estar “na ponta” problematizando a urgência de aprofundar a discussão sobre a qualidade das ações produzidas pela Educação Física, a partir da proposição de um grupo de práticas corporais (CARVALHO, 2006; 2007; 2010) para usuários do serviço, à luz da *Clínica Ampliada*³ e *Compartilhada* (CAMPOS, 2003) e do *Método da Roda*⁴ (2000), decorreu de um conjunto de questões (que se colocam também para as demais subáreas da saúde), que atravessavam a condição de pesquisadora,⁵ profissional do

¹ A pesquisa “As práticas corporais e a Clínica Ampliada: a educação Física na Atenção Básica” foi realizada na Escola de Educação Física e Esporte da USP, entre 2010 e 2013, sob a orientação da Prof^a Yara Maria de Carvalho, área de concentração Pedagogia do Movimento Humano.

² O CSE Paula Souza foi o primeiro do Brasil e da América Latina, implantado na cidade de São Paulo em 1925, pelo médico sanitarista Geraldo Horácio de Paula Souza sob a denominação de Centro de Saúde Modelo. Inicialmente funcionou no porão do Instituto de Higiene, local que passou a ser denominado de Faculdade de Saúde Pública da USP. Posteriormente o CSE foi transferido para a casa onde funciona até hoje, cujos proprietários foram Oswald de Andrade e Tarsila do Amaral, conforme Candeias (1988).

³ O termo Clínica Ampliada será grafado neste texto em itálico por se tratar de um referencial teórico.

⁴ O termo Método da Roda será grafado neste texto em itálico por se tratar de um referencial teórico.

⁵ Desde 2008, a pesquisadora Valéria integra o Grupo de Pesquisa CORPUS - Educação Física + Saúde Coletiva + Filosofia + Artes, que é liderado pela Prof^a Dra. Yara Maria de Carvalho. Cabe ressaltar que a atuação com o Grupo contribui para demarcar o processo de ressignificação sobre o trabalho em saúde, incluindo a participação da pesquisadora em distintos projetos de pesquisa no âmbito da atenção básica “Avaliação qualitativa dos programas de redução do sedentarismo e promoção da saúde: Academia da Cidade e CuritibaAtiva” (2008); “Caminhos da

campo da saúde, defensora do SUS, aluna de pós-graduação na universidade pública, mulher, cidadã...

Entre as questões, destacamos o fato de que nos últimos anos tem sido possível observar o aumento de iniciativas com práticas corporais/atividade física⁶ em serviços pertencentes e/ou articulados à atenção básica, nos quais elas são consideradas como um elemento mobilizador de ações de promoção à saúde, particularmente em vista de algumas proposições do Ministério da Saúde: a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF (2008), o Programa Academia da Saúde (2011),⁷ o Programa de Educação para o trabalho

Integralidade: levantamento e análise de tecnologias de cuidado integral da saúde em serviços de atenção primária” (2009); “As práticas corporais e a atenção primária em saúde: avaliando os cuidados com o corpo nas unidades básicas do Distrito Butantã em São Paulo” (2010); Políticas de Formação em Educação Física e Saúde Coletiva: atividade física/práticas corporais no SUS (2010-2015).

⁶ Em 2008, foi publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº 687/2006), na qual as práticas corporais/atividade física figuravam como *ações específicas* junto com outros temas. Havia uma barra separando os termos *práticas corporais/atividade física*, o que indicava que as expressões não são sinônimas justamente porque trazem diferentes concepções sobre corpo, saúde, cuidado e, por conseguinte, mobilizam diferentes modos de compor as intervenções com a população e os trabalhadores da saúde. A novidade é que com a redefinição da PNPS (Portaria nº 2.446/2014) houve a retirada da barra e a separação dos termos, o que anuncia a necessidade de problematização dos distintos aspectos, incluindo as disputas, os atravessamentos e os *efeitos* (obviamente não os efeitos biológicos) de tais proposições, sobretudo considerando as tensões produzidas nos âmbitos do serviço e no acadêmico-científico.

⁷ O Programa foi instituído pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº 719 de 07 de abril de 2011 que foi redefinida a partir da Portaria nº 2.681/13. O objetivo principal deste Programa é 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 da Atenção Básica. Conforme a Portaria nº 2.681/13 está enquadrado como um serviço da Atenção Básica, seguindo os mesmos princípios, diretrizes e objetivos da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e da Política Nacional de Atenção

em Saúde - PET-Saúde (2008)⁸ desenvolvido em parceria com o Ministério da Educação. No entanto, a questão que se coloca é que, apesar de ter havido o aumento de programas e de projetos, nota-se que as proposições estão predominantemente orientadas por critérios prescritivos, culpabilizantes e moralizantes, o que evidencia a urgência de discutirmos a orientação teórico-metodológica das propostas.

E nesse contexto há outra importante questão que nos mobilizou para o estudo: a formação em saúde na Educação Física. Nesse sentido, chama atenção o fato de que a formação na área, tal como nas demais subáreas da saúde, tem privilegiado os pressupostos da racionalidade biomédica e que, nessa medida, o conjunto de atravessamentos da lógica que a conformam imputam

Básica (PNAB). Por este motivo deve promover a articulação com toda a rede de atenção à saúde do SUS, bem como com outros serviços sociais realizados na região em que for implantado. As atividades relacionadas ao Programa deverão ser desenvolvidas conforme os eixos: práticas corporais e atividades físicas; produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; promoção da alimentação saudável; práticas integrativas e complementares; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão; e mobilização da comunidade.

⁸ O Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde é uma iniciativa do Ministério da Saúde, vinculada à Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação Saúde (SGTES) e à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e da Educação (Portarias Interministeriais MS/MEC nº 1.802/2008 e MS/MEC nº 421/2010), que tem o propósito de aproximar os estudantes da saúde com o SUS por meio da articulação entre ensino (docentes e estudantes), serviço (profissionais e gestores da saúde) e comunidade (usuários do serviço), sobretudo nos serviços da atenção básica. O Programa é uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE – Portaria GM no 2001/2005). Na USP, considerando minha aproximação com estudantes do PET-Saúde USP/Capital, a participação da instituição no Programa ocorre desde 2009 por meio dos cursos de Medicina, Enfermagem, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Nutrição e Psicologia (sobre o PET-Saúde da USP: http://biton.uspnet.usp.br/propetsaude/?page_id=49; <https://www.youtube.com/watch?v=S4o7DAm3g2c>).

ao profissional o papel de *promotor da saúde da população*, a partir do desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e de combate ao sedentarismo e com a atividade física e a oferta de informação como fins em si mesmos. (CARVALHO, 1995; CARVALHO, 2005)

Neste caso, a questão é que a partir do modelo predominante de formação (funcionalista, privatista e medicalizante) estudantes e profissionais constroem modos de pensar e agir assujeitados, com base na valorização da dimensão biológica do ser humano e da vida, desprezando outras racionalidades e saberes (como os da cultura popular, os das humanidades e os da arte) que ajudam a compreender os diversos planos de produção que constituem a vida das pessoas. Causa preocupação o fato de que tal modelo é fortemente reproduzido em todos os níveis da atenção, incluindo o primário, pelos diferentes núcleos de formação, embora nos últimos anos tenham sido produzidas ações para a qualificação da atuação no SUS: o PET-Saúde, o VER-SUS⁹ e as residências multiprofissionais.

Tendo em vista essas questões, fica evidente que precisamos estar atentos para o fato de que um dos aspectos centrais da nossa dificuldade para produzir mudanças dos

⁹ Proposto pelo Ministério da Saúde em parceria com a Rede Unida, com a Rede Governo Colaborativo em Saúde (UFRGS), com a UNE, com o CONASS e com o CONASEMS, o Projeto VER-SUS (Vivências e Estágios na realidade do Sistema de Único de Saúde) tem por objetivo estimular a formação de trabalhadores para o SUS. Seguindo uma metodologia de imersão (teórica, prática e vivencial), com duração de 7 a 15 dias, a proposta é a de que residentes na área da saúde, estudantes de ensino técnico na área da saúde e integrantes dos movimentos sociais possam, de maneira interdisciplinar, vivenciar, discutir e reconhecer as distintas temáticas relacionadas ao SUS e à produção de saúde, tais como Educação Permanente em Saúde, quadrilátero da formação, aprendizagem significativa, interdisciplinaridade, Redes de Atenção à Saúde, reforma política, discussão de gêneros, movimentos sociais. Saúde (Disponível em <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/versus/versus/apresentacao>).

modos de cuidar e de formar estudantes e profissionais se deve ao não enfrentamento da questão “quem é o outro?” e, por conseguinte, quais são suas histórias, seus modos de organizar a vida e de enfrentar os sofrimentos quando propomos ações nos serviços e na comunidade.

Diante disso e buscando problematizar as ações de saúde para além da oferta de grupos que enfatizam o componente técnico da prática e a atuação sobre a doença, propusemo-nos a pensar e a experimentar as práticas corporais em articulação com os usuários, os profissionais de saúde e o serviço a partir do projeto no CSE Paula Souza.

Nessa perspectiva, ao produzir este texto nossa intenção é provocar a reflexão sobre a necessidade de aprofundarmos as aproximações entre os campos da formação e da intervenção com coerência e rigor, uma vez que estar no SUS (e no caso específico na atenção básica), exige a ressignificação de nossos modos de agir centrados no modelo clínico-prescritivo e na visão biomédica do processo saúde-doença. E este processo inclui a problematização sobre como operamos e disputamos as políticas no cotidiano, sobretudo considerando os distintos atravessamentos relacionados ao processo de trabalho, a exemplo do gerencialismo incentivado por algumas políticas que têm dificultado a conexão das equipes com o território; a dificuldade dos trabalhadores de olhar para os usuários para além dos diagnósticos e das prioridades programáticas; a necessidade de aprendizados sobre a produção de processos coletivos dos serviços de saúde.

Ao endereçar o diálogo para aqueles que estão ou têm a intenção de estar “na linha de frente dos serviços”, o intuito é chamar atenção para o fato de que a ressignificação do trabalho no dia a dia dos serviços demanda a produção de ações compartilhadas e em rede com os outros trabalhadores, os usuários e suas famílias, bem como com

outros serviços e equipamentos de saúde, lazer, educação e cultura. Portanto, o problema que se coloca diz respeito à necessidade de fabricarmos arranjos metodológicos que dialoguem efetivamente com as singularidades da vida e, nessa medida, com o contexto imprevisível e dinâmico que o trabalho no SUS nos apresenta cotidianamente.

Reconhecendo os caminhos da BioEducação Física e das práticas corporais...

A proposição de arranjos metodológicos mais condizentes com o trabalho no SUS, que diz do reconhecimento do cuidado como uma *produção compartilhada*, demanda a constituição de um olhar crítico acerca de nossos modos de agir e pensar e, no caso específico, sobre os movimentos e conexões privilegiados pela Educação Física.

E nesse contexto é possível identificar atualmente duas vertentes relacionadas à produção de intervenções no âmbito da atenção básica: a *BioEducação Física*¹⁰

¹⁰ A utilização do termo *BioEducação Física* foi adotada seguindo as orientações do Prof. Dr. Gastão Campos (médico sanitário e titular do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp), durante o exame de qualificação da pesquisadora, quando o docente fez menção às duas escolas da Educação Física no campo da saúde que apresentei. Prof. Gastão reiterou que a relação da Educação Física com a saúde está baseada em uma lógica tradicional e reduzida sobre o processo saúde-doença-intervenção, cuja ênfase tem sido a doença e a fisiologia, sem que seja considerada a complexidade da vida, incluindo os fatores subjetivos e sociais. Nessa perspectiva apontou para a existência de uma BioEducação Física, tal como existe em outras áreas da saúde, a bioMedicina, a bioEnfermagem, etc. O docente destacou ainda que a proposta de um trabalho com o referencial da *Clínica Ampliada* na Educação Física evidencia o desafio para o qual os educadores e os profissionais da saúde estão sendo chamados, no que se refere ao trabalho em saúde, seja em equipes de NASF, em um Centro de Saúde ou em um Serviço Traumatologia e Reabilitação.

e as Práticas Corporais. A vertente denominada *BioEducação Física* está situada no âmbito das ações de promoção e prevenção, demarcando a atuação do profissional de Educação Física como relacionada à 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*. (SIQUEIRA et al., 2008; COSTA; BOTTCHER; KOKUBUN, 2009; MELLO et al., 2010; BIELEMANN; KNUTH; HALLAL, 2010; MENDONÇA et al., 2009; SILVA et al., 2011)

Considerando este panorama, precisamos estar atentos para o fato de que a *BioEducação Física* tem produzido outros movimentos, como a atualização do discurso sobre a relação entre Educação Física e saúde, por meio da qual privilegia a fabricação e a propagação de informação sobre a atividade física, prescindindo da prática. (FRAGA, 2006) E nesse contexto é fundamental problematizarmos o fato de que *o ser humano em movimento*, como objeto de estudo e intervenção da Educação Física, precisa ser reconhecido no tocante à relação com a biomedicina. (CARVALHO, 2010)

Desse modo, é possível afirmar que o problema reside no fato de que a incorporação desta lógica pelos estudantes e profissionais tem influenciado a reprodução de “uma racionalidade físico-sanitária, que está inserida em uma rede mundial de disseminação da atividade física como fator de proteção contra o sedentarismo”, a qual, por sua vez, é tomada para desqualificar as pessoas que não aderem ao modelo em questão (sedentários, preguiçosos, fumantes). (FRAGA, 2006, p.8) Com isso, a vida que o sujeito carrega para além dessas qualificações atestadas a partir de um único elemento (o diagnóstico), é desprezada

pelo profissional, uma vez que o entendimento é o de que a instituição de regras a serem cumpridas pelas pessoas é suficiente para sua *adesão*, sem o “direito” a nenhuma contestação, por parte do sujeito, acerca das ações propostas pelo profissional.

A análise da *BioEducação Física* permite identificar a atividade física como bem de consumo, uma vez que a massificação dos estilos de vida e as mudanças tecnológicas e da indústria cultural e da beleza vêm contribuindo para o consumo de equipamentos e serviços em detrimento da produção de ações voltadas ao cuidado com o corpo. (CARVALHO, 1995; 2001) A questão é que embora a expressão *atividade física* figure como preponderante em relação aos conteúdos da Educação Física, ela não é a Educação Física. Precisamos aprofundar o debate no âmbito da formação e do trabalho em saúde, por meio da revisão de nossas concepções e metodologias de intervenção. (FREITAS, 2007)

Além disso, quando consideramos os valores defendidos por um sistema de saúde como o SUS e, particularmente, quando reconhecemos as características da atenção básica (STARFIELD, 2002) - a longitudinalidade ou continuidade, que atua como moduladora da prática clínica; a acessibilidade, que permite à atenção se constituir como uma importante porta de acesso ao sistema de saúde; a integralidade, que diz respeito à responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de um determinado território; e a coordenação, que se refere à capacidade de responsabilização por um determinado sujeito de modo integrado com os outros níveis da atenção e as políticas de saúde -, há que se considerar que a previsão legal sobre a inserção dos profissionais de Educação Física nas equipes de saúde por meio do NASF,¹¹ a criação do

¹¹ A inserção do profissional de Educação Física está prevista no âmbito do SUS por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Portaria

termo *profissional de Educação Física na saúde*¹² e, ainda, a transposição dos modos hegemônicos de intervir do âmbito privado para o público não são suficientes para garantir uma atuação coerente com o trabalho que se espera no SUS - humanizado, inventivo, político.

nº 154/2008), criados com o objetivo de contribuir com a ampliação da abrangência e resolutividade da Atenção Básica. Cabe destacar que a Portaria nº 154 foi substituída pela Portaria nº 2.488/2011 e complementada pela Portaria nº 3.124/2012. A partir da Portaria nº 154 foram criados o Nasf 1 (que deveria ser composto por pelo menos cinco profissionais de modo não coincidente e que podem ser das áreas de Psicologia, Assistência Social, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Educação Física, Nutrição, Terapia Ocupacional, Ginecologia, Homeopatia, Acupuntura – médico –, Pediatria e Psiquiatria) e o Nasf 2 (composto por pelo menos três profissionais, também não coincidentes, das áreas de Assistência Social, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Terapia Ocupacional e Psicologia). Com a Portaria nº 3.124 foi criada a modalidade de Nasf 3 com o propósito de possibilitar a implantação de equipes Nasf em qualquer município do Brasil, desde que este tenha pelo menos uma equipe de Saúde da Família. Os parâmetros e critérios para a organização das equipes de Nasf são: a) o Nasf 1 estar vinculado a cinco (mínimo) e nove (máximo) equipes de ESF e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) com no mínimo 200 horas semanais, considerando para cada ocupação a carga horária semanal de 20 horas (mínimo) e 80 horas (máximo); b) o Nasf 2: estar vinculado a três (mínimo) e a quatro (máximo) equipes de ESF e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, com carga horária semanal mínima de 120 horas, considerando para cada ocupação 20 horas (mínimo) e 40 horas (máximo); c) o Nasf 3 deverá estar vinculado a uma (mínimo) e duas (máximo) Equipes de ESF e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, agregando-se de modo específico ao processo de trabalho delas e configurando-se como uma equipe ampliada com 80 horas semanais (mínimo), considerando a carga horária semanal para cada ocupação 20 horas (mínimo) e no 40 horas (máximo). Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php>.

¹² O termo profissional de Educação Física na saúde foi inserido na Tabela de Classificação Brasileira de Ocupações a partir da Portaria nº 256/2013, que estabeleceu novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos NASF - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Diante disso, a segunda vertente da Educação Física na atenção básica, a das Práticas Corporais, está orientada para a produção de diálogos com a Saúde Coletiva, as Ciências Humanas e Sociais e as Humanidades e com os princípios e valores defendidos pelo SUS. As investigações desta vertente dedicam-se à produção de intervenções que priorizam a experimentação de outras formas de operacionalizar conceitos como a interprofissionalidade, o trabalho com a subjetividade, a corresponsabilidade, o vínculo e a autonomia, alinhando-se aos princípios do SUS e ao entendimento sobre o cuidado como uma *produção*. (FREITAS, 2007; WARSCHAUER et al., 2007; WARSCHAUER; D'URSO, 2009; WACHS et al., 2010; WACHS; FRAGA, 2009; WACHS; MALAVOLTA, 2005)

Assim, a produção de outros diálogos ajuda no reconhecimento de que as respostas a serem produzidas às necessidades de saúde ultrapassam a lógica de programas de atividade física ou de ações assistencialistas, justamente porque exigem a composição de um outro olhar para o processo *saúde-doença-intervenção*. (CARVALHO, 2005) Deste modo, investir na aproximação e na interlocução com outros campos e racionalidades possibilita uma atuação mais alinhada com os interesses da população, tendo em vista os princípios do SUS orientarem as ações de cuidado. (FREITAS; BRASIL; SILVA, 2006)

É nesse contexto que Carvalho (2006; 2007) propõe o trabalho a partir das, e com as, práticas corporais, reconhecendo-as como modos de expressão da cultura corporal de determinado grupo, que carregam sentidos e significados atribuídos pelas pessoas. Assim, as práticas corporais concebem a gestualidade do ser humano a partir das manifestações da cultura corporal, agregando as práticas ocidentais e as orientais, pressupondo modos de intervir que reconheçam desejos, interesses e necessidades

das pessoas e exigindo a transposição de fronteiras entre as ciências e as artes. (CARVALHO, 2006; 2007; 2010) São práticas comprometidas com a produção de cuidado, a partir de ações autônomas e compartilhadas entre os profissionais e os usuários do SUS, uma vez que elas privilegiam o encontro, a escuta e a conversa visando à construção de vínculos, corresponsabilidade e apropriação dos espaços públicos para a produção de saúde. (CARVALHO, 2006)

Entrando por outros caminhos: o diálogo entre Clínica Ampliada e práticas corporais...

Considerando nossas implicações e o panorama da relação “Educação Física e saúde”, a escolha dos referenciais da *Clínica Ampliada* e do *Método da Roda* para orientar a discussão esteve relacionada à necessidade de experimentar outros objetos que ensinassem formas de pensar e produzir o cuidado no âmbito da atenção básica e para além deste. Tal demanda está estreitamente relacionada ao fato que precisamos lidar com o desafio de recolocar o problema que atravessa o processo de trabalho em saúde, qual seja, reconhecer e considerar a subjetividade, os planos que constituem a vida das pessoas, o contexto das práticas e o trabalho compartilhado, sobretudo pela predominância da lógica da primeira tendência no campo que é intensamente operada pelas distintas subáreas.

Nesse sentido, a *Clínica Ampliada* é uma teoria que propõe a recomposição epistemológica e organizacional das práticas de saúde *tradicionais* (dirigidas aos aspectos biológicos e à noção de cura) e *degradadas* (fixadas em procedimentos com base na lógica da queixa-conduta), com vistas à produção 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), justamente porque o trabalho em saúde é entendido como um espaço de interação intersubjetiva e de produção de maiores graus de autonomia, bem-estar, solidariedade, cidadania e justiça social. (CAMPOS, 2003)

E compreendendo que a resignificação do modo tradicional de estruturar o trabalho na Educação Física em sua relação com a saúde demandaria a experimentação de outra composição entre os saberes estruturados da biomedicina e as distintas manifestações dos casos concretos, encontramos o embasamento metodológico para a intervenção no *Método da Roda*, uma vez que segundo esta metodologia as mudanças no processo de trabalho produzem maior eficácia quando associadas aos modos de ser das pessoas. Trata-se da fabricação de um processo que exige a incorporação de outra concepção da clínica (e das práticas de saúde) visando à resignificação do objeto, objetivos, meios de intervenção e avaliação do trabalho. E nessa perspectiva os espaços coletivos são entendidos como “um lugar de reflexão crítica, produção de subjetividades e constituição de sujeitos” (CAMPOS, 2000, p.14), especialmente porque no processo de ampliação das ações em saúde “o desafio estaria em passar do campo de certezas, de regularidades mais ou menos seguras, ao campo da imprevisibilidade radical da vida cotidiana”. (CAMPOS, 2003, p.65)

E, considerando o processo de reconhecimento dos conceitos e das noções trazidos pelo referencial, tornaram-se nítidos os pontos de conexão e a possibilidade de interlocução entre as proposições de práticas corporais como prática de cuidado (CARVALHO, 2006; 2007; 2010) e as da *Clínica Ampliada*, tendo em vista que pensar a resignificação da clínica/das práticas de saúde significa

conceber “o objeto da Clínica do Sujeito inclui a doença, o contexto e o próprio sujeito” (CAMPOS, 2003, p.64) e que intervir com as práticas corporais pode ensinar sobre o cuidado por meio do reconhecimento de que “é no modo de viver que está o segredo”. (CARVALHO, 2001, p.89)

O percurso metodológico trilhado...

O estudo foi iniciado em 2010 e desenvolvido ao longo de um ano por meio da composição de um grupo de 51 usuários do CSE, aberto e sem segmentação por idade, gênero ou condição de saúde. Ao longo dos 118 encontros semanais (duas vezes pela manhã e uma vez à tarde), a investigação foi se transformando em uma pesquisa-intervenção (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009), justamente porque o percurso metodológico foi trilhado no cotidiano. E nesta trajetória a interação com a rotina dos trabalhadores e com as questões que emergiram do contato com os participantes do grupo, particularmente quanto ao aumento de demandas pelos usuários por atendimentos clínicos (o que não era o foco do projeto), apontaram para a necessidade de apropriação de um referencial teórico-metodológico que permitisse experimentar as práticas corporais de forma contextualizada com elementos característicos da atenção básica: a imprevisibilidade, a incerteza e a singularidade dos modos de produzir a vida. A partir daquelas pistas houve a incorporação da *Clínica Ampliada* e sua metodologia, o *Método da Roda*, para orientar o percurso da intervenção no CSE. E, nessa perspectiva, os recursos metodológicos adotados foram a observação com a composição de diários de campo, a gravação das falas dos participantes do grupo, práticas corporais diversificadas (dança, atividades de expressão

corporal, massagem, orientações posturais, jogos e caminhadas em espaços públicos no entorno do CSE, entre outras) e as rodas de conversa. Especialmente as práticas corporais e as rodas de conversa foram trabalhadas como dispositivos para a experimentação do cuidado de si e do outro, por meio da articulação entre os conteúdos da Educação Física, as noções/conceitos da *Clínica Ampliada* e do *Método da Roda* (coprodução de autonomia, gestão do cuidado, corresponsabilidade, vínculo, apoio, trabalho em equipe) e a interação com trabalhadores e os usuários do CSE, incluindo o acolhimento das demandas, interesses, desejos e necessidades dos participantes do grupo de práticas corporais e de outros grupos do serviço. O diálogo produzido entre a *Clínica Ampliada* e as práticas corporais diz de um processo construído por meio das experiências com os diferentes sujeitos relacionados ao CSE, usuários, trabalhadores e a gestão.

Os Caminhos de Passagem...

Considerando as questões que nortearam o projeto, os referenciais teóricos adotados e o arranjo metodológico construído, trazemos o percurso do projeto de práticas corporais no CSE Paula Souza, denominado *Caminhos de Passagem*. Nossa intenção é remeter ao aprendizado sobre como articular os conteúdos da Educação Física com os saberes trazidos pelos outros trabalhadores, enfatizando que o cuidado é uma fabricação que ocorre de modo processual, imprevisível e *na presença*. Importa destacar que nestes *Caminhos de Passagem* duas trilhas se constituíram e foram se entrelaçando: os caminhos percorridos pela pesquisadora e os caminhos percorridos pelo grupo de práticas corporais.

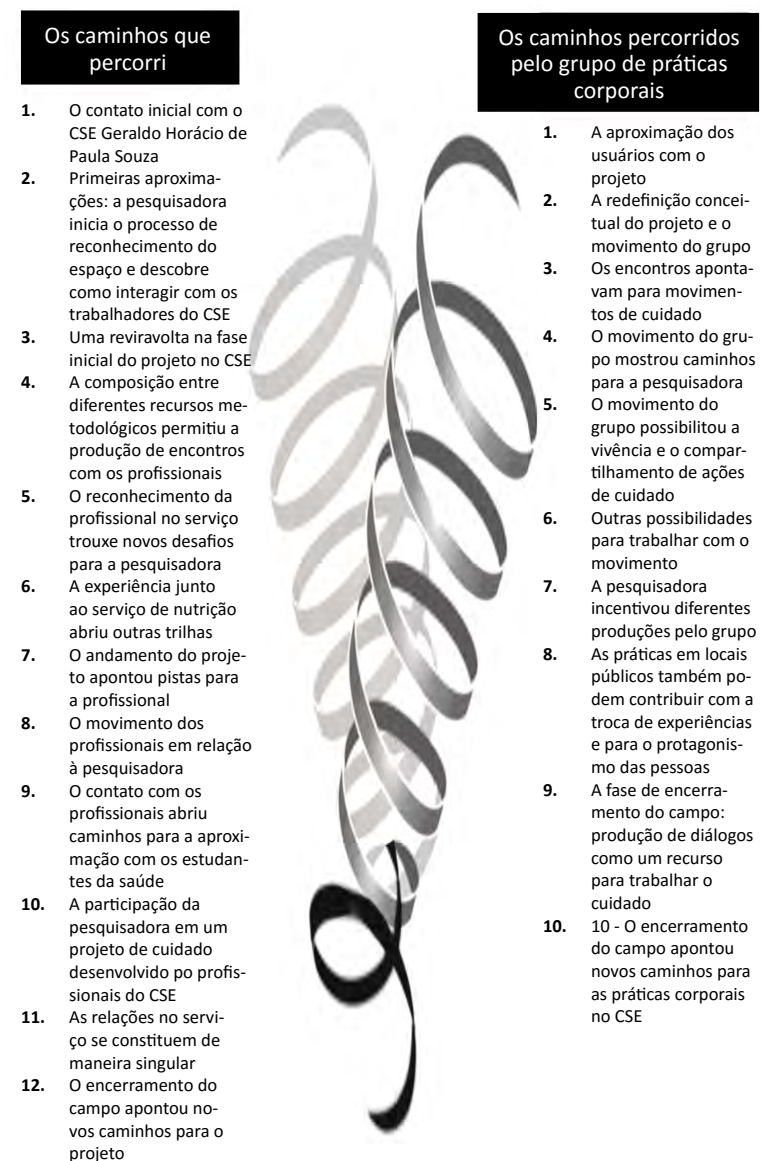


Figura: Trajetória dos caminhos pela pesquisadora (direita) e pelo grupo de práticas corporais (esquerda) no CSE Geraldo Horácio de Paula Souza.

A estruturação dos caminhos de passagem ilustra as dificuldades colocadas ao profissional de saúde ao pensar e ao operacionalizar suas ações na forma de processo. Pensando na Educação Física, a composição dos caminhos não teve o sentido de produzir um receituário sobre como intervir com as práticas corporais, mas mostrar como os encontros (com os trabalhadores, a gestão e os usuários) afetaram e tensionaram, a todo o momento, e com distintas intensidades a atuação como pesquisadora/profissional, bem como os movimentos do grupo. A apresentação do processo de entrelaçamento dos percursos problematiza a invenção de um modo de operacionalizar as práticas corporais na atenção básica, destacando que a qualidade das relações e o cuidado são determinantes para a constituição de outros modos de olhar, escutar, sentir e cuidar de nós mesmos e do outro.

Nesse contexto, ressaltamos que o processo de aproximação com os trabalhadores, que nos ajudou a reconhecer os setores e as características do serviço, foi decisivo para a produção de redes de conversa e de intervenção compartilhada. Outro ponto diz respeito à necessidade de redefinição teórico-metodológica do projeto, na fase inicial da intervenção no CSE, quando incorporamos o referencial da *Clínica Ampliada* na tentativa de responder a demandas específicas apresentadas por alguns usuários em relação a atendimentos clínicos. Tais demandas, embora não fossem o objeto da investigação, precisavam ser reconhecidas justamente porque colocavam em cena aspectos fundamentais do trabalho na atenção básica: a imprevisibilidade e a atuação com a singularidade das pessoas. Fica claro que a abertura para o outro pode ensinar sobre um modo de produzir as relações no âmbito da produção do cuidado a partir das práticas corporais, justamente porque nessa perspectiva é possível pautar questões que não fazem parte do campo problemático da

atividade física - o que as pessoas desejam, o que gostam, o que desgostam, quais suas necessidades, quais saberes e experiências carregam, de que modo conduzem suas vidas e enfrentam seus problemas, que não se resumem a um diagnóstico, enfim, quem é cada pessoa.

Estes foram alguns dos aspectos trazidos pela teoria que nortearam a composição do projeto, incluindo a interação com os trabalhadores, que produziram movimentos em direção ao grupo de práticas corporais e individualmente com a pesquisadora. No que se refere à aproximação dos trabalhadores com o grupo é importante dizer que os movimentos da pesquisadora em relação aos profissionais e aos setores ajudou nesta interação, tendo em vista que essa os provocava os procurava para conversar sobre questões dos participantes com o intuito de que realizassem rodas de conversa no grupo e que construíssem encontros partilhados entre grupos do CSE e o de práticas corporais, do qual também participaram estudantes da saúde.

Cabe pontuar, especificamente em relação às rodas de conversa, onze encontros no total, que tiveram a participação de profissionais das áreas médica, enfermagem, odontologia e nutrição, seguindo a perspectiva de *oferta* e de *mediação*. (CAMPOS, 2003; 2000; CUNHA, 2005) Para a realização das rodas de conversa, o critério era o de privilegiar a abordagem de temas de interesse dos participantes, que eram manifestados de modo explícito ou de maneira implícita, o que remete aos aspectos da escuta, implicação com as necessidades do outro e experimentação de outros recursos de cuidado para o acolhimento das questões das pessoas. As manifestações explícitas permitiram, por exemplo, o trabalho com dores no ambiente doméstico ou no trabalho, assim como a abordagem de questões relativas às dificuldades (isolamento, medo, desamparo)

e necessidades (fazer amizades, escutar e apoiar o outro, ser escutada) decorrentes de um quadro de síndrome do pânico compartilhado com o grupo por uma participante no momento de uma prática corporal.

Já os temas implícitos foram trabalhados a partir de situações e falas identificadas no grupo, visando abordar os conceitos trazidos pelo referencial. Como exemplos, cito: a) o incentivo à realização de práticas de caminhada sem a presença da pesquisadora, buscando estimular o desenvolvimento da autonomia e da corresponsabilidade; e b) a identificação de uma questão individual, o medo das agulhas da acupuntura, a partir do relato de outra participante sobre melhora de sua condição de saúde com tal tratamento, o que suscitou uma roda de conversa com uma médica do setor, por meio da qual discutimos a acupuntura e a experiência das participantes com a terapia, bem como experimentamos diferentes recursos terapêuticos (moxa¹³, ventosa¹⁴, agulhas), incluindo a participação da usuária que havia relatado medo de agulha. Nesse sentido, percebe-se que a fabricação das rodas de conversa, por meio da articulação entre os conteúdos da Educação Física, as noções da *Clínica Ampliada* e do *Método da Roda* e a interação com

¹³ A moxa é um pequeno bastão confeccionado com folhas de *Artemisia* (*Artemisia vulgaris* ou *Artemisia sinensis*) utilizado para o estímulo de pontos de acupuntura. A técnica (moxabustão) pode ser realizada de modo direto (contato da moxa com a pele) ou de modo indireto (moxa próxima à pele). Na China, os termos *agulha* e *moxa* não são utilizados de modo separado, pois para a Medicina Tradicional Chinesa os meridianos podem ser estimulados por meio de recursos físicos ou químicos.

¹⁴ A ventosa é um pequeno pote globular feito de vidro ou de cerâmica. A técnica consiste na aplicação de uma pressão negativa nos pontos de acupuntura quando ateadado fogo no interior do objeto. A queima do oxigênio presente no globo produz um vácuo e a sucção da pele, o que para a Medicina Tradicional Chinesa promove a limpeza das toxinas do sangue e o reequilíbrio de energia. Há também a técnica de massagem com ventosa que é realizada por meio da utilização de agulhas de acupuntura na parte interna do objeto.

trabalhadores e os participantes do grupo contribuiu para uma abordagem contextualizada de diferentes temas que atravessam as práticas e que estavam relacionados à vida dos participantes. As rodas de conversa exemplificam a potencialidade de planejar e de operacionalizar o trabalho na perspectiva do apoio, da interprofissionalidade e da gestão partilhada do cuidado.

Retomando o tema da interação com os trabalhadores, as ações que ocorreram especificamente com a pesquisadora se deram por meio do movimento de alguns profissionais, o que possibilitou o atendimento de questões individuais de usuários e, ao mesmo tempo, favoreceu o acesso a temas relacionados à saúde com o propósito de privilegiar discussões coletivas. Entre as ações destacamos: o trabalho educativo sobre hanseníase desenvolvido no grupo por iniciativa de uma enfermeira que também propôs que estagiários de sua área conhecessem o projeto por meio da participação em diferentes práticas corporais; as visitas de profissionais da área médica (clínica médica e ginecologia) e de enfermagem ao grupo de práticas corporais visando conduzir outros usuários do CSE ao projeto; a aproximação das aprimorandas do serviço de nutrição com o grupo, que contribuiu para a realização de encontros partilhados entre o grupo de práticas corporais e grupos do setor e que também favoreceu o diálogo com a coordenação do serviço em relação ao acolhimento e discussão de demandas específicas de usuárias da nutrição que ingressaram no grupo de práticas.

Neste ponto, cabe explorar o modo como lidamos com as práticas corporais na condição de recursos metodológicos e dispositivos de produção do cuidado. Como exemplo, trazemos as ações desenvolvidas por meio de uma sala de espera, denominada “oficina de climatério e sexualidade”. Os encontros, que inicialmente seguiam

o formato de palestra dialogada - informando sobre climatério, higiene, prevenção e tratamento de doenças -, foram processualmente reinventados por meio da inclusão da pesquisadora e de uma enfermeira, valorizando a associação da escuta e da palavra com a experimentação do corpo, dado o convite da ginecologista que conduzia o grupo para integrarmos a iniciativa. Buscávamos a produção de um arranjo metodológico que fosse capaz de reconhecer e lidar com a diversidade de questões que emergiam do contato com as usuárias. Deste modo, abordamos temas relacionados à sexualidade, tais como a afetividade, as mudanças na vida com a menopausa, o sexo na “terceira idade”, o sentido do toque e da redescoberta do prazer, bem como o uso de métodos de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Seguindo essa perspectiva, os encontros favoreceram tanto o trânsito das usuárias entre este grupo e o de práticas corporais, quanto possibilitaram o desenvolvimento junto com a enfermeira de “oficinas” no grupo de práticas. A intenção era privilegiar o acolhimento e o acesso e tendo como dispositivo questões relacionadas à sexualidade. Deslocar o trabalho para a perspectiva da interprofissionalidade se mostrou como um recurso para a experimentação do cuidado, com base na valorização das questões das pessoas e no compartilhamento de saberes entre os profissionais e entre estes e as usuárias.

A “oficina de sexualidade e práticas corporais” foi um caminho pelo qual articulamos as noções da *Clínica Ampliada* com as práticas corporais, particularmente quanto à questão da recomposição dos recursos de intervenção, privilegiando a interação entre o saber técnico e o uso da escuta e da palavra e a gestão compartilhada do cuidado. Este modo de lidar com as práticas também foi operado nos encontros do grupo, como nas práticas de

caminhada, que tinham por objetivo favorecer a autonomia e a responsabilização dos participantes pelo cuidado de si e do outro. As experiências neste espaço ensinaram como a escuta, a comunicação e a compreensão do funcionamento das relações de poder entre os profissionais, ou a ausência destas, contribuem para viabilizar ou dificultar a produção de saúde, tendo em vista que a abertura para o diálogo e a implicação para a construção de um trabalho partilhado são determinantes para a qualidade das relações produzidas.

Em relação à caminhada, por exemplo, a intenção era experimentar outras formas de lidar com os temas que perpassam essas práticas, visando problematizar a perspectiva que as associam ao mero condicionamento físico e ao gasto de calorias. Nessa perspectiva, experimentamos a caminhada, a princípio no jardim próximo ao CSE, um dos locais destinados aos encontros do grupo. A ideia era, de um lado, disparar discussões a partir da percepção sobre a prática, superando a ideia de “palestra sobre os benefícios da caminhada para a saúde”, e, de outro, estimular a apropriação do espaço público pela realização de encontros em parques, praças e avenidas, buscando o exercício da verbalização de desejos, interesses e necessidades e da experimentação sobre diferentes modos de cooperar e de lidar com o que parece difícil e/ou estranho.

E nessa linha problematizamos temáticas pouco exploradas em relação à caminhada, como o consumo de bens (vestuário e equipamentos) e serviços (*personal trainer* e academias de ginástica), que são associados à qualidade do cuidado. Debates também sobre a realização de encontros sem a participação de um profissional, tendo como questão à produção de autonomia e corresponsabilidade quanto ao cuidado de si e do outro.

Propor encontros nessa perspectiva, buscando “atravessar os muros do CSE” na tentativa de favorecer

outros modos de “estar no espaço público”, produziu desdobramentos. Entre estes a realização, por iniciativa das participantes, de encontros em locais que havíamos visitado sem a participação da pesquisadora e em dias em que não havia atividade do grupo no CSE. Outro ponto a ser destacado diz respeito ao fato de que as pessoas que sugeriam os locais a serem visitados “assumiam” a condução do grupo, orientando o trajeto a ser percorrido, indicando sobre os serviços oferecidos para a comunidade e provocando diálogos a partir de sua relação com o local e da história deste.

Os exemplos ilustram que é possível propor encontros que favorecessem a ampliação da compreensão sobre as relações, os desejos, os interesses, as necessidades e as distintas maneiras de viver, como contraponto ao enfoque centrado na autonomia funcional das pessoas orientada por uma visão instrumental do movimento. Aqui não se trata de mudança de estilos de vida ou hábitos (dar preferência à escada em relação ao elevador, descer um ponto de ônibus antes do local de trabalho, dentre outras), que contribuem para a dependência em relação ao “professor” e/ou profissional de saúde que trabalha com a prescrição de atividade física e exercícios. (MENDES; CARVALHO, 2015)

A questão é provocar trabalhadores e usuários para experimentarem o protagonismo necessário quando se descobrem e se praticam outras sensibilidades e formas perceptivas. (CARVALHO, 2010) E, assim, o trabalho com as práticas corporais contribui para ampliar a visão sobre a atenção e o cuidado em saúde, tendo como norte a produção de autonomia, vínculo e corresponsabilidade. E tudo isso passa, necessariamente, pelo aprendizado dos usuários e dos trabalhadores sobre os modos de responder às necessidades de saúde com os saberes e práticas que ampliam a percepção e o conhecimento em defesa da vida.

A autonomia, a corresponsabilidade e a gestão partilhada do cuidado estão intimamente ligadas à forma como as pessoas se apropriam dos espaços públicos e como experimentam os encontros, seja consigo, seja com o outro, seja com os equipamentos - cultura, educação, lazer e saúde - nos seus infinitos arranjos com o SUS.

Encerrando... o caminho é o da composição

A experimentação da *Clínica Ampliada* reforçou a importância de se trabalhar para a reorientação da formação em saúde com vistas à experimentação do SUS, especialmente considerando a difícil jornada a ser trilhada neste contexto, dado que ainda prevalece nos espaços de formação da maioria dos cursos de graduação e de pós-graduação uma concepção baseada na epidemiologia do risco, no modelo clínico-prescritivo e na visão biomédica do processo *saúde-doença-cuidado*. Esta visão, por sua vez, se alinha com a lógica de mercado e induz a construção de modelos para estruturação dos currículos e da pesquisa segundo critérios excludentes, normativos e hierarquizados.

Neste contexto, as tessituras produzidas por meio e a partir das práticas corporais no Paula Souza evidenciaram – apesar dos limites encontrados (tempo restrito, o fato da pesquisadora não pertencer ao CSE, questões político-acadêmico-institucionais) –, a urgência de encarnarmos que o nosso papel como *trabalhadores da saúde-cidadãos-sujeitos singulares*, independentemente do núcleo de formação, ultrapassa a ideia de produção de normas e protocolos a serem replicados nos diferentes espaços de atenção à saúde, especialmente a atenção básica, tal como ensinam os postulados biomédicos, justamente porque não há um único caminho a ser percorrido no campo do cuidado

quando temos como questão a produção de respostas mais afinadas e adequadas à diversidade de demandas das pessoas a partir da singularidade de suas vidas.

Fica nítido, portanto, que precisamos enfrentar o desafio de trilhar novos caminhos de cuidado no cotidiano dos serviços, criando metodologias que ajudem as pessoas a lidar com seus problemas, que respondam às necessidades de saúde do ponto de vista individual e coletivo e que se contraponham aos efeitos da transposição irrefletida dos modos de agir hegemônicos em saúde, no caso da área Educação Física a *BioEducação Física*, que já se espraia fortemente para diferentes serviços e espaços de cuidado, atuando *sobre* as pessoas segundo ações funcionalistas, medicalizantes e assujeitadoras. Resignificar nossas práticas pressupõe a revisão de nossos modos de estar, de olhar e de se deixar invadir pelo outro, como algo que ocorre em ato, *na presença*. Para tanto, precisamos problematizar os atravessamentos que tensionam nossas ações no sentido de nos afastar da produção de espaços de disputa e de resistência ao desmantelamento do SUS. Sem desconsiderar nossos desafios nos campos da formação e do cuidado é necessário o reconhecimento de que é pela via da *composição* que seguiremos reafirmando a invenção de outros modos de produção do cuidado na atenção básica e para além desta, mais voltadas à produção do bem comum.

Referências

BIELEMANN, R.M.; KNUTH, A.G.; HALLAL, P.C. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao sistema Único de saúde. **Revista Brasileira de atividade física e saúde**, v.15, n.1, p.9-15, 2010.

CANDEIAS, N.M.F. Evolução histórica da educação em saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1925 a 1967. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.22, n.4, p.347-65, 1988.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. 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, Y.M. **O “mito” da atividade física e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

_____. Educação física e filosofia. In: CARVALHO, Y. M.; RUBIO, K. (Orgs.). **Educação física e ciências humanas**. São Paulo: Hucitec, 2001. p.89-101.

_____. Educação física e saúde coletiva: uma introdução. In: LUZ, M. T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e práticas físicas**. São Paulo: Hucitec, 2005. p.18-34.

_____. Promoção da Saúde, práticas corporais e atenção básica. **Revista Saúde Família**, Brasília, v.2, n.7, p.33-45, 2006.

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: Editora da UFRGS, 2007. p.63-73.

_____. **As práticas corporais como práticas de saúde e de cuidado no contexto da promoção da saúde**. Tese (Livredocência). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

COSTA, B.V.; BOTTCHER, L.B.; KOKUBUN, E. Aderência a um programa de atividade física e fatores associados. **Motriz**, Rio Claro, v.15, n.1, p.25-36, jan/mar, 2009.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

FRAGA, A.B. **Exercício da informação**: governo dos corpos no mercado da vida ativa. Campinas: Autores Associados, 2006.

FREITAS, F.F. **A educação física no serviço público de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

FREITAS, F.F.; BRASIL, F.K.; SILVA, C.L. Práticas corporais e saúde: novos olhares. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v.27, n.3, p.169-183, 2006.

MENDES, V.M.; CARVALHO, Y.M. Sem começo e sem fim... com as práticas corporais e a Clínica Ampliada. **Interface**, Botucatu, v.19, n.54, p.603-613, 2015.

MENDONÇA B.C.A.; TOSCANO, J. J. O.; OLIVEIRA, A.C.C. Do diagnóstico à ação: experiências em Promoção da atividade física programa academia da cidade Aracaju: promovendo saúde por meio da atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, vol. 14, n 3, p. 211-216, 2009.

MELLO, D.; ROSA, G. PORTELA, B.O.; VERDINI, M.L.P., DANTAS, E.H.M. Efeitos de um programa de caminhada sobre parâmetros biofísicos de mulheres com sobrepeso assistidas pelo Programa de Saúde da Família (PSF). **Revista Brasileira de atividade física e saúde**, v.15.n.4.p. 224-228, 2010.

MONTEIRO, H.L. et al. Efetividade de um programa de exercícios no condicionamento físico, perfil metabólico e pressão arterial de pacientes hipertensos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, vol. 13, n.2, p.107-112, 2007.

SILVA, L.; MATSUDO, S.; LOPES, G.; Do diagnóstico à ação: Programa comunitário de atividade física na atenção básica: a experiência do município de São Caetano do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.16. n.1, p.84-88, 2011.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; Escóssia, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

SIQUEIRA, F. V. et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.39-54, 2008.

STARFIELD, D.B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília. Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

WACHS, F; FRAGA A.B.; Educação física em centros de atenção psicossocial. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 31, n. 1, p. 93-107, 2009.

WACHS, F.; JARDIM, C. PAULON, S.M.; RESENDE V. Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para serviços residenciais terapêuticos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p. 895-912, 2010.

WACHS, F.; MALAVOLTA. M. A.; Pode ser a oficina de corporeidade uma alternativa terapêutica na saúde mental? **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 19, n.2, p.13-20, 2005.

WARSCHAUER, M.; CARVALHO, Y. M.; MARTINS, C. L.; FREITAS, F. F. As escolhas das práticas corporais e dos profissionais que as conduzem nas unidades básicas de saúde do distrito Butantã-SP. In: Congresso brasileiro de ciências do esporte e II congresso internacional de ciências do esporte, 15. 2007, Recife, **Anais...** Recife: Edupe, 2007.v.3. p.1.-7.

WARSCHAUER, M.; D'URSO, L. Ambiência e formação de grupo em programa de caminhada. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, supl., n. 2, p.104-107, 2009.

PRÁTICAS CORPORAIS/ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE: da mobilização do sujeito ao movimento de constituição de espaços¹

*Michel Binda Beccalli
Ivan Marcelo Gomes*

[o indivíduo mobiliza] junto com um corpo de ossos e músculos, um corpo de afetos e de expansão da experiência humana.²

A epígrafe denuncia o tom das discussões e reflexões propostas neste capítulo, na medida em que busca interpretar os dados com ancoragem em referenciais que permitem pensar o corpo e o sujeito para além de sua dimensão biológica, a qual paulatinamente tem sido evidenciada nas produções do campo da Educação Física. Busca romper com a noção de que as práticas corporais/atividades físicas são instrumentos para a elevação do gasto energético da população e, sobretudo, que o sujeito busca por elas com o intuito de atender, necessariamente, à lógica da vida ativa e do exercitar-se como condição inexorável de

¹ Essa pesquisa teve financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), na modalidade de bolsa de mestrado.

² Ceccim e Bilibio (2007).

saúde. O estudo aqui apresentado é o resultado de uma pesquisa de mestrado desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal do Espírito Santo entre os anos de 2010 e 2012, realizada com usuários do Serviço de Orientação ao Exercício (SOE)³ da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV). Portanto, trata-se de uma síntese do esforço investigativo empreendido, privilegiando aspectos essenciais à compreensão do complexo contexto em que se desenvolveu. Desse modo, no primeiro tópico, optamos por realizar uma breve introdução de alguns elementos que levaram à construção do estudo; o segundo privilegia os elementos que, nas falas dos sujeitos, os mobilizaram a buscarem pelo SOE; no terceiro tópico são evidenciadas as relações dos sujeitos com o *lócus* de investigação, dando ênfase ao movimento de transformar esse lugar em “espaço(s)”. (CERTEAU, 2014)

Para iniciar o diálogo

Bauman (2001) defende a ideia de que vivemos em uma sociedade de consumo marcada, sobretudo, pelo excesso de ofertas, na qual o indivíduo necessita “mover-se”. Essa mobilidade relaciona-se fundamentalmente a seu poder de consumir as ofertas que lhe estão disponíveis, sob as mais diversas formas. Dentre elas, é possível falar sobre um mercado da vida (ativa) (FRAGA, 2006) marcado, principalmente, pela oferta de informação, sobre a vida, o corpo, a saúde, etc. No campo da Educação Física, na

³ O SOE é um serviço que oferece à população orientação ao exercício físico individualizado e atividades coletivas (como, por exemplo, ginástica localizada e yoga) em 14 módulos espalhados pelos bairros de Vitória-ES, contando ainda com uma unidade móvel (destinada a atender os bairros não contemplados pelas unidades fixas) e atuando em centros de referência.

atualidade, o axioma “atividade física é saúde” é fortemente presente, de modo a ter o fomento do chamado estilo de vida ativo como um de seus objetivos fundamentais. Esse incentivo ocorre principalmente por intermédio da disseminação de informações sobre os benefícios “intrínsecos” à prática regular de atividade física. Atrelado a esse movimento de circulação de informações, nota-se, de maneira implícita ou explícita, um dever ser, na medida em que foca a capacidade racional do indivíduo na condução de sua própria vida, a partir do contato com as informações (corretas) com as quais se relaciona.

Nesse sentido, a informação assume centralidade na medida em que se constitui como estratégia de controle (sobre a vida). Todavia, esse discurso centrado no indivíduo e com fortes traços biologicistas, de certa forma, simplifica e reduz o processo saúde-doença ao controle de variáveis individuais, desconsiderando ou, no mínimo, secundarizando outras influências possíveis nas tomadas de decisões dos indivíduos, como, por exemplo, condições socioeconômicas.

Num contexto (moderno) de incertezas e ofertas, sobretudo de informações, os indivíduos buscam respaldo que legitimem suas ações, no sentido de garantir-lhes, ainda que de maneira “incerta”, alguma segurança em suas ações. Para tal, os especialistas são consultados. Nesse sentido, nos questionamos: como os indivíduos lidam com as informações que recebem sobre atividade física e saúde?

A partir desse e de outros questionamentos, desenvolvemos um estudo de campo no Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) no município de Vitória, vinculado à SEMUS (Secretaria Municipal de Saúde), o qual existe efetivamente desde 1990. Por se tratar de um serviço anterior à estratégia de Saúde da Família, o SOE foi o responsável, no município, pela inserção do profissional

de Educação Física no âmbito do serviço público de saúde, constituindo-se o *lôcus* privilegiado para refletirmos sobre a relação atividade física e saúde. Permanecemos em um dos módulos do serviço, tendo contato com usuários e professora do SOE, entre os meses de novembro de 2010 e agosto de 2011. Utilizamos para a produção dos dados, prioritariamente, o diário de campo das observações e entrevistas semiestruturadas, realizadas com usuários do serviço. Dos sujeitos entrevistados, 10 são do sexo feminino e 1 do sexo masculino. O critério utilizado para a seleção dos sujeitos – além da manifestação de interesse em contribuir com o estudo – foi o vínculo com o SOE enquanto usuário(a).

Embora a professora seja fundamental no contexto do serviço, neste texto optamos por dar ênfase a duas categorias que foram elencadas a partir da transcrição das entrevistas, tendo como base temas que dessem suporte às análises, a partir de sua recorrência nas falas dos sujeitos. As categorias foram estabelecidas da seguinte forma: (a) atividade física e saúde: um olhar sobre si e sobre o outro; e (b) o SOE como espaço(s).

A primeira categoria trata dos dispositivos de mobilização dos sujeitos para se engajarem nas atividades oferecidas no SOE. A segunda refere-se aos sentidos atribuídos ao SOE, bem como as (re)significações do espaço do serviço, ou seja, trata-se do SOE vivenciado pelos usuários.

Antes de iniciarmos as discussões, faz-se necessária a apresentação de algumas características do módulo do Bairro de Lourdes (*lôcus* de investigação), o qual surgiu no ano de 2003, através de reivindicação dos moradores do bairro e de bairros vizinhos, por intermédio de suas associações de moradores. Além da possibilidade de acesso

à “ginástica”,⁴ os moradores buscavam, principalmente, maior presença e “ocupação” da praça do bairro, visando à diminuição do consumo de drogas ilícitas, bem como outras práticas, também ilícitas, no local. Moradores relatam que adolescentes e jovens de bairros vizinhos tinham o hábito de utilizar a quadra da praça, também para práticas esportivas, e expulsavam pessoas que tentassem utilizar o espaço da quadra e arredores.

Embora seja um dos módulos com menor quantitativo absoluto de usuários, se comparado a outros, deve-se levar em consideração o fato de que, de acordo com a percepção de professores do SOE, não há estratégia de divulgação do serviço que atinja de maneira efetiva a população. Os indivíduos que buscam o serviço fazem-no por indicação de amigos/conhecidos que o frequentam. Durante a permanência em campo, cerca de 25 pessoas frequentavam o módulo regularmente, onde eram ofertadas, além das “atividades individuais”, alongamento, ginástica localizada e, desde 2010, yoga.

A mobilização do sujeito

A busca pelo SOE dá-se de maneiras distintas e em momentos diversos, assim como a permanência no serviço. No entanto, alguns pontos de convergência podem ser observados. Dentre eles, dois são citados com maior frequência: a busca pela atividade física, com indicação médica, e o convite de amigo(s) para conhecer o SOE.

[Comecei a vir] através de uma pessoa que começou a frequentar e me convidou. Eu vim e nunca mais parei. (Sujeito 3)

⁴ Termo frequentemente utilizado pelos usuários do SOE para referir-se às atividades oferecidas pelo serviço.

[O que me motivou foi] “a tal coisa prática da atividade física” e problema com colesterol alto. O médico falou que eu tinha que fazer atividade física. (Sujeito 1)

No caso da busca pela atividade física com base em orientação médica, o SOE, no momento em que o indivíduo se mobiliza para estar nesse espaço, representa a materialização da recomendação dos conselheiros/especialistas médicos. Nesse sentido, os achados se aproximam do estudo de Fraga et al. (2009), através do qual foi possível perceber o papel central assumido pela figura do médico no discurso que envolve atividade física e saúde. No âmbito de nosso estudo, o médico atua de forma dominante na mobilização dos indivíduos para a prática da atividade física. Sua autoridade advém principalmente de sua formação específica e, portanto, das informações às quais possui acesso e que “faz circular”. Dentre essas informações, o médico evoca e reforça o vínculo entre atividade física e saúde, e reflete-se nas falas dos usuários, seja de maneira explícita ou implícita, a valorização da atividade física, enquanto fundamental para a saúde. No entanto, ao estabelecer suas prioridades, o indivíduo nem sempre coloca a atividade física em primeiro lugar. “Nem sempre ter tempo” indica que outras demandas existem no cotidiano do indivíduo e que a atividade física pode “ficar pra depois” sem, contudo, denotar desvalorização desta. Nesse sentido, há concordância com o ideário do estilo de vida ativo sem que, necessariamente, as recomendações/orientações sejam seguidas, visto que a “decisão” não é tomada apenas do ponto de vista racional. (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010)

O médico pediu que eu fizesse atividade física, porque eu estava muito parada. Eu passei pelo endocrinologista porque eu tive uns problemas de saúde há algum

tempo; constatei que tenho hipertensão. Tanto o médico [clínico geral], quanto o endócrino me aconselharam a fazer atividade física, então eu fui. Eu sempre gostei de fazer atividade física mas, no dia a dia, nem sempre tive muito tempo. (Sujeito 10)

O discurso biomédico, explicitamente apologético à prática de atividade física, destacando insistentemente seus benefícios “intrínsecos”, recebe um aliado - o SOE - na disseminação e, sobretudo, na concretização da recomendação, com vistas a manter o corpo em movimento. Ou seja, a ordem é não ficar parado. (FRAGA, 2006)

No entanto, não é possível afirmar que o discurso do estilo de vida ativo emana do médico, no sentido de ter sua origem nele. Esse profissional constitui-se um legitimador de um discurso onipresente e que se sustenta das mais diversas formas, encontrando eco nos profissionais de saúde, na mídia, fazendo-se presente no senso comum, de forma que, embora não se conheça sua origem, diversos são os agentes que o reafirmam, sustentando-o, legitimando-o, fortalecendo-o.

Eu fiquei sabendo por intermédio de um professor de educação física que deu uma palestra. Ele me encaminhou e estou aqui até hoje. Ele trabalha em uma unidade de saúde de Maruípe e é “instrutor de educação física”. (Sujeito 5)

O não-movimento é indesejável e, sobretudo, é visto como incorreto. Nesse sentido, a “ordem do agito” encontra reforço no discurso do médico e de outros profissionais de saúde, visto que eles confirmam/reafirmam os malefícios de não se movimentar. Ou seja, desse ponto de vista, o discurso especializado, manifestado através do médico e demais

profissionais de saúde, é uma engrenagem que compõe a “maquinaria do agito”. (FRAGA, 2006) Movimentar-se, portanto, já não representa somente um meio de expressão do indivíduo, mas, sobretudo, uma necessidade.

Por problema de hipertensão. Minha médica me mandou caminhar. Há seis anos faço caminhada regularmente. Antes eu fazia de segunda a sábado, mas agora só faço de segunda a sexta. Sou determinada. (Sujeito 5)

Assumindo o *status* de necessidade, o ato de se movimentar torna-se indiferenciado, na medida em que o que importa, de fato, é não estar “parado”. Dessa forma, não há diferença entre qual movimento é realizado ou como é realizado. Basta agitar-se. (FRAGA, 2006) Agitar-se, nesse sentido, aproxima-se do que Gomes (2009) convencionou chamar de vida equilibrada, na medida em que o indivíduo é convocado a combater os excessos (nutricionais, de conforto, dentre outros) da modernidade. Nesse sentido, é necessária uma vigilância constante.

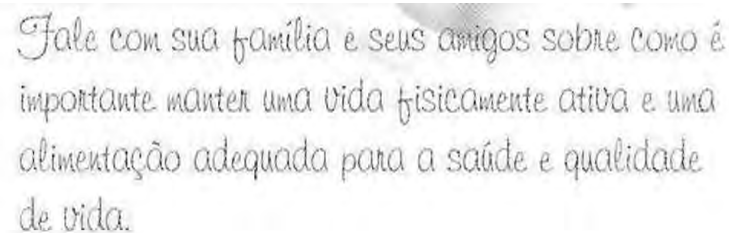
A “vida equilibrada” é composta por conselhos e saberes que enfatizam a necessidade de se evitar os excessos presentes no cotidiano, sejam eles tecnológicos, eletrônicos, cosméticos, nutricionais, sonoros, corporais ou até mesmo em relação à luxúria [...]. (GOMES, 2009, p.107)

Esse “incentivo” e simultâneo combate aos excessos ocorre, na perspectiva de Beck (2010), devido à característica reflexiva da sociedade (industrial) do risco. A mesma sociedade que fornece conforto ao indivíduo demanda disciplina, determinação, para que não se “deixe levar” pelos excessos. Nesse contexto, os indivíduos

necessitam estar em estado de vigilância constante para que não deixem de se movimentar ou, em outras palavras, para que não deixem de se agitar.

A atividade física me dá mais ânimo, mais disposição. Todo mundo deveria fazer. Muita gente fica com preguiça e fica só comendo, vendo televisão, comendo hambúrguer e muitas outras coisas, aí só vai “esmorecendo”, ficando com depressão. Eu vejo muita gente com depressão, porque não procura cuidar da mente. (Sujeito 6)

Em uma sociedade marcada pela instantaneidade e pelo volume de informações e a rapidez com que circulam, é inadmissível/intolerável a estaticidade. “Não ficar sedentária” representa a exaltação de isenção do rótulo de sedentário, bem como o julgamento moral incutido nele. O sedentário exemplifica uma sensação de obsolescência, frente à incessante necessidade de movimento da contemporaneidade. (BAUMAN, 2001) Não se pode perder de vista, contudo, que a mobilidade de que fala Bauman está relacionada diretamente com o consumo. Nesse caso, trata-se de um consumo, sobretudo, de ideias/informações e da própria atividade física, no mercado da vida ativa. (FRAGA, 2006)



Fale com sua família e seus amigos sobre como é importante manter uma vida fisicamente ativa e uma alimentação adequada para a saúde e qualidade de vida.

Figura 10 - Recorte 1 de material de divulgação do SOE. Fonte: Serviço de Orientação ao Exercício, [20--a].

O consumo das informações/ideias sobre os benefícios da atividade física requer que o indivíduo que as consome seja um aliado em sua disseminação. Nesse sentido, mais do que aconselhar/fornecer informações, o SOE demanda do indivíduo certo empenho em “fazer a informação circular”. (FRAGA, 2006) Todavia, embora o discurso médico se faça presente, em alguma medida, nas falas dos sujeitos, há indícios de que a circulação de informações/conselhos não é o único elemento de engajamento em atividades físicas e, nesse sentido, o SOE parece se destacar pela maneira como os sujeitos vivenciam esse ambiente.

Fazer exercício e não ficar parada, sedentária. Principalmente porque o médico pediu pra eu fazer exercício físico. Antes eu fazia na academia, mas eu ficava com muita preguiça de ir, às vezes. Aqui eu me “enturmei” melhor. (Sujeito 7)

Chama a atenção na fala do Sujeito 7 a justificativa da escolha do SOE pela necessidade de “enturmar-se”, denotando que a atividade física não está isolada do ambiente em que é vivenciada, e sugerindo que a produção de sociabilidades assume importante papel nas escolhas. Sob tal perspectiva, o SOE não é um local apenas de consumo de informações e atividade física, mas, sobretudo, de produção de relações/encontros. Se, por um lado, a mobilização na busca pela atividade física (e pelo SOE) dá-se pelo consumo do discurso do médico, por outro, os encontros que ocorrem no ambiente do SOE proporcionam possibilidades não circunscritas nesse discurso.

Quando eu comecei a frequentar aqui, estava sem motivação. A princípio foi para encontrar um sentido na vida. Entrar pro SOE foi a melhor coisa que aconteceu comigo. A minha vida estava sem sentido. (Sujeito 2)

Há que se ponderar que a atividade física, em alguns casos, assume papel “periférico” na fala dos sujeitos. A atividade física deixa de ser o que, de fato, mobiliza o sujeito a buscar o SOE e torna-se um meio e não um fim.

A atividade física é legítima no SOE e ocupa a fala dos sujeitos, na medida em que lhes assegura o acesso a esse espaço. Ou seja, a atividade física é a estratégia de aproximação adotada pelos indivíduos para que possam ter acesso ao SOE e, a partir de sua inserção neste, produzir encontros.

Talvez esse tipo de estratégia deva-se à relativa confusão ou, no mínimo, à dificuldade de dissociação entre SOE e atividade física. O discurso do estilo de vida ativo e a ordem do agito estão engendrados de maneira tão orgânica no SOE a ponto de não haver distinção clara entre o que é um ou outro. Nesse sentido, buscar pelo SOE ou pela atividade física parecem assumir o mesmo significado, na medida em que ambos se (con)fundem no discurso do próprio serviço.

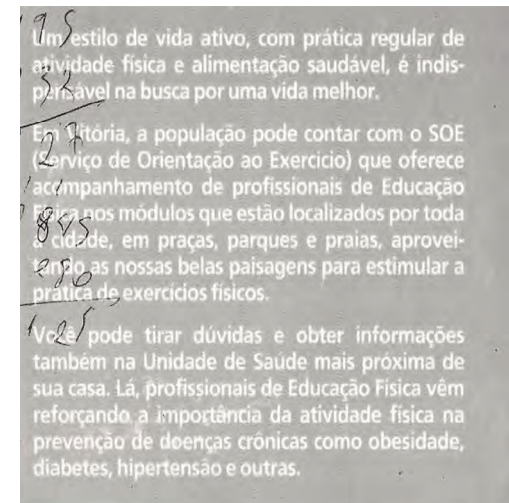


Figura 11 - Recorte 2 de material de divulgação do SOE
Fonte: Serviço de Orientação ao Exercício, [20--b]

O fragmento representa, para além da exaltação/valorização do estilo de vida ativo, o acesso a especialistas, na medida em que o SOE fornece à população orientação especializada e em diversos locais da cidade. No entanto, o ponto central da argumentação está circunscrito ao incentivo à prática regular de atividade física que, embora não seja, necessariamente, assistida pelos especialistas (profissionais de Educação Física) tem suas recomendações/orientações subsidiadas por eles.

Nesse sentido, a atividade física, em alguma medida, proporciona ao sujeito o acesso ao ambiente do SOE. Essa garantia de acesso permite o encontro com outros sujeitos, o que, em alguns casos, mobiliza o indivíduo. Ou seja, nesse caso, para além de efetivamente dedicar-se à atividade física, é fundamental para o indivíduo estar em meio a outros. Dessa forma, a atividade física torna-se, de acordo com Ceccim e Bilibio (2007) e Carvalho (2010), uma possibilidade de expansão da experiência humana. Essa possibilidade, no entanto, não está diretamente relacionada à atividade física em si, mas ao que ela pode proporcionar (do ponto de vista da experimentação/vivência) ao sujeito.⁵

[Essas práticas] ampliam as possibilidades de encontrar, escutar, observar, e mobilizar as pessoas adoecidas para que, no processo de cuidar do corpo, elas efetivamente construam relações de vínculo, de co-responsabilidade, autônomas, inovadoras e socialmente inclusivas, de modo a valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde, que podem ser os parques, as praças e as ruas. (CARVALHO, 2006, p.33-34)

⁵ Reforçaremos e aprofundaremos essa questão na categoria que trata do espaço do SOE.

Não se pode desconsiderar, evidentemente, que a atividade física, em si, também cumpre o papel de mobilizar o indivíduo a buscar pelo SOE e que existem benefícios potenciais em estar engajado nela. Todavia, a permanência dos sujeitos no SOE parece estar relacionada, para além do consumo do ideário do estilo de vida ativo, às interações que se estabelecem nesse ambiente.

Isso posto, diante da legitimação do discurso veiculado pelo médico, o indivíduo possui discernimento para decidir onde/como praticar atividade física. O que, então, determina a “escolha” do SOE? Por que esse e não outro local? O que contribui para que os sujeitos permaneçam no SOE? Os elementos postos em discussão até então podem nos fornecer algumas pistas sobre esse processo. Todavia, as relações estabelecidas nesse ambiente parecem ser determinantes na permanência dos indivíduos.

Se eu paro uma semana ou duas, já sinto que devo voltar a minhas atividades normais. Sempre que retorno é tanto por causa da saúde quanto por causa das amizades que tenho aqui, bem como a preocupação da professora que me incentiva a voltar [...]. Isso me estimula bastante e é bom para que eu não me acomode. (Sujeito 4)

Aqui conheci [a professora] e outras pessoas e isso foi muito bom. Eu acho que vir aqui foi a melhor coisa que eu fiz [...]. A gente se sente melhor, tem mais disposição, fica mais alegre [...], melhora muito a nossa autoestima. Me sinto como se fosse um garoto [...]. (Sujeito 2)

Em se tratando de relações estabelecidas, a professora que atua no módulo, em contato com os sujeitos pesquisados, é fundamental para potencializar a capacidade de alargar suas margens de ação, a partir dos encontros. Muitos relatam, em conversas informais, o quanto a relação construída com a professora do módulo é fundamental para a permanência no serviço/módulo. Como reflexo dessa relação, avaliações positivas são feitas de modo frequente à professora.

A [professora] orienta bem e se preocupa com todo mundo. O que ela não sabe, procura saber sobre. Ela orienta as pessoas e é muito “entendida”. (Sujeito 8)

A [professora] é ótima. Ela vai além do dever profissional. Nem todos os professores são como ela. Inclusive, em um dia em que não teria aula, ela ligou avisando. Ela é funcionária pública e não tem um telefone institucional para poder utilizar. Então, ela não tem obrigação de fazer isso. Ela usou o telefone pessoal. É perceptível que ela se realiza fazendo o trabalho dela. (Sujeito 11⁶)

Embora as atividades desenvolvidas nos módulos do SOE sejam praticamente as mesmas, a atuação de cada profissional, de acordo com a professora do módulo, independe da atuação dos outros. Ou seja, cada profissional possui autonomia, do ponto de vista didático/metodológico, para intermediar as atividades desenvolvidas e os usuários notam essa diferença.

⁶ É importante destacar que esse sujeito já participou e ainda participa de atividades oferecidas em outro módulo do SOE. Sua frequência no módulo do Bairro de Lourdes, segundo relato, deve-se à viabilidade dos horários da atividade de yoga.

Existem diferenças entre os professores. Cada um tem seu estilo. (Sujeito 5)

Essa flexibilização permite que possibilidades diversas de interação surjam e, sobretudo, a relação do profissional com os usuários é fundamental no aumento/diminuição de alternativas. O professor, no contexto desse estudo, assume o papel de, para além de intermediador das atividades, potencializador de encontros. Isso não significa, contudo, afirmar que os encontros dependem predominantemente da interferência do profissional e que, portanto, sua influência é imprescindível. Mas implica reconhecer sua capacidade de influir nessas relações.

Deve-se considerar, de maneira não secundária, os encontros produzidos entre profissional e usuários, visto que as relações de poder que se estabelecem parecem ser mais “positivas” na medida em que o profissional busca favorecer a horizontalidade na relação com os sujeitos colocando-se, acima de tudo, em posição de lateralidade com os usuários.

É necessário, sem dúvida, assumir que o conhecimento construído durante a formação do profissional é necessário. No entanto, esse conhecimento não desqualifica aquele de natureza empírica que o usuário possui. Ou seja, o indivíduo lida tanto com o conhecimento científico quanto “não-científico”. Ambos coexistem e, portanto, não se excluem mutuamente. Buscamos, nesse sentido, argumentar, que embora o profissional tenha determinada visão do indivíduo e sua saúde, não se pode desconsiderar a maneira como esta é vivenciada pelo indivíduo.

Durante o tempo de permanência no campo foi possível perceber o quanto fundamental é a relação construída entre profissional e usuário(s) do serviço, no sentido de produção de encontros, bem como o papel determinante dessa relação na permanência dos usuários e na produção

da sensação de acolhimento. Esse acolhimento não se resume à realização da atividade física pelo sujeito, mas permite-o ocupar o espaço que lhe é oferecido, de modo a ser coautor de suas experiências/vivências.

Criar condições para que o indivíduo seja ativo no processo saúde-doença é fundamental e, para tal, é necessário criar condições favoráveis à emergência deste como protagonista de sua existência, da sua saúde.

O SOE como espaço(s)⁷

Muito mais que um espaço voltado à prática de atividade física, o SOE é um espaço de produção de sentidos e de subjetividades. Os sentidos e significados a ele atribuídos e nele construídos são diversos e, nem sempre, convergentes. A única convergência que parece ser possível de identificar nas falas dos sujeitos é a relevância do serviço como espaço de promoção de saúde na perspectiva da construção deste, em um constante movimento que constitui e é constituído por sujeitos em relação. Ou seja, embora a maneira como cada sujeito vivencia o SOE seja distinta, as falas convergem ao compreendê-lo como espaço de promoção de saúde.

⁷ Para Certeau (2014, p.184) “[...] o espaço é um cruzamento de móveis. É de certo modo animado pelo conjunto de movimentos que aí se desdobram. Espaço é o efeito produzido pelas operações que o orientam, o circunscrevem, o temporalizam [...]. Em suma, o espaço é um lugar praticado. Assim a rua geometricamente definida por um urbanismo é transformada em espaço pelos pedestres. Do mesmo modo, a leitura é o espaço produzido pela prática do lugar constituído por um sistema de signos – um escrito”.

Aqui nós interagimos com as pessoas, conhecemos as pessoas. Às vezes, fazemos alguma festinha, fazemos uma reuniãozinha no final do ano. Nós conversamos, nos distraímos. É muito bom. Saímos daquele estresse do dia a dia, do trabalho. Sempre conversamos após o alongamento, ou até mesmo antes. É muito gostoso, eu gosto. Estou interagindo com as pessoas e isso é muito bom. (Sujeito 1)

Eu vejo outras pessoas. Gosto de estar reunida com as outras pessoas, me sentindo amiga delas, especialmente em relação à professora. (Sujeito 9)

Dado o próprio conceito de espaço (CERTEAU, 2014), não é possível falar em um espaço único, vivenciado por todos os sujeitos que frequentam o SOE. Essa perspectiva permite-nos falar sobre espaços distintos, que coexistem em um mesmo lugar. Essa coexistência é vastamente rica do ponto de vista das relações possíveis na construção de sociabilidades. Pensar, portanto, no sujeito **em relação** é elemento fundamental para compreendermos o processo de promoção de saúde, para além da prevenção de doenças, visto que produzir saúde é produzir, em última instância, capacidade de ação – a qual emerge de encontros entre sujeitos. Nesse sentido, o SOE representa um ponto de encontro(s).

No que diz respeito aos benefícios percebidos pelos usuários em relação a sua inserção no SOE, o mais comumente citado é a produção de sociabilidades. Atrelada a essa valorização está a sensação de bem-estar. Não é possível afirmar que ambos estejam diretamente relacionados. Contudo, dada a natureza das falas, a sensação de bem-estar parece relacionar-se, por um lado, à produção de sociabilidades e, por outro, à prática da atividade física.

Aqui no SOE, além da ginástica, você tem um grupo de amizade legal, onde é possível conversar, participar, “pôr a conversa em dia” e isso é muito legal. O SOE me faz muito bem. Tenho problema de depressão e estar aqui, pra mim, é ótimo [...]. Se eu estiver em casa triste, venho pra cá e esqueço tudo. Pra mim, isso aqui é tudo. Aqui eu converso, brinco e ao mesmo tempo faço ginástica. (Sujeito 7)

No entanto, os dados sugerem que essa sensação de bem-estar, quando atrelada à prática de atividade física, em determinados casos, deve-se, para além de possíveis sensações provenientes da prática de atividade física, à adequação ao que apregoa o discurso do estilo de vida ativo. Isso não significa que a própria atividade não tenha influência sobre a percepção dos sujeitos, mas também influi a necessidade de não se enquadrar no rótulo de “não-ativo”, conforme ilustrado na fala a seguir.

A atividade física – caminhar ou fazer aeróbica – me deixa relaxada, fico mais solta, **sem falar que não fico sedentária** [grifo nosso]. (Sujeito 7)

As relações produzidas no SOE são constantemente colocadas em foco nas falas dos sujeitos, na medida em que são fundamentais para sua permanência no serviço. Nesse sentido, o SOE é um local de promoção de saúde, para além da prevenção de doenças via atividade física.

Nossa! A melhor coisa que aconteceu na minha vida foi isso aqui. De janeiro a maio desse ano é que eu entrei. Comecei a caminhar, com vontade de correr um pouquinho. Eu gosto de esportes; de participar de corridas de rua, rapel, etc. A

minha vinda pro SOE foi para isso. Inclusive, em minhas caminhadas, cheguei ao limite de andar três quilômetros em uma hora. Realmente foi muito bom pra mim, deu pra me sentir no limite. Então isso aqui foi algo que deu sentido à minha vida, graças a Deus. Aqui conheci [a professora] e outras pessoas e isso foi muito bom. Eu acho que vir aqui foi a melhor coisa que eu fiz. Emagreci; aprendi a caminhar porque quando fazia a caminhada sozinho de repente começava a sentir dor nas coxas impedindo que eu andasse. Eu procurei pela [professora] e aprendi a andar. Aprendi a fazer alongamento antes e depois da caminhada. A gente se sente melhor, tem mais disposição, fica mais alegre; o próprio exercício coloca nossa autoestima lá em cima. Melhora muito a nossa autoestima, me sinto como se fosse um garoto, apesar da idade. Tenho 60 anos. (Sujeito 2)

Mais do que a atividade física, o usuário busca no SOE possibilidades de produzir um meio onde possa ser autor de sua vida. Como dito, as relações produzidas no serviço são fundamentais para a permanência dos usuários no SOE.

Disponibilizar um local com equipamentos e um profissional de Educação Física para nele atuar é importante, mas pode não ser determinante para que as pessoas frequentem-no. Nas entrevistas com os usuários, surgiram alguns elementos que podem nos auxiliar a compreender alguns dos motivos que contribuem para a redução acentuada de usuários. Vale ressaltar que a segurança do local aparece de maneira expressiva nas falas.

Às vezes tem pessoas aqui fumando maconha e isso assusta, causa medo e afasta as pessoas daqui. Várias pessoas já me falaram que “não descem aqui nem por um decreto, para fazer malhação”. (Sujeito 1)

Às vezes estamos fazendo aula e é possível sentir um cheiro forte de maconha ou outra droga, não sei. Uma vez jogaram uma pedra de calçamento na quadra enquanto fazíamos aula. [...] Um dia saiu um drogado de trás da quadra. Ele estava visivelmente drogado e disse: “Professora, estou drogado. Não se importe comigo por estar assim” [...]. (Sujeito 8)

Alguns relatos indicam que, em diversos momentos, os moradores possuem interesse em frequentar o serviço, mas não o fazem por medo ou insegurança no que diz respeito ao ambiente. Não se trata, portanto, de uma questão de “escolha”. Trata-se, sobretudo de uma questão que se relaciona com as condições de vida desses sujeitos. (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010)

Isso posto, frequentar o SOE pode não ser uma simples escolha do sujeito, visto que sentir-se seguro no ambiente do módulo é um elemento importante para frequentá-lo. Da mesma forma, para que as pessoas participem das atividades oferecidas pelo serviço, talvez não seja suficiente disponibilizar um local destinado à prática de atividade física, bem como um profissional (especialista) responsável por fomentar determinadas atividades. Não se trata, no entanto, de radicalizar o argumento, no sentido de desconsiderar a importância da existência desses espaços e da presença dos profissionais que neles atuam. Trata-se, sobretudo, de enfatizar que somente a presença desses elementos pode não ser suficiente para que as pessoas participem das atividades oferecidas.

Embora não tenha sido nosso foco nesse texto, se faz necessário destacar que percebemos, tanto nas entrevistas quanto em conversas informais no cotidiano do SOE, que os usuários valorizam as relações que a professora possibilita construir, buscando um espaço salutar e aproximando-se dos usuários. Muitos, inclusive, se referem a ela como amiga, o que, na fala deles, é fundamental para a construção desse ambiente.

Dessa forma, o SOE tem se mostrado um *lócus* de promoção de saúde, para além da prevenção de doenças via atividade física. Isso não significa desconsiderar que essa produção ocorra de formas distintas e que os objetivos dos usuários do SOE sejam múltiplos, no que diz respeito à sua inserção no serviço, mas implica destacar as possibilidades diversas de promoção de saúde nesse espaço.

Considerações

As informações são centrais no contexto do SOE, desde o discurso que sustenta a intervenção do serviço até o cotidiano deste. Embora, por um lado, esse movimento possa ser interpretado como certa tentativa de controle sobre a vida, por outro, é possível perceber que o processo de circulação dessas informações gera, para além do efeito que se espera – nesse caso, que as pessoas se engajem em atividades físicas regulares, via orientação especializada, por intermédio do SOE – outras possibilidades que não se encontram, necessariamente, circunscritas nas justificativas e objetivos do serviço.

Não se trata de julgar o trabalho que vem sendo desenvolvido ou questionar sua legitimidade. Buscamos tensionar alguns elementos na tentativa de apontar limites da proposta, especialmente, no que se refere à insuficiência

de tratar a questão da atividade física com base em um discurso que se concentra na responsabilização individual pela saúde.

Em se tratando dessas possibilidades, destacamos a produção de encontros que, em alguns casos, constitui-se como elemento mobilizador dos sujeitos e, sobretudo, enquanto elemento de produção de saúde. (BRASIL, 2009) Assim, não se limitar a uma prática sanitária embasada **apenas** no conhecimento produzido pelos *experts* permite que outros elementos sejam considerados como possibilidades diversas de encontros de produção de saúde.

Referências

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humaniza SUS**: redes de produção de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BECK, U. **Sociedade de risco**: rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Ed. 34, 2010.

CARVALHO, Y. M. **As práticas corporais como práticas de saúde e de cuidado**. 2010. Tese (Livre-docência) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2010.

_____. Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Ministério da Saúde, Brasília, 2006.

CASTIEL, L.D.; GUILAM, M.C.R.; FERREIRA, M. **Correndo risco**: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

CECCIM, R.B.; BILIBIO, L.F. Singularidade da educação física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Orgs.). **Educação Física e Saúde Coletiva**: políticas de formação e perspectivas de intervenção. 2 ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano**: artes de fazer. 22 ed. Petrópolis, Rio Janeiro: Vozes, 2014.

FRAGA, A.B. et al. “Sedentarismo é...”: concepções de praticantes de caminhada e a medicalização das práticas corporais. In: FRAGA, A. B. et al. (Orgs.). **Políticas de lazer e saúde em espaços urbanos**. Porto Alegre: Gênese, 2009.

FRAGA, A.B. **Exercício da informação**: governo dos corpos no mercado da vida ativa. Campinas: Autores Associados, 2006.

GOMES, I.M. **Conselheiros modernos**: propostas para a educação do indivíduo saudável. Brasília: Thesaurus, CBCE, 2009.

SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO AO EXERCÍCIO. [Sem título]. [20--a]. 1 panfleto. **Panfleto de divulgação do Serviço de Orientação ao Exercício da Prefeitura Municipal de Vitória – ES com conselhos para uma vida saudável**, distribuído pelos módulos do serviço.

_____. [Sem título]. [20--b]. 1 panfleto. **Panfleto de divulgação do Serviço de Orientação ao Exercício da Prefeitura Municipal de Vitória – ES com conselhos para uma vida saudável**, distribuído pelos módulos do serviço.

ACADEMIA DA SAÚDE E OS DIFERENTES SABERES PARA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA

*Marcelo Skowronski
Alex Branco Fraga*

Introdução

A oferta de serviços que tenham como instrumento para a promoção da saúde as práticas corporais/atividade física pode ser observada em diferentes iniciativas no âmbito nacional. São exemplos: o Serviço de Orientação ao Exercício de Vitória/ES, o Programa CuritibAtiva, o Programa Academia da Cidade existente em Recife/PE, Aracaju/SE, Belo Horizonte/MG, Academias da Terceira Idade, popularmente conhecidas como ATI, existentes em diversos municípios brasileiros, e como exemplo mais recente o Programa Academia da Saúde, lançado em 2011 pelo Ministério da Saúde.

Caracterizado como um equipamento de Atenção Básica, entendendo esta como um “conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos,

diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde” (BRASIL, 2012, p.19), o Programa Academia da Saúde é vinculado ao SUS e pode ser identificado em todo o cenário nacional sendo, assim como o NASF, o CAPS ou as UBS, mais um local de mobilização e construção de conhecimentos para o profissional de Educação Física.

O presente texto é fruto de uma pesquisa de mestrado acadêmico que teve como objeto de estudo o Programa Academia da Saúde, onde se buscou compreender os saberes mobilizados pelos profissionais de Educação Física para o trabalho junto aos polos do Programa Academia da Saúde no Brasil. Fundamentado em abordagem qualitativa e descritiva, o método de trabalho envolveu um mapeamento nacional dos profissionais de Educação Física junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), com posterior realização de entrevistas *online* que foram transcritas e analisadas através da análise de conteúdo temática.

Diante das considerações tecidas anteriormente, e em observância ao estudo realizado, é necessário apresentar a criação do Programa e seu processo de implementação.

O Programa Academia da Saúde

Com linhas gerais articuladas sob influência de programas similares já existentes, como os já citados na introdução, especialmente nas cidades de Curitiba, Vitória, Aracaju, Recife e Belo Horizonte, o Programa Academia da Saúde foi implementado em 2011 através da Portaria nº 719/GM/MS, que foi posteriormente revogada e substituída pela Portaria nº 2.681/GM/MS, de 07 de novembro de 2013.

Apartir de estruturas físicas e de pessoal¹ denominadas polos, que devem estar vinculados a estabelecimentos da Atenção Básica, o Programa tem como objetivos:

I – ampliar o acesso da população às políticas públicas de promoção da saúde; II – fortalecer a promoção da saúde como estratégia de produção de saúde; III – desenvolver a atenção à saúde nas linhas de cuidado, a fim de promover o cuidado integral; IV – promover práticas de educação em saúde; V – promover ações intersetoriais com outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e outros equipamentos sociais do território; VI – potencializar as ações nos âmbitos da atenção básica, da vigilância em saúde e da promoção da saúde; VII – promover a integração multiprofissional na construção e na execução das ações; VIII – promover a convergência de projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer; IX – ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis; X – aumentar o nível de atividade física da população; XI – promover hábitos alimentares saudáveis; XII – promover mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade; XIII – potencializar as manifestações culturais locais e o conhecimento popular na construção de alternativas individuais e coletivas que favoreçam a promoção da saúde; e XIV – contribuir para ampliação e valorização da utilização dos espaços públicos de lazer, como proposta de inclusão social, enfrentamento das violências e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população. (BRASIL, 2013)

¹ A Portaria nº 186/SAS/MS (BRASIL, 2014) define os profissionais que poderão compor a equipe do Programa Academia da Saúde, sendo eles: profissional de Educação Física na saúde, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo clínico, sanitariano, educador social, musicoterapeuta, arteterapeuta, nutricionista, artistas da dança (exceto dança tradicional e popular) e dançarinos tradicionais e populares.

Evidencia-se já a partir de sua estrutura uma proposta de atuação diferente de, por exemplo, uma academia de musculação, onde o profissional de Educação Física trabalha centrado quase que exclusivamente em aparelhos de treinamento, utilizando seus saberes para periodizar treinos coletivos ou individuais, respeitando cargas, número de repetições, intervalos entre sessões, dentre outros elementos técnicos. Nos polos, os equipamentos (barras para flexão de braços vertical e horizontal, barras fixas para apoio, pranchas para exercícios abdominais, espaldares) constituem apenas mais um recurso que pode vir a ser (ou não) utilizado em conjunto com outras ações existentes no Programa Academia da Saúde que priorizam a promoção da saúde. Cabe ainda ressaltar que os polos não se constituem em espaços exclusivos para o desenvolvimento das ações, que também podem ser realizadas nos locais de interesse da comunidade atendida.

Produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, envolvendo alimentação, práticas artísticas e culturais, ou ainda práticas corporais e atividades físicas, são alguns dos eixos norteadores do Programa e nos quais poderão estar articuladas as atividades desenvolvidas. Ao profissional da saúde não se pretende o protagonismo na estruturação e intervenção das atividades, as quais devem ser demandadas e articuladas com os usuários do serviço, sendo apenas facilitadas pelos responsáveis de cada polo.

Assim emerge um novo espaço de trabalho para os profissionais de saúde, com destaque neste texto aos do núcleo da Educação Física. A atuação junto aos polos do Programa Academia da Saúde demanda a mobilização e a mescla de diferentes saberes. Saberes advindos da formação acadêmica, constituídos no “trabalho vivo” (MERHY; FRANCO, 2008) em outros serviços na Atenção Básica e alguns ainda em processo de construção nos Polos,

envolvendo usuários e demais profissionais da saúde, como veremos no decorrer do texto.

Contextualizando saberes

A emergência de novos espaços de atuação para o profissional de Educação Física gera questionamentos tanto para acadêmicos como para egressos. O que fazer? Como fazer? Por que fazer? A graduação, por si só, terá condições de fornecer conhecimentos suficientes para o atendimento das demandas encontradas no trabalho? Questões desta natureza acabaram motivando a busca pelos saberes que são constantemente mobilizados e/ou criados pelos profissionais que atuam nos polos do Programa Academia da Saúde.

Antes de avançar para algumas respostas e reflexões, é preciso destacar o conceito de saber ao qual se alinha o presente texto. Com produção teórica fortemente relacionada ao campo da educação, desenvolvida marcadamente a partir de 1980 em países anglo-saxões, e desde 1990 no Brasil, a apropriação do conceito de saberes produzido por autores como Maurice Tardif e Clermont Gauthier permitiu o desenvolvimento de abordagens analíticas também na área da Educação Física. Em parte isso se deve ao fato da área ter desenvolvido seu principal alicerce no campo educacional.

Tardif (2012) destaca que conceituar saberes implica pensar em um conjunto de múltiplas habilidades, atitudes, competências e ainda na diversidade de conhecimentos que compõem a “bagagem” (GAUTHIER et al., 1998; TARDIF, 2012) de recursos para o trabalho docente. A expressão bagagem é colocada em um sentido próximo ao que Merhy e Franco (2008, p.249) classificam no campo da saúde como

sendo as “valises tecnológicas/caixa de ferramentas” que o profissional da área da saúde irá mover no território com os usuários dos serviços de saúde. Contudo, é importante ressaltar que não se pretende, por conta desta relação conceitual, aplicar conceitos característicos da educação no campo da saúde, e sim utilizá-los como base para o debate sobre os saberes do trabalho na Atenção Básica e em especial na Academia da Saúde. Tal propósito é sustentado por meio da concepção de autores da área de Educação Física, os quais compreendem que o trabalho do profissional

[...] quer seja realizado em uma sala de aula quer em um centro esportivo, é antes de tudo uma atividade fundada nas interações entre seres humanos. Por exemplo, para o educador físico as salas de aula, assim como as clínicas, os clubes, os hospitais, os parques e até mesmo os serviços privados de *personal trainer*, constituem espaços de interações humanas e não se limitam apenas à pura formalização de uma atividade física, qualquer que seja sua natureza (gesto esportivo, ato técnico, estético, de saúde etc.). (BORGES; DESBIENS, 2005, p.161)

É a partir do endereçamento do trabalho para o aluno, o atleta, o paciente, o cliente, o usuário do serviço de saúde, que os diferentes saberes do núcleo da Educação Física se constituem. Logo, é preciso, de antemão, compreender que não se repetem as mesmas abordagens, os mesmos objetivos, não dispõem do mesmo direcionamento os conteúdos mobilizados das “bagagens” pessoais para atuação no ambiente escolar em relação ao trabalho nos polos, por exemplo. Ainda nesta direção, a construção e a forma de aplicação de determinados conhecimentos também ocorrem distintamente entre polos do Programa Academia da Saúde, permitindo assim a

identificação de diferentes ações em todo o Brasil, oriundas da singularidade com que se constitui o repertório de saberes de cada profissional.

Alguns “saberes-ferramenta” para o trabalho nos polos

Ainda durante o processo de implantação dos polos, foram colhidas nas cinco regiões do país informações que permitiram um esboço transitório sobre a matéria-prima, ou ainda, o saber-fazer² mobilizado por profissionais de Educação Física para as ações desenvolvidas em alguns polos do Programa. A ação de mobilizar é aqui entendida do mesmo modo como o conceito é empregado no campo da educação, ou seja, a forma como o profissional acessa seu “reservatório” de saberes “para responder a exigências específicas de sua situação concreta de ensino”. (GAUTHIER et al., 2006, p.28)

Ainda neste sentido, é cabível identificar os espaços em que se constituem/adquirem a gama de saberes necessários ao trabalho em serviços de saúde na Atenção Básica. Para uma análise preliminar, vale a interpretação a partir das fontes de saberes descritas por Tardif (2012), quando destaca que os mesmos proveem da experiência, da formação profissional - por conteúdos específicos de cada profissão - e ainda pelos saberes disciplinares, oriundos de disciplinas que complementam a formação específica de cada núcleo, sendo que no caso da Educação Física podemos citar como exemplo disciplinas da área de desenvolvimento humano, de educação inclusiva, de estudos sobre o lazer, entre outras.

² O saber-fazer é “simultaneamente um fazer e um saber”, onde o saber pode ser compreendido como os conhecimentos e o fazer como um “conjunto de ações necessárias para operá-los: o saber e seus procedimentos” (SCHRAIBER; MOTA; NOVAES, 2008, p.382-383)

Partindo do contexto macro no qual se insere o Programa Academia da Saúde, neste caso o Sistema Único de Saúde (SUS), é possível traçar alguns saberes elementares com os quais o profissional da Atenção Básica em saúde não pode deixar de se envolver. Estes são encontrados especialmente na Lei Orgânica nº 8.080/90, que regula o SUS e também na sua complementação através da Lei nº 8.142/90. Tais legislações destacam, entre outros princípios e conceitos que permeiam o sistema: a universalidade do acesso, a equidade do direito, a integralidade da atenção à saúde, a prevenção, a proteção, a recuperação e a promoção da saúde. Assim, pode o trabalhador da saúde começar a buscar conhecimentos que se aproximem do universo de trabalho em que estará inserido, objetivo pretendido, por exemplo, em iniciativas como o Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (PRÓ-SAÚDE), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) e também no Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), que abre oportunidade para estudantes da área da saúde explorarem, entre sete a quinze dias, o SUS na teoria e na prática.

Alinhado aos exemplos citados anteriormente está o projeto que dá origem a este livro:³ “Políticas de Formação em Educação Física e Saúde Coletiva: Atividade física/práticas corporais no SUS”. Este projeto interinstitucional é fruto do Edital nº 024/2010 Pró-Ensino na Saúde, que teve por objetivo “estimular no País a realização de projetos de pesquisa e apoio ao Ensino na Saúde, utilizando-se de recursos humanos e de infraestrutura disponíveis em diferentes IES” (BRASIL, 2010, p.1), preconizando pesquisas

³ O primeiro livro do projeto foi publicado após o I Seminário Internacional de Práticas Corporais no Campo da Saúde, realizado em Porto Alegre/RS no ano de 2012 e teve como título “As práticas corporais no campo da saúde”. (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2013)

em nível de pós-graduação estrito senso, com “o propósito de acompanhar e analisar os processos de composição e articulação entre ensino, serviço e comunidade com vistas a constituir uma rede de saberes e práticas que responda aos desafios da formação em saúde comprometida com a defesa e consolidação do SUS”. (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2013, p.12)

Retomando a abordagem sobre o entendimento do SUS, podemos encontrar saberes característicos da Atenção Básica em saúde, local em que se apoiam os polos e também outros serviços como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que por sua vez representam um marco importante em relação ao avanço da inserção do profissional de Educação Física no SUS, especialmente por abordar em suas diretrizes conteúdos do núcleo da profissão para o trabalho no contexto do NASF. Neste sentido, antes de pensar nos saberes da formação profissional de cada área da saúde, a necessidade de compreender que ações no campo são predominantemente coletivas, sejam elas entre os próprios trabalhadores e/ou com usuários das redes de atenção.

O trabalhador de saúde é sempre coletivo: o “trabalho em saúde” é sempre realizado por um trabalhador coletivo. Não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do “trabalho em saúde”. (MERHY; FRANCO, 2008, p.431)

Conhecer o SUS em suas múltiplas dimensões e princípios organizativos, bem como o envolvimento do profissional com as características funcionais e estruturais da Atenção Básica, parece ser elemento relevante como ponto de partida para a condução das atividades nos polos do Programa Academia da Saúde.

Ainda em relação ao trabalho em equipe, que se justifica também na necessidade dos polos estarem ligados à UBS ou aos NASF, é importante a ocorrência de um atravessamento entre os saberes considerados inerentes a cada núcleo de profissões, o que por sua vez viabiliza a construção de conhecimentos com berço nos “pensamentos marcados pela implicação coletiva, a partir daquilo que é constituído nos interstícios, para além as fronteiras, um trabalho *entrepofissões*”. (HENZ et al., 2013, p.166) No entanto, a consolidação da produção e mobilização dos saberes destas ações está diretamente ligada à capacidade do profissional discernir sobre o papel de sua área na direção da promoção da saúde dos usuários. Neste sentido, é preciso pensar em um cuidado em saúde que vai além de uma simples orientação envolvendo caminhada com controle da pressão arterial, frequência cardíaca, ou no acompanhamento e calibragem de repetições e cargas em atividades físicas específicas. Especialmente no caso da Educação Física, há nas práticas corporais a possibilidade de agregar outros significados às ações propostas juntamente com os usuários, e este é fator preponderante para o estabelecimento de vínculos no processo de promoção da saúde.

O trecho a seguir, colhido a partir da entrevista com um profissional de Educação Física inserido em um polo do Programa Academia da Saúde, permite sustentar algumas considerações feitas até aqui, bem como prosseguir na proposta central do capítulo. Na ocasião, foi perguntado ao profissional se ele costumava se comunicar com outros profissionais da área da saúde para o desenvolvimento das atividades no polo

Sim, aí tem um grupo de crianças, de desporto infantil, então sempre eu estou levando a TO (terapeuta ocupacional)

para dar uma conversada com eles, o farmacêutico participa do grupo “Pratique Saúde” para falar sobre medicação. No meu grupo, 70% deles são hipertensos, diabéticos, tomam medicação contínua, então às vezes eu trago o farmacêutico para dar uma puxada no pé, para ver se estão tomando certo o remédio, na hora, essas coisas básicas. (Profissional 01)

A existência do trabalho multiprofissional também parece ser um indicador da amplitude e eficiência das ações desenvolvidas pelos profissionais nos polos, conforme observado na passagem anterior. Não se espera que determinado profissional registrado para o trabalho no polo seja o centralizador das atividades, e sim que este profissional saiba agregar com os demais que compõem o serviço, evitando desta forma práticas rotineiras e centradas no núcleo de saberes de cada profissão.

Ainda com relação ao trecho da entrevista, e complementarmente ao observado nos demais polos pelo Brasil, são peculiares as características dos usuários atendidos em cada polo. Em alguns prevalece a participação da população idosa, enquanto em outros espaços até mesmo pais e crianças participam de atividades em conjunto, ou separadamente em horários concomitantes. Não existe, portanto, restrição de gênero ou idade para participar das ações desenvolvidas em cada polo. Também nesta direção, ao se pensar nas diferentes propostas de intervenção, é preciso levar em consideração a pluralidade cultural existente em nosso país, fato que impede a adoção de uma sequência padrão de atividades-ações-intervenções em nível nacional.

Embora não se busque um modelo a ser seguido quando se pensa nas intervenções em cada polo, bem pelo contrário, alguns profissionais fizeram a utilização de

um material disponibilizado pelo Ministério da Saúde para fundamentar suas ações. Desenvolvido para o curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS, com enfoque no Programa Academia da Saúde, o livro de apoio apresenta conteúdos visando contribuir para a formação do profissional de saúde através do desenvolvimento de “competências conceituais, políticas e técnicas que visem à análise dos modos de produção de saúde e a ampliação das estratégias intersectoriais e participativas de gestão em saúde”. (FRAGA et al., 2013, p.4) O material é dividido em três módulos.⁴ O primeiro destaca a importância do conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção Básica, bem como os fundamentos para a prática da promoção da saúde, buscando orientar os profissionais sobre conceitos como participação social, autonomia, sustentabilidade, empoderamento, entre outros. Mais especificamente no módulo III, o profissional de Educação Física pode identificar alguns saberes para orientar ações individuais e coletivas nos polos, com destaque para estratégias metodológicas e indicação de atividades próximas ao núcleo de saberes da área, tais como: esporte, jogo motor, lutas, acrobacias, práticas corporais junto à natureza, etc.

Tomando como base os dados colhidos da dissertação de mestrado no qual este texto se baseia, ainda seria possível citar entre as atividades mediadas nos polos por profissionais de Educação Física o seguinte: capoeira, palestras sobre alimentação saudável, oficinas de artesanato, de maquiagem, de culinária, práticas de musculação, avaliação física entre outras. O repertório de saberes a ser mobilizado para o desencadeamento das ações citadas não depende

⁴ No ano de 2015 foi publicada pelo MEC, em parceria com a Editora da UFSC, uma edição revisada do livro de apoio, desta vez organizada em cinco módulos. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/21/Programa-Academia-da-Sa--de---web-corrigido.pdf>>. Acesso em: out. 2015.

exclusivamente do profissional de saúde, esta compilação é também atravessada pelas experiências e conhecimentos oriundos da participação popular no território atendido pelo polo. Nos casos de atividades que não envolvam saberes específicos de determinada profissão da saúde, cabe ao profissional responsável pelo polo o papel de atuar como um facilitador/mediador no processo de estruturação e condução das mesmas, contribuindo para a autonomia dos sujeitos colaboradores e consequentemente dos usuários.

Em se tratando de intervenções com base em atividades características do núcleo da Educação Física, foram elencadas pelos profissionais entrevistados algumas disciplinas da graduação consideradas relevantes para a constituição do conjunto de saberes mobilizados nos polos. Anatomia, esportes, medidas e avaliação, primeiros socorros, ginásticas, promoção da saúde, são algumas delas. Estes saberes da formação profissional se tornam relevantes quando são aplicados e aperfeiçoados no “trabalho vivo” (MERHY, 2002), especialmente quando a perspectiva de atuação nos polos não pode ser convergente com o observado em uma formação para a docência na educação básica e/ou em academias de musculação, por exemplo. Na passagem a seguir, o profissional que já atuava há mais tempo no polo relata a experiência de um estagiário nas intervenções

Eu tenho uma dificuldade, quando o estagiário entrou ele vinha de rotina de academia, então ele tem essa outra visão, que já mudou bastante e eu explico que é muito diferente a gente oferecer os serviços para a saúde, diferente de uma área privada, como uma academia, que oferece outros tipos de serviço. (Profissional 02)

Embora o Programa Academia da Saúde não tenha o propósito de reproduzir em suas ações os serviços oferecidos por academias privadas, invariavelmente o profissional poderá se deparar com usuários instigados por um atendimento nesta direção. Diminuir o percentual de gordura corporal, definir a musculatura, ter orientação sobre suplementos/complementos alimentares. Assim, cabe ao profissional saber-lidar com tais situações, permitindo que os interesses individuais e coletivos estejam direcionados para uma educação em saúde que ultrapasse a busca de resultados apenas no âmbito das melhorias orgânicas. Não se busca com este preceito ocultar a relevância do aprendizado de saberes mais técnicos, de conteúdos com abordagens pautadas pela lógica biodinâmica durante a graduação, está clara a importância da apropriação destes saberes por parte dos profissionais de Educação Física. No entanto, ao considerar que o atendimento aos usuários necessita de olhares para a integralidade, a mobilização dos ditos saberes biodinâmicos requer uma complementação de conhecimentos que, por vezes, transborda o próprio núcleo profissional, que podem ser construídos/aprendidos de diferentes formas nos processos de aprendizagem em serviço, como observado no seguinte relato:

A gente tem uma reunião mensal que é por equipe, que é por distrito sanitário, que são as regiões aqui. Então se reúnem as equipes de região da cidade e também uma vez no mês a gente tem um encontro de formação que é geral, no caso, pega todos os profissionais de todos os polos. Então a gente tem uma troca mesmo, acho que é um dos momentos mais legais, pois é onde a gente ouve outras realidades, troca informação. (Profissional 3)

Conforme já comentado anteriormente, não há um modelo de ações a ser seguido pelos profissionais dos polos no Brasil, tal característica aumenta ainda mais a relevância das trocas, da “experiência dos pares” (TARDIF, 2012, p.63), de uma aprendizagem permanente em serviço, como apontado pelo profissional de Educação Física no trecho anteriormente citado. Esta iniciativa de promover reuniões com as equipes de saúde e também entre os profissionais dos polos repercute positivamente na construção de alguns saberes processuais, ou seja, na tomada de direcionamento em relação aos procedimentos que são adotados pelos trabalhadores em diferentes situações de atendimento decorrentes das características específicas de cada território.

No tocante ao território, aí talvez resida um dos principais elementos balizadores do trabalho multiprofissional nos polos. É requerido um olhar atento no sentido do cuidado, de identificação e aproximação com as demandas preenchidas por múltiplos interesses, do conhecimento sobre as potencialidades e fraquezas locais, tudo resumido em um saber que não se aprende na universidade ou em cursos de formação complementar. A fonte deste saber provém do estabelecimento de relações diárias e da aproximação cada vez maior com usuários e não usuários, através do “trabalho vivo em ato”. (MERHY; FRANCO, 2008) É preciso conhecer o outro, e acima de tudo valorizar a potência geradora de saúde existente em cada indivíduo, em cada grupo, afinal ninguém promove a saúde ou educa para ela sozinho, trabalhar coletivamente é pré-requisito quando se busca a qualidade na integralidade e no cuidado, não é diferente o trabalho nos polos de Academia da Saúde.

Considerações finais

Através de entrevistas realizadas com profissionais de Educação Física que desenvolviam atividades em polos do Programa Academia da Saúde já instalados no Brasil, foi possível traçar algumas considerações em relação ao processo de mobilização de saberes por parte dos trabalhadores inseridos no contexto desta iniciativa lançada pelo Ministério da Saúde no ano de 2011.

A discreta familiarização de alguns entrevistados com os objetivos e propostas do Programa pode ter contribuído para o desenvolvimento de ações isoladas, como exercícios físicos em grupos para hipertensos, diabéticos, idosos, com atenção para a saúde voltada exclusivamente aos indicadores orgânicos, resultando em intervenções ainda distantes do escopo de atuação previsto nos polos. Esta situação contempla a necessidade inicial do profissional de saúde vinculado ao polo, que não é local exclusivo de atuação do núcleo da Educação Física, de se apropriar não só da operacionalidade do serviço em questão, mas também dos conhecimentos e saberes necessários para o entendimento do macrosistema em que a Academia da Saúde está inserida: o SUS.

A compreensão do campo da saúde, juntamente com o domínio de conceitos como promoção da saúde, produção do cuidado, integralidade da atenção, dentre outros, características apresentadas por outra parte dos profissionais colaboradores, é indicador positivo para que o trabalho do facilitador/mediador, estando em consonância com a população atendida, aproxime-se dos resultados almejados pelo Programa e acima de tudo pelos usuários. O conhecimento destes e de outros conceitos que transitam no campo da saúde pode ser entendido como pré-requisito para a posterior mobilização de um “mix de saberes”,

advindos da bagagem de disciplinas e experiências da graduação, pós-graduação e que muitas vezes também não serão suficientes para atender às demandas do serviço.

Os saberes da experiência, colocados preliminarmente por Tardif (2012) como diferenciados dos demais, especialmente por serem constituídos de todos os outros, foram destaques entre os 14 profissionais entrevistados. Ficou claro nos polos a existência de um processo de aprendizagem e construção de saberes decorrentes das particularidades até então desconhecidas deste novo espaço de atuação. Um exemplo foi o estabelecimento de relações multiprofissionais para que ocorressem trocas de ideias visando estruturas conjuntas de ações. Tal iniciativa poderia inclusive resultar na produção de saberes entre as profissões que eventualmente seriam mobilizados em prol de um atendimento coletivo. Na mesma direção, emergiu entre os entrevistados a figura do “tutor informal”, ou seja, profissionais da área de Educação Física com mais experiência em serviços de Atenção Básica serviram de referência para que os recém-chegados aos polos pudessem pensar em intervenções/atividades capazes de repercutir sentidos na população atendida.

A construção de uma “caixa de saberes-ferramenta” para o trabalho nos polos também passa pela “miscigenação” dos saberes entre profissionais de diferentes polos, sejam eles da mesma cidade ou de diferentes regiões do país. Em cidades maiores esta situação foi identificada nas reuniões periódicas entre os trabalhadores de Educação Física de diferentes unidades de saúde. Não obstante, tornar públicas através de redes sociais as experiências desenvolvidas nos polos pelo Brasil se constitui como ferramenta relevante na ampliação do repertório de saberes para que profissionais próximos às Academias da Saúde possam compor de forma mais qualitativa suas ações. Embora não relatado pelos

entrevistados, cabe relatar a existência destas iniciativas em diferentes perfis públicos de polos de Academias da Saúde na rede social *Facebook*, no próprio perfil oficial do Programa Academia da Saúde⁵ e ainda na Comunidade de Práticas⁶ (Academia da Saúde), ferramenta utilizada por gestores e trabalhadores do SUS para compartilhar experiências em diversos serviços de saúde.

A busca por novos saberes por parte dos profissionais, oriunda do que requer cada polo, não registra a emergência de um novo profissional de Educação Física, moldado para um serviço específico da Atenção Básica em saúde. Espera-se dos diferentes profissionais que podem atuar na Academia da Saúde, a capacidade de saber transitar entre os conhecimentos do núcleo da Educação Física e os demais saberes que compõem a saúde pública, esfera de pertencimento de múltiplas profissões que direcionam suas forças de atuação visando atender aos princípios do SUS.

Referências

BORGES, C.M.F.; DESBIENS, J.F. **Saber, formar e intervir para uma educação física em mudança**. Campinas, SP: Autores Associados, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 186**, de 14 de março de 2014. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.681**, de 7 de novembro de 2013. Brasília, 2013.

⁵Disponível em: <<https://www.facebook.com/AcademiaDaSaude/?fref=ts>>. Acesso em: set. 2015.

⁶ Disponível em: <<https://cursos.atencaobasica.org.br/comunidades/programa-academia-da-saude-na-comunidade-de-praticas>>. Acesso em: out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

_____. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Diretoria de Programas e Bolsas no País (DPB). Coordenação-Geral de Programas Estratégicos (CGPE). Coordenação de Indução e Inovação (CII). **Pró-ensino na saúde**: edital n. 024/2010. Brasília, DF: Capes, 2010.

CARVALHO, Y.M. Educação física e saúde coletiva: uma introdução. In: LUZ, M. T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

FRAGA, A.B. et al. **Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no programa academia da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria da Vigilância em saúde: Fundação Universidade de Brasília, CEAD, 2013.

FRAGA, A.B.; CARVALHO, Y.M.; GOMES, I.M. **As práticas corporais no campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

GAUTHIER, C. et al. **Por uma teoria da pedagogia**: pesquisas contemporâneas sobre o saber docente. Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 1998.

HENZ, A.O. et al. Trabalho entreprofissional: acerca do comum e a cerca do específico. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASSETTO, S. J.; HENZ, A. O. (Orgs.). **Clínica Comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2ª Ed. Ver. Ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

SCHRAIBER, L.B.; MOTA, A.; NOVAES, H.M.D. Tecnologias em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2ª Ed. Ver. Ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

TARDIF, M. **Saberes docentes e formação profissional**. 13. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

“AFINAL, O QUE PROCURO?” – a busca dos usuários de um programa de educação em saúde da cidade de Vitória/ES para o cuidado com o corpo obeso

*Thacia Ramos Varnier
Felipe Quintão de Almeida*

Nos últimos anos, houve um aumento significativo do número de ações educativas governamentais na área da saúde pública, por meio de políticas e programas de saúde voltados, principalmente, para a prevenção e promoção de saúde da população. Questões relacionadas a uma vida saudável adentraram ao âmbito da saúde pública e a obesidade passou a figurar como um tema preocupante nos programas de Educação em saúde. Sobre Educação em Saúde, entende-se como um processo educativo que promove a adesão a comportamentos que devem ser adotados pela população, interferindo nas escolhas individuais das pessoas e informando-as sobre como atingir estilos de vida saudáveis. (GASTALDO, 1997) Neste estudo, compartilhamos as ideias de Gastaldo (1997), sobre Educação em Saúde, ao problematizar esse processo educativo no campo da saúde como um dispositivo normalizador no que se refere ao cuidado com o corpo. Nesse cenário, salientamos que o nosso interesse de investigação esteve

ancorado nas temáticas relacionadas à Educação em Saúde para indivíduos obesos.¹ Entre os programas relacionados ao tema, destacamos um programa oferecido nas Unidades de Saúde (UBS) da cidade de Vitória/ES.²

O programa de Educação em Saúde para indivíduos obesos, investigado por esta pesquisa, é um projeto que se iniciou no ano de 2006 e possui uma proposta direcionada ao combate da obesidade no campo da Saúde Pública na cidade de Vitória. De acordo com os documentos do projeto acessados,³ o programa fomenta o incentivo à prática de atividades físicas, a orientação adequada da alimentação e o controle psicológico, promovendo a redução de peso e, conseqüentemente, mudanças de hábitos de vida dos indivíduos, maiores de 18 anos, com obesidade e sobrepeso com comorbidades.⁴

O programa é oferecido à comunidade por meio de módulos que contêm dez encontros. Cada encontro é realizado semanalmente. Em relação ao conteúdo do programa, são realizadas palestras e dinâmicas de grupo, cujo propósito é de informar, orientar e educar os usuários sobre os cuidados, agravos e riscos à saúde, buscando a prevenção e a promoção da saúde, em especial a fatores relacionados à obesidade. O acompanhamento de seus

¹ Esse estudo é parte resultante de uma dissertação que compõe um projeto de pesquisa intitulado “Políticas de Formação em Educação Física e Saúde Coletiva: atividade física/práticas corporais no SUS” financiado pela CAPES. Contou com a orientação do Prof. Dr. Ivan Marcelo Gomes da UFES.

² Respeitando aspectos éticos da pesquisa, omitimos a identidade do referido programa. O projeto, desta pesquisa, foi enviado para o Comitê de Ética e aprovado sob o número 13016813.3.0000.5542.

³ Relatório anual e projeto do programa. Fontes não publicadas.

⁴ “O termo comorbidade é formado pelo prefixo latino “cum”, que significa [...] correlação, companhia, e pela palavra morbidade, originada de “morbus”, que designa estado patológico ou doença. Assim, deve ser utilizado apenas para descrever a coexistência de transtornos ou doenças e não de sintomas”. (PETRIBÚ, 2001, p.1)

usuários é por uma equipe multiprofissional composta por: professores de Educação Física, médicos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Nesse sentido, o nosso objetivo foi o de investigar quais interesses e influências levaram os usuários a buscarem o programa de Educação em Saúde para indivíduos com excesso de peso.⁵

Para o delineamento desta pesquisa, acompanhamos três módulos (30 encontros) oferecidos pelo programa em uma Unidade de Saúde da cidade de Vitória. O corpo de análise dessa investigação foi composto por oito usuários que acompanharam regularmente os encontros do programa ofertado em uma UBS no ano de 2013, além da psicóloga e a professora de Educação Física da Unidade Básica de Saúde.

Em relação à trajetória metodológica, a nossa imersão no campo ocorreu por meio da observação participante e de utilização de entrevistas semiestruturadas. (MACEDO, 2000) Além disso, experimentamos o método das Narrativas de Mapas Corporais. (GASTALDO et al., 2012) Ressaltamos que essa técnica metodológica não foi o nosso método principal, mas nos serviu de inspiração para enriquecer as nossas análises. A seguir, apresentamos os principais resultados desenvolvidos nesta pesquisa.

⁵ A participação na pesquisa foi voluntária e aqueles que concordaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O peso da angústia: a gordura como elemento perturbador

Não é difícil perceber quanto o corpo se tornou objeto de preocupação nos dias atuais. A pressão da coerção social que sofremos em nossos corpos “responsabilizarnos” na busca de diferentes ferramentas para o cuidado com ele. Desse modo, somos diariamente inundados com informações referentes à busca de um corpo saudável. A emergência de programas televisivos, como “Bem-estar”,⁶ “Medida certa”⁷ e “Além do peso”,⁸ ajuda a ilustrar essa afirmação, ao considerarmos que, em tais programas, os discursos veiculados se referem à busca pelo emagrecimento e à adesão a um estilo de vida saudável.

Segundo Bauman (2001), na atualidade, há uma busca infundável por segurança. Essa aura de incerteza e insegurança em relação ao futuro que assola o imaginário dos indivíduos contemporâneos decorre justamente do fato de que ao indivíduo é direcionada a responsabilidade de gerenciar a sua vida. As preocupações relatadas pelos participantes, referentes ao cuidado com o corpo, reforçam a tese baumaniana sobre a privatização da vida, em que os indivíduos são responsabilizados, sozinhos, pelos seus infortúnios individuais.

Em uma sociedade em que o discurso do cuidado com a saúde está atrelado a um corpo sarado e a um estilo de vida ativo, os sujeitos que fogem a essa categorização,

⁶ De acordo com o *site* oficial do programa, o “Bem-estar” é um programa da Rede Globo, o qual aborda assuntos sobre saúde, bem-estar e alimentação.

⁷ Informações acessadas no *site* oficial da Rede Globo afirmam que o “Medida certa” é um quadro do programa “Fantástico” da Rede Globo em que participantes ilustres encaram desafios em busca de uma vida mais saudável.

⁸ Segundo o *site* oficial da Rede Record, o “Além do peso” é um *reality show* exibido pela Rede Record no “Programa da Tarde”, em que os participantes são indivíduos obesos que buscam emagrecer.

como indivíduos com sobrepeso, obesos e sedentários, são os que mais sofrem diante das exigências. Em relação ao grupo investigado, elucidamos que o argumento norteador para a procura pelo programa está atrelado à busca pelo emagrecimento. Segundo os relatos dos usuários, o ganho de peso significava um incômodo na vida desses sujeitos, que viram o emagrecimento como uma possibilidade de “solução” de seus problemas:

O objetivo é perder peso, eliminar peso. Estou me sentindo mal já, com pressão alta [...]. (Vânia, trecho do diário de campo em 14 ago.)

Quero perder peso e ganhar saúde! [...] Eu não tinha problema com o colesterol, agora tem que baixar [...]. (Maria Aparecida, trecho do diário de campo em 14 ago.)

À luz dessas informações, podemos constatar que a gordura corporal é entendida como elemento perturbador do corpo, tornando-se alvo de preocupação e ameaça para a harmonia do organismo. Incômodos e sofrimentos em relação à pressão alta, dores na coluna e colesterol alto foram constantemente ressaltadas. Dessa maneira, o emagrecimento é visto como o elemento responsável para solução de seus problemas.

No que tange à aversão à gordura e, conseqüentemente, aos efeitos benéficos do emagrecimento, encontramos publicações que se debruçam sobre esse assunto, advindas, sobretudo, de áreas biológicas. (MOLENA-FERNANDES et al., 2006; QUEIROGA et al., 2009; MOSER et al., 2011) Nesses estudos, o foco principal se reporta à obesidade como uma patologia que se relaciona principalmente a prejuízos à saúde dos indivíduos.⁹ Essa

⁹Ressaltamos que não estamos desconsiderando esses estudos, pois

visão negativa da gordura também é compartilhada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em que se apropria da produção desses conhecimentos científicos para subsidiar o discurso patologizante da obesidade. Segundo Czeresnia (2004), os conceitos científicos, além de uma construção racional, são uma construção simbólica, isto é, contribuem na formação de representações e significados sociais dos fenômenos investigados.

Sobre a rejeição à gordura, Fischler (1995) destaca que estamos vivendo em uma sociedade “lipofóbica”. Uma pesquisa recentemente realizada procurou investigar os discursos lipofóbicos¹⁰ presentes nos sujeitos investigados. (TEIXEIRA; FREITAS; CAMINHA, 2012) Assim, foram analisadas falas de 30 mulheres praticantes de exercícios físicos em academias de ginástica da cidade de Recife. A pesquisa constatou três pensamentos principais referentes ao corpo gordo: o primeiro está relacionado ao medo da gordura; o segundo ao medo de engordar; e o terceiro ao medo de ser improdutivo.

Em nosso estudo, foi possível identificar essa relação por meio dos relatos dos próprios indivíduos com sobrepeso/obesidade. Em alusão a essa afirmação, encontramos depoimentos dos participantes que reiteram o medo de engordar:

Ai, eu também, me desenhei que eu não gostaria de ser gordona. Teve uma reportagem que a mulher pesava quase 270 quilos! Aquilo ali me assustou! (Nilda, trecho do diário de campo em 11 set.)

Tenho medo de ficar hiperobesa! (Silvana, trecho do diário de campo em 02 out.)

reconhecemos a contribuição das pesquisas para a área da Educação Física e a dos estudos referentes à obesidade.

¹⁰ Compreende-se como lipofóbicos sujeitos que possuem aversão à gordura.

O medo de engordar e de não conseguir voltar ao peso anterior era preocupação constante dos usuários. Acreditamos que esse discurso “lipofóbico”, reproduzido pelos indivíduos com excesso de peso, esteja relacionado à influência de fatores externos na formação dessa imagem negativa da gordura. A mídia, o próprio discurso médico e a moda são dispositivos capazes de produzir discursos e práticas que influenciam na formação de sujeitos lipofóbicos¹¹. (TEIXEIRA; FREITAS; CAMINHA, 2012) Consideramos, sobretudo, que essas instâncias contribuem para a instalação de alarme social e associação da obesidade a fatores negativos. A própria ótica da Organização Mundial da Saúde (OMS) colabora com a instauração desse medo.

Em relação à associação entre ganho de peso e adoecimento, encontramos elementos que reforçam a representação negativa da gordura:

[...] eu uso [aparelho de audição]. Nem usei hoje [o aparelho]. Dependendo do horário, eu escuto bem, entendeu? [...] Mas eu acho também que [esse problema] está tudo ligado com a minha obesidade [...]. (Nilda, trecho do diário de campo em 21 ago.)

Segundo Sontag (2002), algumas doenças são vistas na sociedade como algo sombrio, carregado de mistérios e ônus. Para ilustrar essa afirmação, a autora traz à baila os exemplos de doenças como tuberculose e câncer, que, por não termos conhecimentos claros em relação às suas origens e desenvolvimento, acabam contribuindo para formação do medo e repúdio social ante o incerto. Acreditamos que essa perspectiva nos ajuda a entender o alarme social sobre a gordura e o cenário apresentado pelos

¹¹ No tópico seguinte, vamos tratar da influência de fatores externos na representação negativa da gordura pelos participantes.

participantes investigados diante da negatividade do ganho de peso. Em se tratando da obesidade, por ser considerada uma doença multifatorial e a sua definição ser um tanto ou quanto híbrida, esses indicadores contribuem para que as pessoas não identifiquem, ao certo, quais indícios estariam associados à obesidade, atribuindo a ela a emergência de distintos fatores relacionados aos agravos à saúde.

Ao serem indagados sobre as vantagens de possuir um corpo gordo, nenhum participante encontrou respostas positivas para essa afirmação. Segundo Gomes (2008), o obeso possui, na atualidade, uma imagem que não causa admiração, mas repulsa em portar tal estereótipo. Essa afirmação pode ser materializada no relato a seguir:

Por isso que eu estou falando, você que está novinha, aproveita para emagrecer, porque quando você ficar mais velha, você vai ficar gorda e ninguém quer ficar gorda. Você sabe disso! (Nilda, trecho do diário de campo em 04 set.)

Ressalvamos que, apesar de a busca pelo corpo magro e saudável ser almejada na atualidade, para Godoi (2011), podemos encontrar movimentos sociais que apresentam discursos contra hegemônicos em relação ao padrão estético corporal. Para elucidar essa afirmação, o autor se apropria da análise de alguns *blogs* na internet, que possuem, no seu conteúdo, discursos resistentes à busca pelo corpo magro, enfatizando os corpos volumosos como outra forma de ser belo. Em nossas análises, também encontramos discursos de resistências à busca pelo corpo ideal. Enquanto alguns participantes almejavam emagrecer até chegar ao corpo ideal (magro), outros não possuíam em suas metas a mesma intensidade desse objetivo:

Pretendo melhorar cada vez mais, emagrecer cada vez mais e chegar ao meu peso certo, na medida certa. (Maria Aparecida, entrevista)

[...] eu não quero chegar ao peso da minha altura não, a médica falou que para minha altura seria cinquenta e cinco, mas também não quero, sempre fui, assim, gordinha. (Jacira, entrevista)

A ponderação em relação ao emagrecimento e ao uso dessas informações no cotidiano demonstra que a usuária decide sobre o que melhor convém à sua realidade. Não querer emagrecer mais do que o considerado correto para ela, sinaliza uma ação que demonstra uma abertura ao novo, a outros poros e possibilidades de viver diante daquilo que é considerado incorreto. Moraes (2011) reitera que lançar-se ao risco é uma forma de agir-saúde, em que o entendimento do cuidado com saúde está além do que é normativo e restrito a fatores biologizantes, mas estaria relacionado à capacidade de assumirmos riscos e reinventarmos para superá-los. Isto é, o agir-saúde está associado à criação de novos modos de vidas condizentes com a subjetividade que o sujeito assume no que se refere à compreensão de vida.

Em relação a nossas análises, identificamos que o medo de engordar e a associação com o desencadeamento de outras doenças estiveram não somente presentes entre os indivíduos obesos, mas, também, nos usuários que apresentavam excesso de peso e não manifestavam nenhum sintoma relacionado à obesidade. Apesar de os fatores de riscos serem baseados em dados probabilísticos e no eventual aparecimento futuro, a vigilância constante do território corporal é suscitada para evitar eventos indesejáveis. No entendimento de Castiel (1999), em uma sociedade de risco paira coletivamente uma aura de

ameaça e insegurança. Se, por um lado, o conhecimento probabilístico permite identificarmos possíveis agravos à saúde, por outro contribui para a formação de um clima de incerteza e ansiedade causado pela multiplicidade de fatores de risco. Em nossas análises, constatamos que os participantes que apresentavam excesso de peso procuraram o serviço do programa em virtude do medo da provável emergência de doenças. Essa vigilância constante revela claramente a preocupação e a ansiedade dos usuários em relação a perspectivas futuras.

Desse modo, em nossa incursão no cotidiano do programa, pudemos captar dos integrantes os incômodos relacionados ao estigma da gordura. Em vista da superação desses infortúnios, alguns relatos dos participantes apontam a alimentação saudável e a adesão a um estilo de vida ativo como elementos contribuintes para a obtenção desses objetivos. Para os usuários, a adesão às práticas de atividades físicas associada a uma alimentação menos calórica, seria fator responsável pelo “ganho de saúde”. Nos discursos dos usuários, tais elementos assumem o papel de medicalização do corpo, atrelando essas práticas à obtenção de benefícios corporais. Para Ortega (2003), esse seria o reflexo da cultura da biossociabilidade, em que as ações dos sujeitos são dirigidas ao objetivo de alcançar valores relacionados ao viver bem. Para ele (2003), as bioasceses são reflexos de práticas que buscam a conformidade com a norma, com a adaptação às regras, como uma única forma de os indivíduos se protegerem socialmente. O autor acrescenta que essa busca pela uniformidade e pela conformidade à norma seria uma maneira de nos “escondermos” ou nos “camuflarmos” para escapar da tirania da beleza.

Segundo Mendes (2009), o cenário midiático contribui para a emergência da visão causal entre atividade física e saúde. O discurso vinculado à adesão de um estilo de vida ativo proporciona um novo sentido de corpo perfeito, isto é, ao corpo não está somente relacionado ao cuidado com aparência e a superação de limites físicos em benefício do padrão corporal, mas, sobretudo, relacionado à habilidade do cuidar de si mesmo para evitar possíveis danos ao equilíbrio físico-sanitário.

Levando em consideração esse cenário, podemos perceber, por meio dos relatos apresentados pelos participantes desta pesquisa, que o cuidado com o corpo é reduzido a fatores de ordem individual, ao considerarem a prática de atividade física e a adesão de uma alimentação menos calórica como elementos importantes para a saúde. Ou seja, constatamos que esses indivíduos assumem para si o discurso responsabilizador do cuidado com o corpo. Diante dessa perspectiva, acreditamos que esse posicionamento responsabilizante dos participantes em relação à saúde seja reflexo da interiorização do discurso do cuidado com o corpo em vigor.

Ao investigarmos os motivos que fizeram os usuários a buscarem o emagrecimento, bem como as suas angústias referentes ao cuidado com o corpo, percebemos que essa busca esteve atrelada a “fatores externos a sua vontade”, como influência do discurso médico, da pressão social e da aceitação social, vinculada a preocupações estéticas.

Eu quero emagrecer: as diversas influências nas escolhas modernas

Acreditamos que a preocupação dos usuários com a redução do peso corporal, a negatividade da gordura e, conseqüentemente, a busca pelo emagrecimento, sejam reflexos dos discursos normativos e morais propagados na sociedade e que subjetivam, forjam e tensionam os sujeitos, em destaque os indivíduos com sobrepeso/obesos.

Segundo Ortega (2003), o corpo, ao longo da história, ganha paulatinamente destaque por meio de intervenções que visam aumentar o seu controle das ações e performance. Em se tratando de controle do corpo, o saber médico, representado hoje pela biomedicina, ilustraria bem essa afirmação. É em referência ao discurso médico que a preocupação em emagrecer se tornou latente. Em relação à conduta médica, Gomes (2009) afirma que os discursos médicos parecem ser orientados por uma cartilha em que se seguem à risca as “condutas” consideradas “corretas”.¹² Segundo o autor, esses discursos sobre o cuidado com o corpo possuem como embasamento científico os estudos epidemiológicos, balizados, principalmente, por estratégias preventivas com viés biológico. Aos indivíduos que apresentam estilos de vida considerados de risco, como fumantes, sedentários e com sobrepeso, são direcionados discursos visando à mudança de hábito. Muitas vezes esses discursos culpabilizam os sujeitos por sua condição corporal. O desabafo de uma participante demonstra essa situação:

¹² Vale ressaltar que não estamos aqui desconsiderando o saber médico, mas a nossa preocupação está na exacerbação dos discursos normativos de risco sobre o viver bem.

Fui em uma nutróloga e ela virou para mim e falou... primeiro parecia até a minha mãe falando... me deu uma lição de moral, falando que a gente não brinca com a saúde, que a partir dos 40 tudo é mais complicado! Primeiro, perguntou a minha idade. Eu falei que tinha 39, “então, 40 tudo fica mais complicado, então, você tem que parar de brincar com a sua saúde!” Ela me deu assim, aquele esporro, um saculejo! [...]. Então, foi assim que eu comecei! (Gilda, trecho do diário de campo em 28 ago.)

Podemos perceber o quanto esse discurso normativo se faz presente nas práticas referentes ao cuidado com o corpo de um indivíduo que apresenta fatores de risco, como a participante obesa. Desse modo, os conselhos médicos assumem o papel da razão e da moral em prol da vida saudável, tornando-se conselheiros das ações humanas. (BAUMAN, 2001)

Segundo Castiel e Diaz (2007), as ameaças culpabilizantes podem gerar sentimentos desagradáveis nesses sujeitos-alvo e o indivíduo pode voltar-se contra si, contribuindo para a emergência de sentimentos de punições. De acordo com Soffer (2005 apud CASTIEL; DIAZ, 2007, p.35), “[...] quando se percebe que houve falha na ação, há um deslocamento de nossa ideia de competência e, por associação, de valor pessoal, uma discrepância subjetiva em relação a nós mesmos”. No exemplo a seguir, essa afirmação é materializada: “[...] eu me sinto culpada, foi eu que deixei chegar a isso, então, eu que não me cuidei, tinha que me cuidar e agora que chegaram os problemas”. (Marinalva, entrevista) Accreditamos que essa aura que assola esses indivíduos seja reflexo desses “dispositivos” que incidem sobre eles baseados em discursos normativos do viver bem.

Como na narrativa destacada, a participante acredita que a atual condição corporal seja resultado exclusivamente da falta de vigília e cuidado com o corpo.

Outro ponto a se destacar é a reação de “merecimento” do sofrimento. Desse modo, podemos perceber que o indivíduo com excesso de peso assume o papel de infrator de suas condutas e se pune como se fosse merecedor de seu sofrimento. Segundo Ortega (2003), a ideologia da saúde e da perfeição corporal produz discursos moralizantes que interferem em nossa crença de que uma saúde fraca é derivada exclusivamente da falta de caráter, de uma fraqueza pessoal ou falta de vontade do próprio indivíduo. Nessa perspectiva, os indivíduos “negligentes” e os fracos de vontade merecem as doenças que contraem, ao considerarem o problema resultado da sua falta de controle.

As nossas análises nos indicaram também que outras instâncias influenciaram na escolha dos usuários em emagrecer. A regulação sobre o cuidado com o corpo e a cobrança em relação à forma física foi motivo de preocupação advinda não dos médicos, mas encontramos relatos em que familiares e pessoas pertencentes ao círculo social dos participantes assumiram esse discurso:

Porque a gente vai chegando numa idade que tem que procurar se cuidar mais. E todo mundo falando do peso, que a alimentação não está saudável, que tem que fazer atividade física... pensei: “não eu tenho que dar um jeito de mudar! [risos] [...] Eu não posso continuar assim!” As pessoas também influenciaram na escolha [de emagrecer]. [...] O marido influenciou também, por esse lado aí ele influenciou, porque ele é bem chatinho, ele cobra, porque a gente gosta de sair e

quando a gente sai, ele fala: “as mulheres estão tudo magrinha só você que está gordinha”. (Maria Aparecida, entrevista)

De acordo com Goellner (2003), o discurso da beleza, vinculado à normalização estética, ganha maior incidência no cuidado com o corpo das mulheres. Acrescenta que a valorização da aparência está atrelada ao prazer do outro que deve agradar, mesmo que esse processo de sedução não seja agradar a ela mesma. Em relação ao corpo com excesso de peso, podemos perceber a preocupação da usuária com a aparência “gorda”, ao ser cobrada pelo companheiro para emagrecer. Podemos notar, ainda, que a pressão social exercida sobre esses sujeitos se articula, sobretudo, aos discursos emergentes na sociedade referente à associação entre a prática de atividade física como sinônimo de saúde e a aparência corporal magra como referência de beleza e saúde.

A associação da aparência corporal com a saúde dos indivíduos está atrelada à emergência do que Poli Neto e Caponi (2007) denominam medicina da beleza. Essa “nova” medicina estabelece medidas regulatórias relacionadas à aparência física, como a normalidade e a patologia, baseadas no prisma biomédico de comparação. Nessa perspectiva, o corpo que sofre intervenção pela medicina da beleza almeja atingir o padrão normal estabelecido. Assim, o belo se torna normal; o feio, patológico. Na biomedicina, as normas socioculturais atreladas à beleza são substituídas pela valorização das normas biológicas de beleza como verdadeiras e corretas. A estética corporal passa a representar o que é saudável ou não.

Estudos referentes à obesidade e o discurso de vitimização¹³ (exclusão social) destacam a obesidade como

¹³ Ao fazermos uma busca de publicações acadêmicas que têm como escopo o estudo da obesidade no Brasil, nos principais periódicos

fator de exclusão social. (FELIPPE, 2003; STENZEL, 2003; NOVAES, 2006; MOTA, 2012; MATTOS, 2012; TEIXEIRA; FREITAS; CAMINHA, 2012) De acordo com esses autores, a magreza é vista, na sociedade contemporânea ocidental, como um ideal a ser alcançado e sinônimo de sucesso. Diferentemente do modelo de corpo desejado, estaria o de corpo obeso. O obeso carrega o “estigma da gordura”, marca que contém, em seus elementos, uma representação negativa no âmbito social.

Nas narrativas seguintes, evidenciamos esse vínculo entre o corpo magro como modelo de sucesso e, ao contrário, o corpo em excesso de peso como algo maléfico:

Eu me sinto feliz quando eu estou com a minha família e também quando eu for emagrecer [...]. (Vânia, trecho do diário de campo em 02 out.)

Quando falam que eu estou gorda me entristece. (Nilda, texto do diário de campo em 02 out.)

Essa busca pelo abandono do corpo gordo está atrelada ao desejo e à possibilidade de encontrar no corpo magro o equilíbrio, a felicidade e, desse modo, poder transmitir a imagem de uma pessoa feliz e realizada. (VASCONCELOS; SUDO; SUDO, 2004) Nesse sentido, o corpo

relacionados à área da Educação Física, foi possível identificar dois discursos divergentes referentes à obesidade e, conseqüentemente, ao indivíduo obeso: no primeiro, o enunciado culpabilizante do obeso, em que encontramos, nos estudos vinculados área das ciências naturais, argumentos que responsabilizam o indivíduo obeso por sua condição corporal; (MOLENA-FERNANDES et al., 2006; QUEIROGA et al., 2009; BARRETI et al., 2011; MOSER et al., 2011) no segundo, ao qual denominamos discurso vitimizador do obeso, encontramos, nas pesquisas vinculadas às ciências sociais, ideias que interpretam a obesidade como fator de exclusão social. (FELIPPE, 2003; STENZEL, 2003; NOVAES, 2006; MOTA, 2012; MATTOS, 2012; TEIXEIRA; FREITAS; CAMINHA, 2012)

gordo é visto pelos usuários como um simulacro provisório, uma travessia a ser superada e abandonada. Segundo Góis (2009), a procura dos indivíduos com excesso de peso por um corpo magro revela, sobretudo, a procura de si na sociedade contemporânea.

Nos mapas corporais,¹⁴ elaborados pelas participantes (mulheres), o trajeto do cuidado corporal e a busca por um corpo magro foram expressos por meio da colagem de figuras ligadas à preocupação estética. Produtos como rejuvenescedores faciais e maquiagens ilustram essa afirmação e reiteram esse discurso vinculado à busca pela normalização estética. O consumo estético reflete a preocupação da mulher com a sua aparência, assumindo a beleza como o passaporte para a aceitação social. (GOLDENBERG, 2007)

O medo de não ser aceito socialmente contribui, nos sujeitos com excesso de peso, para a sensação de reprovação social. Assim, para se sentirem incluídos socialmente, é necessário adequarem a sua imagem às normas consideradas corretas. Considerando essa perspectiva, encontramos em nossas análises discursos dos usuários que reiteram essa preocupação com a apresentação social:

Porque eu quero comprar roupa todo ano, tanta roupa que eu gosto... Eu acabo engordando e vejo que eu tenho que emagrecer, porque eu preciso comprar aquela roupa para mim. Eu tenho roupa lá

¹⁴ Em linhas gerais, o método Narrativas de Mapas Corporais foi proposto por Gastaldo et al. (2012) e contém três elementos fundamentais: o testemunho, que é uma breve narrativa sobre quem é o participante e suas circunstâncias (essa história é contada ao final da última sessão, quando o participante visualiza o mapa completo, pronto); o mapa corporal (2m de comprimento), que não pode ser interpretado sem uma chave de leitura; e a chave de leitura do mapa, que descreve cada elemento do mapa na primeira pessoa.

em casa guardada para poder voltar a usar ela de novo, forte e bonita! [...] (Vânia, entrevista)

Apesar de, no mercado de consumo, existir uma fatia voltada para a moda *plus size*,¹⁵ percebemos que não é esse nicho mercadológico que as participantes almejam consumir:

[...] e aquela roupa grandona... Eu não sei de vocês, eu não quero comprar aqueles grandões, se eu comprar aqueles grandões, eu estou incentivando a engordar mais, né? [...] (Vânia, trecho do diário de campo em 11 set.)

A estética que foge ao padrão é tida como um obstáculo a ser enfrentado, sendo a imagem normalizada mais facilmente aceita e consumida. Desse modo, consumir produtos que fogem da norma corporal é assumir um corpo que não é admirado socialmente, contribuindo para sua distinção e estigmatização social. Segundo Bauman (2001), em uma sociedade de consumo, o prazer também está em comprar. Sendo assim, os indivíduos contemporâneos buscam “coleccionar prazeres” proporcionados pelo consumo. Levando em consideração esse cenário, a frustração dos participantes está tanto em não se adequar ao modelo corporal almejado, quanto consumir produtos associados ao corpo magro.

Como evidenciado nas narrativas citadas, as usuárias salientam a busca por uma estética corporal magra como uma forma de se adequar ao modelo de beleza em voga. Ou seja, ambos os relatos apontam que o corpo com excesso de peso é atrelado a representações negativas e alvo de exclusão social. Cultivar a beleza, a boa forma e a saúde

¹⁵ A expressão *Plus size* pode ser interpretada como tamanho extra. (GODOI, 2011)

apontam uma nova ideologia que se impõe com um estilo ideal de viver bem. A gordura aparece como um refugio que deve ser eliminado, contribuindo para a sua negatividade e para a emergência de uma sociedade lipofóbica. Muito mais que o peso corporal, o obeso sustenta o peso social, pois carrega significados negativos presentes na sociedade. (NOVAES, 2006)

Em relação aos discursos dos especialistas do programa, a atividade física se configurou como uma aliada para que o objetivo do emagrecimento fosse alcançado. Segundo Fraga (2006), o combate ao sedentarismo na Saúde Pública está atrelado aos estudos epidemiológicos que apontam a falta de atividade física como fator de incidência de morbidade. Portanto, essa constatação da falta de atividade física com danos à saúde proporcionou maior atenção da promoção da saúde contra o sedentarismo. Sendo assim, a atividade física torna-se um dos principais aliados da boa forma. Sobre esse tema, outros conselhos foram oferecidos aos participantes com o intuito da adesão de um estilo de vida ativo. Dicas incentivando a mobilização dos participantes para fazer a atividade física juntos, sobre as dificuldades de se iniciar uma atividade física (alertando sobre a emergência de dores pelo corpo), bem como alertas relativos ao cuidado com o excesso de atividade física.

Contudo, não podemos deixar de salientar que, mesmo que o incentivo para a adesão a um estilo de vida ativo esteja atrelado ao reconhecimento da realidade dos participantes, levando em consideração a situação socioeconômica, o incentivo à adesão de um estilo de vida ativo não deixam de vincular-se ao viés biológico, à perda de peso. Ou seja, ao considerar o emagrecimento como um elemento importante para a prática de atividade física, o foco da ação está vinculado “ao combate da obesidade” e não ao sujeito em questão. Imbuídos das ideias de Damico e Knuth (2014),

acreditamos que ajustar o olhar visando ao deslocamento do objeto para os sujeitos da ação seria uma possibilidade de atribuir uma corresponsabilidade aos sujeitos (usuários e especialistas) no que tange ao cuidado com o corpo, sem deixar de considerar as dimensões referentes aos alívios de dores, diminuição de sintomas e sofrimentos relatados pelos usuários. Além disso, compreendemos que potencializar o protagonismo dos usuários nos serviços de saúde, por meio do compartilhamento do saber, consideração de seus significados e subjetividades para a leitura da realidade, é uma forma de produção de saúde. Destacamos que não somente as análises demonstram a presença de um discurso voltado para o incentivo à adesão de um estilo de vida saudável, mas representa, além de tudo, o caráter individual e restrito que os discursos vinculados aos comportamentos de risco apresentam em relação ao cuidado com o corpo no campo da saúde.

Diante dessa percepção, podemos interpretar que os especialistas do programa se apropriam da associação entre emagrecimento e saúde no discurso referente ao cuidado do corpo, considerando ser uma relação capaz de diminuir os danos relativos à saúde dos participantes. Contudo, tal faceta apresentada pode contribuir para que o cuidado com o corpo dos usuários se reduza ao âmbito individual. Outra observação é que, apesar de o discurso relacionado ao cuidado do corpo com a saúde ser supremo nas falas dos especialistas, ainda assim a satisfação corporal vinculada à obtenção de um corpo magro não foi esquecida, estando presente nas entrelinhas dos discursos dos profissionais. Desse modo, estar em paz com o corpo, sendo o corpo magro referencial de bem-estar, também significaria, de acordo com as nossas fontes, ser saudável. Perrusi (2001) afirma que estamos vivendo a “utopia da saúde perfeita”, que está respaldada principalmente pelo

discurso legitimador do conhecimento científico como uma possibilidade e previsibilidade de realização. Nas palavras do autor, a utopia da saúde perfeita seria “[...] uma ‘ficção realista’ que enquadraria práticas do cotidiano - práticas que não visam apenas um futuro possível, mas principalmente um presente [...], engendrando ‘crenças mobilizadoras’ que formatariam condutas e comportamentos”. (PERRUSI, 2001, p.2)

Observamos que esses discursos vinculados a um estilo de vida saudável, propagados pelos especialistas, almejando uma mudança de hábito, vão além do direcionamento das ações para uma mudança individual, mas procuram atingir o círculo social em que os participantes estão inseridos:

[...] e essas dicas, transmitam isso para as pessoas que vocês conhecem e usem isso, não só com vocês em casa quem tem filho, neto, porque desde pequenininho vai acostumando com esse hábito e depois não é difícil mudar para o certo, então, você já vai acostumando. (Professora de Educação Física, trecho do diário de campo em 04 set.)

Embasados nessa citação, podemos elucidar que o programa em questão procura, além de educar os participantes para aderirem a um estilo de vida saudável, capacitar os integrantes a gerenciar o cuidado do próprio corpo e gerenciar o corpo do outro. Para Ortega (2003), ganhamos “autonomia” para fazermos as nossas ações, principalmente para nos vigiarmos e a liberdade de sermos peritos da nossa própria prática e especialistas de nós mesmos. Nessa perspectiva, o participante necessita cuidar de si mesmo enquanto assume o papel de conselheiro, ao informar os outros indivíduos a cuidar de si mesmos.

Segundo Moraes (2011), é em nome do aumento da expectativa de vida que o discurso de risco é respaldado e se produz por meio de medidas de “proteção” à vida, impondo dispositivos de vigilância e restrição de comportamento, o que contribui para o controle das ações. São modelos e estilos de vida que emergem em nome da segurança, da longevidade e da saúde, mas que são instrumentos que limitam parcialmente a capacidade de escolha da própria vida, pois ao comportamento de risco estão atrelados valores morais e negativos na sociedade.

Conclusão

Percebemos que a tríade corpo, risco e consumo está cada dia mais presente em nosso cotidiano, bem como se faz presente nas entrelinhas de nossas escolhas e decisões referentes, principalmente, a assuntos ligados a um estilo de vida saudável. Entendemos, também, que a exigência de se adequar às normas produz uma sociedade prisioneira na incansável busca pela satisfação corporal. De acordo com Bauman (2001), o corpo contemporâneo é o último reduto de segurança. Nesse sentido, parece-nos que a busca por segurança não é garantia da eliminação absoluta de nossas angústias e sofrimentos, mas produz ainda mais incertezas. Se, por um lado, ganhamos independência para o cuidado corporal, por outro, somos influenciados por discursos que propagam modelos de vida “corretos” em que o corpo magro é alvo de admiração e desejo. Diante disso, podemos compreender que os discursos de promoção de saúde e prevenção de doenças, em especial direcionados ao corpo obeso, propagam a busca um corpo comedido de seus desejos e vontades. Escolhas são direcionadas na tentativa de balizar as suas ações em prol da adesão de um estilo de vida saudável.

Nesse contexto, deparamo-nos com um paradoxo: se, por um lado, a formação de grupos estigmatizados (obesos, fumantes, alcoólatras) contribui para a reconstrução da capacidade desses indivíduos para o enfrentamento de seus problemas e angústias relacionadas ao corpo, por outro, esse mesmo processo não estaria contribuindo para a afirmação da exclusão social desses mesmos participantes, aumentando as lacunas da distinção social? Encontramos aí uma questão complexa, que servirá de possibilidade para debates futuros. Porém, pretendemos aqui lançar algumas pistas que podem contribuir para a qualificação desse debate. Estamos de acordo com Campos (2003), ao acreditar que precisamos superar o discurso de intervenção comportamental baseado nos estilos de vida dos sujeitos, pois, em muitos desses discursos, a ênfase se direciona para a responsabilidade individual das pessoas no trato com o corpo, eximindo as ações governamentais de tal tarefa. Concordamos, também, que em uma sociedade em que o modelo de vida ideal é o saudável/ativo, a apropriação desse modelo de vida no discurso social acaba por ignorar e culpabilizar outras formas de viver que diferem do prescrito/da norma.

Contudo, não podemos deixar de considerar que a naturalização desses discursos acaba por interiorizar e legitimar tais ideais no imaginário social, o que dificulta a ruptura com discursos normatizadores nas diferentes instâncias sociais. Para ilustrarmos essa afirmação, evidenciamos, em nossas análises, a constatação de que os indivíduos obesos procuram o programa analisado como uma forma de se adequarem ao estilo de vida saudável/ativo. Além do mais, não podemos deixar de considerar que, no contexto social atual, a obesidade é interpretada pela OMS como uma patologia, sendo alvo de ações intervencionistas. Assim, queremos dizer que tanto as ações intervencionistas estatais quanto de ordem sociais

estão imbuídas, em seu cerne, de ideais normativos que direcionam as escolhas sociais de acordo com o interesse almejado. Considerando tais panoramas, acreditamos ser um grande desafio superar esse discurso de regulamentação da vida. Todavia, apossados dos resultados apresentados por esta pesquisa, apostamos que, no chão das práticas em saúde, tais discursos podem ser burlados/corrompidos.

Mesmo diante desse cenário, Carvalho e Martins (2004) salientam ser possível conseguir uma maior liberdade de nossas escolhas, desde que os indivíduos passem a [re]conhecer as suas “verdadeiras” necessidades. Nessa perspectiva, acreditamos que os especialistas do campo da saúde possuem um papel fundamental no incentivo e na criação de novos pontos de vistas em relação ao cuidado com o corpo, além de uma visão hegemônica e restrita que considera fatores biológicos e normativos no trato com o corpo. Nesse sentido, apostamos que é no chão das práticas em saúde, no contato com o outro (especialistas e usuários) que tais discursos podem ser burlados/corrompidos ao compreendemos que a produção de vínculos, construída no cotidiano das práticas em saúde por meio da formação de rede de encontros, podem ser dispositivos potentes, utilizados pelos especialistas, na tentativa de incitar os usuários a [re]conhecerem as suas necessidades em relação ao cuidado com o corpo (não ter que atingir um peso ideal, por exemplo), bem como, para a criação de um ambiente favorável para a elaboração de discursos que não se restrinjam à prescrição dos cuidados corporais.

Referências

- BARRETTI, D.L.M. et al. Treinamento físico aeróbio previne à hipertrofia cardíaca patológica e melhora a função diastólica em ratos Zucker obesos. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v.25, n.4, p.593-605, out./dez. 2011.
- BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CARVALHO, M.C.; MARTINS, A.A. obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1003-1012, 2004.
- CASTIEL, L. **A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- CASTIEL, L. D.; DIAZ, C. A. D. **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.447-455, mar./abr., 2004.
- DAMICO, J.G.S.; KNUTH, A. G. O (des)encontro entre as Práticas Corporais e a Atividade Física: Hibridizações e Borrimentos no Campo da Saúde. **Movimento**, Porto Alegre, v.20, n.01, p.329-350, jan./mar. de 2014.
- FELIPPE, F.M.. O peso social da obesidade. **Revista Virtual Textos & Contextos**. Porto Alegre, n.2, ano II, p.01-12, dez. 2003.

FISCHLER, C. Obeso benigno, obeso maligno. In: SANTANNA, D. B. (Org.) **Políticas do corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

FRAGA, A.B. **Exercício da informação**: governo dos corpos no mercado da vida ativa. Campinas: Autores Associados, 2006.

GASTALDO, D. É a educação em saúde saudável? Repensando a educação em saúde através do conceito de biopoder. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v.22, n.1, p.147-168, 1997.

GASTALDO, D. et al. **Body map storytelling as research**: Methodological considerations for telling the stories of undocumented workers through body mapping. 2012. Disponível em: < <http://www.migrationhealth.ca/undocumented-workers-ontario/body-mapping>>. Acesso em: 5 fev. 2014.

GODOI, M. R. Corpos femininos volumosos e estética: discursos contra-hegemônicos sobre beleza em blogs na internet. **Movimento**, Porto Alegre, v.17, n.3, p.153-173, 2011.

GOELLNER, S. V. **Bela, maternal e feminina**: imagens da mulher na Revista de Educação Physica. Ijuí: Editora Unijuí, 2003.

GÓIS, C.E. A procura de si: a representação do corpo gordo em Cíntia Moscovich. **Estudos de Literatura Brasileira Contemporânea**, Brasília, n.33, p.59-70, jan./jun. 2009.

GOMES, I.M. **Conselheiros modernos**: propostas para a educação do indivíduo saudável. Brasília: Thesaurus/CBCE, 2008.

GOMES, I.M. E se Ivan Illitch fizesse atividade física? Reflexões sobre tormentos modernos. **Pensar a Prática**, Goiânia, v.12, n.1, p.1-11, jan./abril, 2009.

GOLDENBERG, M. O corpo como capital. In: GOLDENBERG, M. (Org.). **O corpo como capital**: estudos sobre gênero, sexualidade e moda na cultura brasileira. Barueri: Estação das Letras e Cores, 2007.

MACEDO, R.S. **A etnopesquisa crítica e multirreferencial nas ciências humanas e na educação**. Salvador: Edufba, 2000.

MATTOS, R. **Sobrevivendo ao estigma da gordura**. São Paulo: Vetor, 2012.

MENDES, M.I.B.S. Do ideal de robustez ao ideal de magreza: educação física, saúde e estética. **Movimento**, Porto Alegre, v. 15, n. 4, p. 175-191, out./dez. 2009.

MOLENA-FERNANDES et al. Associação entre sobrepeso e obesidade e fatores de risco cardiovascular em funcionários de uma empresa de seguro-saúde. **Revista da Educação Física**, Maringá, v.17, n.1, p.75-83, 2006.

MORAES, T. Positividade do risco e saúde: contribuições de estudos sobre trabalho para a saúde pública. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.399-430, 2011.

MOSER et al. Pressão arterial elevada, excesso de peso e obesidade abdominal em crianças e adolescentes. **Revista da Educação Física**, Maringá, v.22, n.4, p.591-600, 2011.

MOTA, M.T. A discriminação social sofrida pelos obesos que fazem tratamento no hospital das clínicas do Acre. **Caderno de artigos da 7.ª mostra de produção científica da pós-graduação lato sensu da PUC Goiás**. Sustentabilidade, economia verde e erradicação da pobreza. p. 1-15. Goiânia, 2012.

NOVAES, J.V. **O intolerável peso da feiúra**: sobre mulheres e seus corpos. Rio de Janeiro: Garamond/Ed. PUC, 2006.

ORTEGA, F. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades / Practices of corporal ascetics and the building of bio-identities. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio Janeiro, v.11, n.1, p.59-77, jan./jun. 2003.

PERRUSI, A. Utopia da saúde perfeita: a nova ideologia do corpo na modernidade. **Caos**: Revista Eletrônica de Ciências Sociais, João Pessoa, n.3, p.3-15, dez. 2001.

PETRIBÚ, K. Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.23, suppl.2, p.17-20, out. 2001.

POLINETO, P.; CAPONI, S.N.C. The 'medicalization' of beauty. **Interface**: Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v.11, n.23, p.569-84, set./dez. 2007.

QUEIROGA, M.R. et al. Efeitos da idade e dos indicadores de obesidade na pressão arterial de trabalhadores. **Motriz**, Rio Claro, v.15, p.631-640, 2009.

STENZEL, L.M. **Obesidade**: o peso da exclusão. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal Editora, 2002.

TEIXEIRA, F.L.S.; FREITAS, C.M.S.M; CAMINHA, I.O. A lipofobia nos discursos de mulheres praticantes de exercício físico. **Motriz**, Rio Claro, v.18 n.3, p.590-601, jul./set. 2012.

VASCONCELOS, N.A.; SUDO, N.; SUDO, I. Um peso na alma: o corpo gordo na mídia. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v.4, n.1, p.65-93, 2004.

REFLEXÕES SOBRE A EDUCAÇÃO DO CORPO OBESO NO CONTEXTO MIDIÁTICO: uma análise do reality “Além do Peso” da Rede Record de Televisão¹

Lorena Nascimento Ferreira

Hodiernamente, a obesidade² é tema recorrente nos discursos midiáticos, programas televisivos, novelas e em *reality shows* como provedora dos malefícios que afetam a saúde da população e controlam, de alguma forma, as

¹ Essa pesquisa contou com auxílio financeiro do edital Pró-Ensino em Saúde da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- CAPES (Editalnº24/2010), na modalidade de bolsa de mestrado. Contou com a orientação do Professor Dr. Ivan Marcelo Gomes da UFES.

² Essa terminologia é comumente utilizada para demarcar quando a quantidade de gordura é superior ao normal calculada pelo índice de massa corporal (IMC). Ele corresponde ao peso da pessoa, em quilo, dividido por sua estatura, em metros, elevado ao quadrado. Segundo a tabela disponível no site da Sociedade Brasileira de Hipertensão – SBH, a obesidade é categorizada, sendo subdividida em três categorias: Tipo 1, cujo percentual de massa corporal varia de 30 a 34,9 kg; tipo 2, com percentual variando de 35 a 39,9 kg; e, finalmente o tipo III, de 40 kg em diante. (COHEN; CUNHA, 2004) Apontamos, também, o índice de conicidade como referencial mais utilizado cientificamente para caracterizar a obesidade. Contudo, optamos por descrever o IMC como ferramenta de medida, já que o “Além do Peso” utiliza as categorias desse referencial para demarcar em qual grau se encontra cada participante.

subjetividades, os costumes, prazeres e as práticas em prol de uma vida mais ativa e saudável. Em outras palavras, os anúncios ganham visibilidade por diferentes meios que produzem, genericamente, discursos discriminatórios, dicas e receitas para a meta do corpo perfeito e livre do excesso de peso. Neste sentido, as narrativas midiáticas, garantem ser “[...] possível deixar de ser o ‘gordo perdedor e infeliz’ para se tornar o ‘magro saudável e feliz’”. As modificações corporais são consideradas possibilidades reais de se ‘libertar’ do estigma provocado pela grande quantidade de gordura no corpo”. (MATTOS, 2012, p.22)

Assim o corpo obeso, ao ser utilizado pela mídia assume um sentido conotativo reforçando que esses indivíduos são os próprios responsáveis por sua condição. Colaborando, nesse sentido, para enaltecer ideias simplórias que relacionam o obeso a um ser doente que precisa ser tratado e extirpado da sociedade. Contudo, para efetivar e convencer a população, os meios de comunicação se utilizam dos especialistas (e de sua discursividade científica), os quais se apresentam como aqueles que detêm o saber e que pensam sobre a maneira menos arriscada de viver com elas. (BAUMAN, 2001) Nessa trama discursiva astuciosa, o corpo obeso passou a se constituir em uma lucrativa e atraente espetacularização que revela as angústias, dores e sofrimentos de quem não consegue atender aos padrões de saúde e estética veiculados pela ciência, mercado e mídia. Nesse sentido, entram em cena e figuram inúmeros programas de TV que se ocupam em divulgar notícias relacionadas à vida privada, ou seja, “[...] o ‘interesse público’ é reduzido à curiosidade sobre as vidas privadas de figuras públicas e a arte da vida pública é reduzida à exposição pública das questões privadas e a confissões de sentimentos privados (quanto mais íntimos, melhor)”. (BAUMAN, 2001, p.46)

Os especialistas, nesse sentido, são denominados na linguagem baumaniana de conselheiros. Para tanto, eles se encarregam de informar e apresentar possíveis soluções para os problemas de diferentes segmentos da vida privada. As orientações provenientes dos especialistas são proferidas como “verdades” e são designadas para eliminar gostos, prazeres e práticas vinculadas a esfera individual que distorcem, por exemplo, o modelo de corpo infiltrado nos discursos midiáticos. Contudo, após essa tarefa exercida pelos conselheiros “[...] as pessoas aconselhadas estão tão sós quanto antes. Isso quando sua solidão não foi reforçada: quando sua impressão de que seriam abandonadas à sua própria sorte não foi corroborada e transformada em uma quase certeza”. (BAUMAN, 2001, p.78) Diante disso, as informações pronunciadas para o indivíduo são expostas em espaço público, mas são dirigidas para cada indivíduo na esfera privada. Nesse sentido, “[...] o espaço público é onde se faz a confissão dos segredos e intimidades privadas [...]”. (BAUMAN, 2001, p.49) Assim, o risco da obesidade se torna público e globalizado, suscitando mensagens, imagens e discursos que transitam em nosso cotidiano.

Esses apelos discursivos em prol da saúde são, na atualidade, apelos ao autocontrole e à disciplina que visam exclusivamente o controle do corpo. “[...] A nossa obsessão com os domínios do corpo, das suas performances, movimentos e taxas substitui a tentativa de restaurar a ordem moral. O corpo torna-se o lugar da moral, é seu fundamento último e matriz da identidade pessoal”. (ORTEGA, 2010, p.40) Assim, a ênfase dada aos diversos procedimentos de cuidados corporais, médicos, higiênicos e estéticos levam à formação de identidades somáticas, às bioidentidades, as quais têm deslocado para a exterioridade o modelo internalista de construção e descrição de si. (ORTEGA, 2003)

Dessa forma, revestidas de aspectos que moralizam, discriminam e julgam o indivíduo, as informações publicizadas reforçam a ideia de que são os próprios sujeitos responsáveis pelo baixo envolvimento com as recomendações proferidas nos discursos midiáticos, sejam elas atividades físicas, relacionadas ao lazer ou sobre alimentação saudável. Portanto, atribui-se a responsabilidade à decisão pessoal, como se coubesse aos indivíduos o privilégio de sobrepor-se aos determinantes da realidade social e do contexto que estão inseridos.

Ao discorrer sobre o fator de risco como parte integrante do discurso midiático, Vaz et al. (2007, p.145) afirmam que “é urgente, pois, refletir sobre que tipo de vida está sendo construído por esses alertas sobre os perigos que estariam à espreita em nossos hábitos e que poderiam se concretizar num futuro remoto”. Os autores ainda indicam que grande parte dos estudos que abordam o fator de risco no contexto midiático estão preocupados com a veracidade das informações e com a manutenção de hábitos que contêm riscos. Contudo, destacam ser pertinente ressaltar como esses discursos agem diretamente na subjetividade dos sujeitos. (VAZ et al., 2007) Ademais, a literatura, especialmente no campo da Educação Física, “[...] ainda carece de reflexões acerca do processo de culpabilização que se depara a partir dos dados epidemiológicos disponíveis e como esses carregam em si um fardo moral”. (PALMA; VILAÇA, 2010, p.116)

E é com base nesses discursos que destaco, a seguir, o espaço de pesquisa utilizado como referência para analisar tais considerações. Assim, o *reality show* “Além do Peso” é uma estratégia adotada pelo “Programa da Tarde”³ da

³ O “Programa da Tarde” é uma iniciativa da TV Record, consolidada como a segunda maior emissora de televisão do país. O programa é veiculado de segunda a sexta-feira das, 14h30 às 17h, na televisão e na internet. Contudo, a coleta foi realizada pelo site do “Programa da

Rede Record de Televisão. O *reality* se destaca como um programa midiático que reúne um grupo de obesos que deve se submeter ao saber científico dos especialistas para alcançarem suas metas: perder peso, vencer a si mesmos e obter saúde.

Para formar o *corpus* de análise, direcionei o olhar para a primeira temporada do “Além do Peso”, que foi desenvolvida entre 23 de Setembro e 20 de dezembro de 2013⁴ e teve como objetivo levar um grupo de 11 pessoas obesas a perder peso, através da reeducação alimentar e da prática de atividade física. Esta era a condição para permanecer na disputa e concorrer à premiação final. O programa contou com a presença de quatro especialistas: um preparador físico, um nutrólogo, uma nutricionista e uma psicóloga.

Os especialistas escolhidos pela produção foram fundamentais para construção dos discursos proferidos aos participantes da primeira temporada, mas na condução do programa destacamos os apresentadores Ana Hickmann, Britto Junior e Ticiane Pinheiro. O histórico dos apresentadores lhes garante notoriedade social, pois são conhecidos por participarem da programação de diferentes emissoras de televisão.

A investigação no espaço do *reality* “Além do Peso” se concretizou por meio dos vídeos apresentados no *site*, sendo um total de três meses de coleta de dados. Foi utilizado, também, o Facebook dos especialistas como forma de captar qualquer reportagem que estivesse vinculada ao campo que me propus a pesquisar. A partir da

Tarde”, sítio do *R7.com*, filiado à Rede Record.

⁴ Vale destacar que o período indicado para formar o *corpus* de análise foi delimitado pelo tempo estabelecido pela produção do *reality*. Assim, o programa iniciou no dia 23 de setembro de 2013 e já possuía data para ser encerrado.

coleta do material, iniciou-se o processo de transcrição⁵ dos vídeos, evidenciando as falas, o contexto da filmagem, as expressões faciais, os sons e a sensação dos participantes ao entrarem em contato com o que foi exposto, para então, dar seguimento a análise do material.

A partir da recorrência encontrada nesse material, destaco as relações, diálogos e estratégias utilizadas pelo *reality* para controlar as medidas corporais de cada participante. As categorias foram divididas em dois blocos temáticos: I) Atividade física, alimentação saudável e a educação do corpo obeso: os discursos que permeiam o “Além do Peso” e II) A privatização do sofrimento nos discursos do “Além do Peso”.

A primeira categoria consiste em apresentar a educação do corpo obeso como elemento estruturante do discurso que enfatiza a necessidade de readequá-lo aos parâmetros da sociedade contemporânea. Apresento como aspecto fundamental dessa reconfiguração da imagem corporal, a prática de exercícios físicos e a alimentação saudável como principais estratégias utilizadas no aperfeiçoamento fisiológico, na obtenção da saúde e em uma nova identidade (bioidentidade). No segundo, enfatizo a privatização do sofrimento vivenciado pelos participantes dentro e fora do contexto do *reality* e estabelecimento, também, uma articulação do sofrimento a um discurso de insensibilidade moderna que exalta o culto ao corpo magro como forma de sucesso pessoal.

⁵ Vale salientar que encontramos vários vídeos repetidos, que faziam “recortes” a partir do programa exibido no dia anterior. Percebemos que isso também ocorria no programa *ao vivo* e que a produção fazia isso quando queria dar destaque a algum acontecimento ou mostrar os melhores momentos da semana. Alguns vídeos de reprise foram mantidos para transcrição por enfatizar os discursos veiculados pelo *reality* a partir do narrador.

Atividade física, alimentação saudável e a educação do corpo obeso: os discursos que permeiam o “Além do Peso”

A atividade física e a alimentação saudável estão no centro dos discursos que favorecem a obtenção do corpo ideal. Contudo, a atividade física assume um papel fundamental nesse processo, visto que compõe grande parte da rotina dos participantes do programa. Pelas características apresentadas no *reality*, o principal objetivo das atividades exercidas pelos competidores está embasado no gasto energético, englobando todo movimento que promova esforço e perda de peso.

[...] infelizmente o tempo não ajudou que a rotina fosse feita integralmente, e como a gente não pode ficar sem perder calorias, porque o nosso objetivo aqui é perder uma grande quantidade de calorias... Então, a gente vai fazer um trabalho, uma rotina aeróbica entre esteira e bicicleta e só saímos daqui quando a gente gastar essas 700 calorias aí. Tá bom? Bora lá. (ALEXANDRE BRÓ, VÍDEO 13)

O trecho destacado aborda uma mudança repentina do exercício que seria realizado pelos participantes, mas em função das condições climáticas, foi alterado. Contudo, a essência do extrato favorece a percepção do real objetivo da atividade: gastar calorias. Essa fala está alocada no rol de discursos proferidos pelo preparador físico, como a que se sucede: “[...] Então se preparem que atividade hoje é intensa, nossa atividade vai gastar 1000 calorias e a sala está em 40 graus”. (ALEXANDRE BRÓ, VÍDEO 13) Outro diálogo entre o apresentador Brito Jr. e o preparador físico também nos mostra evidências da preocupação do programa: “[...] dançar, realmente faz com que a pessoa perca calorias? Se eu ficar 1 hora dançando, Dr. Alexandre... doutor não,

preparador físico Alexandre Bró, dá pra perder quantas calorias dançando uma noite inteira na balada?”. (BRITO JR., VÍDEO 14) O apresentador obteve a seguinte resposta do preparador: “uma noite inteira não tem limite, mas por hora 600 calorias dá tranquilo”. (VÍDEO 14)

Isto posto, o gasto energético é concebido como meio de avaliar numericamente a atividade física. Assim, é possível incluir, em qualquer atividade organizada pelo preparador, a relação atividade x energia consumida, onde um conjunto diário de exercícios representa o principal objetivo estabelecido aos participantes: gastar calorias. Desse modo, toda atividade, desde caminhar na esteira, dançar e fazer yoga em sala aquecida equiparam-se a um objetivo único: aumentar o gasto calórico e diminuir o peso na balança. Assim, são convertidas em gasto energético e a quantidade eliminada depende do esforço/sacrifício exercido pelo indivíduo. Por contraste, não empregar o empenho máximo, não seguir as instruções dadas pelo preparador físico e não realizar as atividades faz do indivíduo passível de julgamentos morais e põe em evidência o real comprometimento do participante com a sua saúde.

A atividade física se apresenta, nesse aspecto, de modo curativo, capaz de transformar os obesos em pessoas saudáveis. Assim, equiparado a um discurso opressivo, os participantes são obrigados a se enquadrarem nas atividades determinadas pelo *reality*, que exigem obediência, persistência, determinação e restrição dos prazeres alimentares para conseguir obter uma melhor imagem do corpo e uma “boa saúde”.

Assim, a ideia do programa consiste em fornecer um “modus operandi” de se livrar do mal que assombra o contexto moderno: a obesidade. Ou seja, as informações circulam através do discurso diário dos especialistas e apresentadores e está disponível *ao vivo* ou no *site* do

programa, onde o indivíduo pode se nutrir de informações e do receituário da vida ativa. Igualmente, é possível falar sobre um mercado da vida ativa balizado, essencialmente, pelas vozes de comando que ordenam as informações; (FRAGA, 2006) nesse caso, os especialistas. De tal modo, a força do discurso produzido reside na sutileza das orientações, na reiteração de uma conduta de vida e na naturalidade com que as explicações são proferidas. Dito de outro modo, “[...] Assistimos à chegada de uma TV de orientação e treinamento, uma TV transformadora e reparadora”. (LIPOVETSKY; SERRAY, 2009, p.223) Desse modo, concordo com Costa (2005, p.228) ao enfatizar que a mídia destaca e determina o que merece ou não a atenção do público, inclusive,

[...] Como viver sexualmente; como amar romanticamente; como educar os filhos; como ter saúde física e mental; como conquistar amigos e fazer amizades; como vencer no mundo dos negócios; como aproveitar melhor o tempo de lazer; como distinguir violência e intermédio da mídia; nada disto convida o sujeito a pensar porque o significado do real se exaure em sua versão virtual.

As infinitudes de discursos atreladas aos meios de comunicação reforçam o “bom funcionamento” das práticas cotidianas. Contudo, afastam-se dos verdadeiros problemas inerentes à saúde da população, pois evocam assuntos que ficam reduzidos a uma linguagem simplória e corriqueira, voltadas, essencialmente, para a esfera privada da vida. (BAUMAN, 2001) De modo similar, o “Além do Peso” não se contenta em apenas apresentar as informações, mas busca decisivamente transformar o estilo de vida e os corpos dos sujeitos. Assim, o diálogo a seguir apresenta, de maneira enfática, a preocupação do apresentador em

deixar claro como vai ser feita a reorganização dos hábitos dos participantes.

Lembrando amanhã, Aninha, a gente vai ver como é que tá começando a rotina de exercícios dos oito candidatos. Então, eu vou aproveitar pra perguntar pro preparador físico Alexandre Bró como é que se faz? Como é que vai começar isso? Pra quem é sedentário, não tá acostumado, tá pesando muito e tá precisando perder o peso. Como é que vai fazer? Como é o começo deles? (BRITO JR., VÍDEO 16)

Em questão de segundos, já se obtém a resposta:

O importante é começar a se movimentar. Já introduzir um exercício muito tranquilo. É isso que a pessoa tem que entender, que ela tem que começar de forma gradativa. Não precisa se desesperar. Começar tranquilo, não é o nosso caso, porque a gente tá aqui num programa com um objetivo e um prazo mais apertado, mas todo mundo que está nessa vontade de emagrecer, ela tem que pensar que ela tem que estar mais ativa no dia a dia dela. Antes de entrar na academia, de se dispor a uma nova vida que não faz parte da vida dela, ela tem que ser mais ativa no dia a dia dela. Passear mais com cachorro, andar mais de bicicleta, brincar com os filhos e essa é minha dica. (ALEXANDRE BRÓ, VÍDEO 16)

Nesse tipo de discurso, fica claro que a operacionalização estabelecida pelo programa consiste em levar os participantes e os que acompanham em casa e

estão em busca de conselhos, a um estilo de vida mais ativo e saudável. Propõe-se, de fato, que os obesos adquiram uma nova vida, onde é necessário “colocar em movimento os sujeitos que não fazem atividade física, mas põe em movimento uma palavra de ordem que procura pautar vontades e influenciar condutas de diferentes situações”. (FRAGA, 2006, p.128) Desse modo, o diálogo apresentado não é isolado, mas enfatiza como os participantes e a população podem “exercer ‘sua cidadania ativa’ em qualquer recanto do cotidiano urbano” (idem).

A ordem discursiva não exige nenhum tipo de atividade de sua função principal: gastar calorias. Nesse sentido, destacamos uma que em comemoração ao dia das crianças relembra atividades recreativas realizadas durante a infância. Para compor o cenário, ouvimos uma música animada que comanda o ritmo da entrada dos participantes numa quadra ao ar livre. Vemos, também, que o preparador físico os espera no centro da quadra e os recebe com um bom dia. Ele diz: “atividade recreativa, vamos gastar bastante calorias, vamos trabalhar bastante condicionamento físico e por hora um aquecimento”. (VÍDEO 17) Em seguida, no centro da quadra, a câmera foca no preparador físico que dá as coordenadas da atividade que os participantes irão realizar. Ele apresenta a queimada como atividade do dia.

Os conselhos que se relacionam com atividade física e com a saúde dos participantes não estão desvinculados de outras indicações, mas se articulam a determinados modos de conduzir a vida. A ênfase dada aos alimentos, como componente associado à atividade física, atua no sentido de disciplinar o corpo, a princípio no programa, mas que se estende nos diferentes contextos sociais do grupo escolhido. A nutricionista, no *reality*, é a profissional responsável por organizar os pratos e direcionar as informações: “o cardápio

dos participantes, ele está entre 300 e 400 kcal. O primeiro prato que foi servido foi uma salada de folhas, que é um prato rico em fibras, vai ajudar no processo de saciedade, então consequentemente eles vão reduzir a ingesta nas próximas refeições”.(CAMILA DEL PAPA, VÍDEO 16)

Essa fala acontece num restaurante onde os participantes são submetidos a uma nova organização alimentar para dar início à competição. A nutricionista continua a dizer: “o segundo prato nós servimos uma sopa. Uma sopa de legumes, sendo ela de abóbora, que também vai contribuir nessa questão do processo de saciedade”. (CAMILA DEL PAPA, VÍDEO 16) Ao expor as duas indicações, a especialista não leva em consideração a individualidade do paladar, pois o alimento, assim como a atividade física é o mesmo pra todos submetidos ao emagrecimento. Nesse aspecto, destacamos um momento onde a participante Sabó, num espaço do restaurante, diz: “pra mim a sopa foi bem difícil, eu não consegui comer, eu não gosto de abóbora. Foi difícil, o gosto me dá enjoo”. (VÍDEO 16) A câmera faz um recorte de Sabó na mesa e a vemos dizer a Leandro: “não, não como abóbora. Não como abóbora, nunca comi abóbora, eu odeio abóbora”. (VÍDEO 16) Suas escolhas, nesse sentido, são impostas por estratégias previamente determinadas pela equipe de especialistas.

Percebemos, nesse ponto, que o gosto dos participantes não é levado em conta. O que importa é a função exercida pelo alimento no organismo dos participantes, ou seja, a abóbora é benéfica para saciar os competidores, para que assim, eles deixem de comer o tempo todo. De modo que reduz o alimento aos nutrientes e a “[...] sua composição transforma-se, assim, no equivalente a uma bula (‘indicações de uso e contra-indicações’) e o alimento, desagregado em componentes funções, em medicamento”. (VILLAGELIM et al., 2012, p.683) Nesse mesmo contexto,

enquanto a câmera filma Sabó falando do seu desprazer com a abóbora é possível escutar algumas vozes de outros participantes, que diziam: “foca no tempero, no gostinho do tempero, no alho, na ervinha”; “mas vai vir outro prato ainda”. (VÍDEO 16) Ainda nesse diálogo durante a refeição, a câmera está filmando o grupo na mesa, mas deslocando constantemente a angulação, e Caroline diz: “amanhã você tem uma série de exercícios novos, um cardápio já montado pra tudo que você precisa, pensa nisso, no que o seu corpo vai precisar, não sua cabeça”. (VÍDEO 16) Em outras palavras, os participantes já internalizaram que o gosto e/ou prazer ao ingerir o alimento não deve sobressair às indicações dos especialistas.

Dentro das ações de combate à obesidade, as atividades físicas ganham destaque. Porém, é o controle do peso corporal que identifica o participante que permanece e aquele que pode ser eliminado do programa. Esse controle é decorrente das pesagens que são feitas duas vezes por semana. Nesse caso, os números são a forma de identificar quem seguiu as regras determinadas pelos especialistas; afinal, a balança não mente e é a única capaz de eliminar o competidor.

E nesse contexto, a alimentação, e leia-se também a atividade física, são os meios de transformar a aparência, de modelar o corpo, de fazê-lo engordar ou emagrecer, de expandi-lo, de estetizá-lo, mas também de controlá-lo, de submetê-lo (POULAIN, 2013) e estão no centro das regras descritas pelo jogo. O real comprometimento do participante, dessa maneira, pode ser equiparado a sua conduta, responsabilidade e modo de agir. A medida é circundar o indivíduo em sua materialidade e subjetividade. E as ações desencadeadas no programa como forma de educar o corpo fazem isso ao modificarem os alimentos ofertados e ao intervirem sobre a movimentação corporal.

Ao mesmo passo, os participantes internalizam o discurso em prol do corpo magro e acreditam ser de suma importância a dedicação deles nas atividades, como podemos observar nos comentários de Camila: “estou realmente muito cansada. Muito. Força do além, mesmo. Estou me superando a cada dia. Quero muito ser magra de novo, quero recuperar minha saúde... Eu aguento a dor. Não é isso que vai me derrubar não”. (VÍDEO 17) Saúde representa, nessa fala, o objetivo final da participante, e na ênfase dada por ela, deixa de ser um ponto de partida para tornar-se um fim, em conjunto com a nova forma física. De tal modo, essa ideologia de saúde leva a crer que a obesidade é vista pelos participantes como uma doença que reconfigura o obeso com um fracasso pessoal. De forma a exemplificar, destacamos a fala de Caroline numa atividade, onde a participante se isola do grupo por estar sentindo dores no corpo. Ela afirma: “[...] eu estou morrendo de raiva, do meu corpo principalmente, e eu sei que essa dor é culpa minha, porque se eu fizesse tudo que eu tô fazendo hoje a um tempo atrás eu não teria essa dor”. (VÍDEO 17) Assim, “a ideologia da saúde e da perfeição corporal nos faz acreditar que uma saúde pobre se deriva exclusivamente de uma falha de caráter, um defeito de personalidade, uma fraqueza individual, uma falta de vontade”. (ORTEGA, 2010, p.47)

Corroboramos com Ortega (2010, p.61) ao destacar que “[...] na cultura da biossociabilidade a aparência do corpo tornou-se central para a identidade pessoal, tornando os indivíduos ‘condenados da aparência’, a marca corporal representa a procura de autenticidade, de uma localização real da nossa essência na sociedade da aparência”. Portanto, destacamos que por meio de um programa, os indivíduos são elevados, por suas características semelhantes, e compartilhar um espaço que faz do seu ambiente social

que não é apenas descontextualizado, mas também que interpelam as subjetividades. (RABINOW, 1999)

Os discursos publicizados no “Além do Peso”, em função de uma vida equilibrada e longe dos males causados pela obesidade, recebem subsídio do sofrimento que os participantes relatam ao destacar o preconceito e os apontamentos morais que perduram no contexto contemporâneo.

A privatização do sofrimento nos discursos do “Além do Peso”

O *reality* mostrou, de maneira superficial, momentos onde os participantes relataram sofrimentos decorrentes do preconceito vinculados à imagem corporal. Assim, durante a apresentação dos participantes e em algumas atividades, eles tiveram espaço para expor como o discurso que margeia o contexto social influi diretamente sobre o indivíduo que carrega o peso corporal e moral da obesidade. De maneira que, hodiernamente, o indivíduo obeso apresenta um corpo que demarca sua diferença, sendo esta sempre exposta de maneira negativa.

Nesse sentido, destaco um momento onde Eduardo, ao fazer uso do aparelho de flexão de pernas na academia, relata que a dificuldade de realizar as repetições no equipamento é reduzida no momento que pensa nas “[...] pessoas que me humilharam, que falaram um monte de coisas pra mim... Canalizar minha raiva e mudar o meu corpo totalmente”. (VÍDEO 29) Noutro espaço da academia, em recorte de entrevista, o participante completa:

Uma pessoa em especial, que numa festa chegou em mim e falou que eu parecia um lixo, eu nunca devia ter saído de dentro de casa, que eu era muito feio, gordo ... Então naquela hora eu só ouvia aquela voz me falando e eu canalizando toda aquela raiva pra mim mudar o meu corpo e provar pra ele que sou melhor que ele, que eu posso ter um corpo bonito o que eu posso melhorar o meu... E caráter eu tenho, nele falta, e muito. (VÍDEO 29)

Enquanto Eduardo cede essa pequena entrevista, a edição do vídeo mostra ele fazendo diferentes exercícios em equipamentos da academia e em todos eles o participante dispensa um tremendo esforço para conseguir realizar os movimentos. Contudo, um sentimento maior o impulsiona a continuar e persistir, mesmo diante das dificuldades apresentadas pelo corpo ao realizar o ciclo de atividades determinadas pela equipe de especialistas. Ou seja, o participante aponta que a necessidade de apagar a dor moral ou o discurso insensível é o que o motiva a realizar as atividades, pois assim será possível apresentar a imagem de corpo valorizada socialmente e desvincular-se do viés negativo causado pela obesidade.

Durante uma entrevista cedida ao programa no dia da apresentação dos participantes, a mãe de Leandro, Valéria, descreve o que o filho enfatiza:

Eu acredito que ele não é feliz, mesmo porque eu já o peguei várias vezes aí pelos cômodos, assim, muito triste, choroso, de lágrima mesmo cair e é como eu já disse, ele sofre *bullying*, mesmo na família, sabe! Então é aquela coisa irritante que fala o irmão, o tio, sei lá quem, fala alguma coisa uma vez, fala duas, fala três e ele é bastante calmo, só que tem uma hora que

ele acaba explodindo e bate mesmo a mão na mesa e aí fica muito nervoso. (VÍDEO 04)

Além desses momentos, destaco um piquenique realizado pela produção num parque em São Paulo, para que os participantes pudessem relembrar suas experiências durante a infância. Nessa atividade, apresento um momento que Leandro comenta da sua dificuldade, durante a infância, com o sobrepeso e confirma o que sua mãe havia salientado.

Até dez anos eu não posso reclamar de nada, porque tudo que eu queria eu tinha. Passou esse período começou até as conversinhas, amiguinhos...“oh seu gordo, seu baleia, você não vai sair com nós porque você vai sair rolando, você não aguenta andar”... A partir daí eu já comecei a ficar quieto, na minha, meio afastado da galera, foi um pouquinho complicado. (VÍDEO 30)

Essa fala destaca que a moralidade se inscreve e se revela no corpo dos sujeitos. Ou seja, a aparência denota um empobrecimento discursivo que aponta para o corpo do indivíduo um discurso moral que o confere sofrimento. Nesse sentido, Bauman e Donskis (2014, p.20) apontam que,

Quando empregamos o conceito de “insensibilidade moral” para denotar um tipo de comportamento empedernido, desumano e implacável, ou apenas uma postura imperturbável e indiferente, assumida e manifestada em relação aos problemas e atribuições de outras pessoas [...] usamos a “insensibilidade” como metáfora; sua localização básica

é na esfera dos fenômenos anatômicos e fisiológicos dos quais é extraída - seu significado fundamental é a disfunção de alguns órgãos dos sentidos, seja ela ótica, auditiva, olfativa ou tátil, resultando na incapacidade de perceber estímulos que em condições “normais” evocariam imagens, sons ou outras impressões.

Conforme apresenta Bauman e Donskis (2014), por vezes essa insensibilidade orgânica é autoadministrada com o auxílio de analgésicos, como uma medida temporária, mas nunca possibilita tornar o organismo para sempre imune à dor, mas quando a função da dor (de servir de alerta e advertência frente a uma disfunção dos fenômenos anatômicos e fisiológicos) é transferida para o universo das relações inter-humanas, ela é conectada ao qualificativo “moral”.

Com a intenção de mostrar os sofrimentos provenientes da obesidade, o *reality* conta, a partir dos discursos dos participantes, como quem é obeso sofre num contexto marcado pela ausência de sensibilidade no trato com o outro ou na incapacidade de compreendê-lo. Desse modo, ao revelar suas características pessoais e o discurso de quem é externo ao problema, Leandro relata: “Eu não tenho namorada por causa do meu peso. Uma vez eu me apaixonei por uma menina, ela me deu um fora bem bonito, ela falou que ‘a gente não rolava...’, aí ela falou: ‘Olha seu tamanho! Você acha que eu vou namorar um cara do seu tamanho?’”. (VÍDEO 04) Ao finalizar a fala com a questão feita pela sua paixão “Você acha que eu vou namorar um cara do seu tamanho?”, a câmera perde sua coloração original e recorre a imagem de Leandro somente de sunga, para mostrar o “tamanho” do seu corpo, como forma de expor a veracidade da questão apresentada pela menina. Seria, portanto, uma tentativa de divulgar ao público como Leandro é grande e, com isso, ninguém quer namorá-lo.

Num espaço da casa, que pelo recorte da filmagem não é possível identificar, Leandro continua a falar: “Fiquei muito triste, chateado demais e eu falei que ia mudar, mas não consegui, porque a comida falou mais alto”. (VÍDEO 04) E ele prossegue dizendo:

Eu vejo meu irmão namorar, vejo meus amigos namorando, eu sofro, eu olho pra eles e falo: “por que eu não consigo?” Eles conseguem e eu não consigo, aí eu olho pra mim e falo: “por causa do meu tamanho, eu não consigo”. Ai eu penso comigo: “um dia eu vou conseguir, um dia eu vou ter força de vontade e um dia eu chego lá”. (VÍDEO 04)

Mais uma vez, enquanto Leandro fala, a imagem que vemos é de seu corpo apenas de sunga, porém dessa vez, ela é mais próxima e, por consequência, mais nítida. Dessa forma, no jogo das imagens a câmera vai envolvendo a visão do espectador para que perceba a celulite e as estrias do rapaz. Outro aspecto evidente é que Leandro assume a responsabilidade pela sua condição corporal. Isso fica nítido quando ele fala: “um dia eu vou conseguir, um dia eu vou ter força de vontade e um dia eu chego lá”. Porém, não é cabível julgá-lo por essa fala, já que o programa que ele participa, dentre outras mídias, reforçam diariamente essa necessidade de autonomia do sujeito para superar sua condição de obeso.

Os depoimentos cedidos pelos participantes não diferem daqueles proferidos no contexto moderno, mas denotam os sofrimentos vividos pelos obesos contemporaneamente. Isso se deve a um processo de “estigmatização”, cujo conceito proposto por Erving Goffman (1963) e citado por Poulain (2013, p.116) nos aponta que,

[...] um processo que tende a desvalorizar um indivíduo considerado como “anormal”, “desviante”, etc. Ele demonstra que durante o curso das interações sociais o carimbo de “desviante” é atribuído a um indivíduo por outros supostamente “normais”. Uma vez atribuído, este carimbo justifica então uma série de discriminações sociais, isto é, de exclusões mais ou menos severas. Goffman propôs a ideia de “estatuto principal” (*master status*) para expressar o fenômeno de redução de um indivíduo a um alvo característico de estigmatização. Este se encontrará, assim, reduzido à característica “desviante”, que se torna um estigma; as suas outras qualidades sociais tornam-se secundárias.

O autor ainda completa que estigmatização “[...] é uma palavra usada, principalmente pela mídia, no sentido de ‘apontar o dedo de modo crítico para alguma coisa ou alguém’ [...] ou no sentido de ‘criticar injustamente alguém que não seria mais do que parcialmente responsável por aquilo que lhe é censurado [...]’ (POULAIN, 2013, p.116) De modo similar, o sofrimento decorrente do corpo obeso é resultado de apontamentos que denotam como responsável por esta situação a própria pessoa que apresenta o sobrepeso. Ou seja, “[...] as soluções se reduzem ao que é imediatamente controlado por si mesmo: a alimentação e a atividade física”. (POULAIN, 2013, p.120)

A emocionante disputa dos participantes do “Além do Peso” contra a balança não para. No último episódio, os candidatos

tiveram que mergulhar de cabeça em busca do sonho de emagrecer... E a rotina de exercícios será cada vez mais pesada. Além de lutar contra os próprios limites, os participantes terão que enfrentar seus medos, mas a atividade física é apenas um dos obstáculos que eles terão pela frente. Para se adaptar à nova dieta será necessário abandonar os excessos do passado. (NARRADOR, VÍDEO 31)

Além de demarcar a mudança na organização diária dos participantes, implicitamente, o discurso do narrador expõe, que para se livrar do sofrimento que a obesidade impõe, é preciso se dedicar cada vez mais às atividades impostas pelo programa, pois “[...] o que está ‘fora’, o que se estampa no espelho do corpo não pode ser escondido; pode apenas ser ‘eliminado’ [...]”. (COSTA, 2005, p.79) Tal questão aponta para uma opressão social que se apresenta em todos os locais e de maneira uniforme no contexto do *reality*, pois os participantes são levados a declarar sua insatisfação com o corpo.

O cenário montado e os discursos proferidos realçam que o sofrimento do presente, seja ele com os preconceitos decorrentes do corpo ou com a ausência de prazer ao comer um alimento e/ou realizar uma atividade, é passageiro na medida em que se empenham em realizar as prescrições fornecidas pelo grupo de especialistas e apresentadores. Desse modo, ao final da temporada, o preparador físico diz: “[...] Hoje eu vejo uma turma... Quase impossível de se tornarem sedentários novamente, por tudo que eles receberam em troca em relação a essa dedicação. Isso é muito importante pra que eles se mantenham vivos [...]”. (VÍDEO 32)

Assim, os riscos e os sofrimentos frutos da obesidade são aplacados a partir das recomendações proferidas, como é descrito pelo preparador. Contudo, “[...] o sofrimento de cada indivíduo é uma punição individual merecida pelos pecados individualmente cometidos de sagacidade insuficiente ou déficit de dedicação. Os sofrimentos nascidos no plano individual são semelhantes [...]” (BAUMAN; DONSKIS, 2014, p.79), mas não se fundem numa resolução de problema coletivo.

A biossociabilidade criada pelo *reality* tem como desígnio compartilhar as dificuldades, ou ainda, partilhar imagens corporais, levando a manipulação dos segredos, leia-se também dos corpos e o abuso de sua intimidade. (BAUMAN; DONSKIS, 2014) Essa postura é demarcada, principalmente, quando os participantes são destinados a mostrar e falar dos seus problemas para dialogar com outras pessoas que sofrem do mesmo mal.

A mídia, nesse sentido, baseia a sua retransmissão na lógica do espetáculo, do drama e da criação de astros, a fim de suscitar a emoção e tocar o mais vasto público. Indubitavelmente, “[...] os *reality shows* se caracterizam pela autenticidade, pela intimidade e pela transmissão *ao vivo*, em vez do ‘grande espetáculo’ e da ficção cinematográfica. Não mais uma ‘ficcionalização’, mas ‘pessoas de verdade vivendo histórias verdadeiras’[...]”. (LIPOVETSKY; SERRAY, 2009, p.220) Ao discorrer sobre essa questão, Bauman (2001, p.83) enfatiza que a esfera midiática, nesse caso, o “Além do Peso”, apresenta-se como “[...] um palco em que dramas privados são encenados, publicamente expostos e publicamente assistidos [...]”.

É preciso, então, ir além desse paradigma biomédico e inserir uma compreensão mais humana e subjetiva do corpo obeso. Vale destacar que não seria “[...] fazer de conta que se ignora a obesidade, mas não reduzir o

indivíduo a sua corpulência e nem à sua hipotética origem, à falta de autocontrole. (POULAIN, 2013, p.137) Assim, não estigmatizar significa não focar nos preconceitos sobre a corpulência, mas procurar o outro que existe além das aparências. “Concretamente, trata-se de compreender que a ausência de estigmatização não significa compaixão (percebida de forma negativa), mas é simplesmente a não redução da pessoa aos aspectos negativos da característica-estigma [...]”. (POULAIN, 2013, p.135)

Considerações finais

A atividade física, no contexto do *reality*, aparece como “dever” diário dos participantes. Ela pode ocorrer desde caminhar em torno do estádio, carregar alimentos numa rede de supermercados à atividade de *squash* numa academia escolhida pelo programa. Contudo, o que realmente importa é a função exercida pela atividade: gastar calorias. Assim, não importa o prazer que ela confere ao indivíduo, mas a efetividade que assume na queima calórica. Nesse mesmo sentido, a alimentação saudável se insere na programação diária e se apresenta como suporte na constituição de um estilo de vida ativo/saudável.

Os discursos visam à padronização dos corpos, e estão diretamente associados a produção de subjetividades arraigadas em interesses mercadológicos e em índices de audiência. Para isso, a configuração do *reality* e diversos programas que “se preocupam” com os telespectadores atuam no sentido de diminuir a formação cultural e a potência do próprio sujeito de reagir como “agente de mudança” frente às adversidades causadas em função da obesidade. Na verdade, os discursos e as práticas exercidas no contexto desses programas, em especial no “Além do

Peso”, atuam na perspectiva de controlar as subjetividades, tornando os corpos disciplinados e pautados num único modelo: do corpo magro. Aliás, o discurso que assombra o contexto moderno faz com o que os indivíduos ressoem o que o programa afirma: os obesos precisam eliminar os quilos a mais que carregam. Contudo, essa posição assumida por eles está diretamente relacionada aos sofrimentos que enfrentam, hodiernamente, num contexto marcado pela insensibilidade, discriminação e estigmatização.

Vale destacar ainda, que essa aglomeração por características corporais enfatiza a formação de políticas de saúde a partir da doença e não da saúde, quando deveria ocorrer de forma contrária, já que esse pensamento não contribuiu para ações efetivas no contexto social dos que carecem de assistência e ajuda. Tais discursos revestem a Educação Física de sentidos e evidenciam a tradição que está fortemente arraigada na intervenção do profissional enfocando o movimento que tem sido imposto ao corpo como forma de proporcionar saúde por meio da atividade física.

Portanto, concordo com Fernandes e Siqueira (2010) ao destacarem que, para promover efetivamente a saúde, é preciso que se avance para além da perspectiva biomédica e no paradigma da medicalização, calcados na intervenção clínica, com ênfase na transformação do comportamento individual visto como o principal - quando não, o único - responsável pelo estado de saúde do indivíduo, para uma estratégia de mediação entre pessoas e sociedade, em que se torne possível combinar escolhas individuais com Políticas Públicas Saudáveis.

Referências

BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BAUMAN, Z.; DONSKIS, L. **Cegueira moral**: a perda da sensibilidade na modernidade líquida. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

COHEN, R.; CUNHA, M.R. **A obesidade**. São Paulo: Publifolha, 2004.

COSTA, J.F. **O vestígio e a aura**: corpo e consumismo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

FRAGA, A.B. **Exercício da informação**: governo dos corpos no mercado da vida ativa. Campinas: Autores Associados, 2006.

FERNANDES, W.R.; SIQUEIRA, V.H.F. Educação em saúde da pessoa idosa em discursos e práticas: atividade física como sinônimo de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.14, n.33, p.371-385, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a11v14n33.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

LIPOVETSKY, G.; SERRAY, J. Da telona à telinha. In: _____ **A tela cultural**: mídias culturais e cinema na era hipermoderna. Ed. Sulina, Porto Alegre: 2009. p. 209-227.

MATTOS, R. **Sobrevivendo ao estigma da gordura**. São Paulo: Vetor, 2012.

ORTEGA, F. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. In: **Cadernos Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.11, n.1, 2003. p.59-77. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2003_1/artigos/2003_1%20Ortega.>. Acesso em: 29 maio 2015.

ORTEGA, F. **O corpo incerto**: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

PALMA, A.; VILAÇA, M.M. O Sedentarismo da Epidemiologia. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v.31, n.2, p.105-119, 2010. Disponível em: <<http://oldarchive.rbceonline.org.br/index.php/RBCE/article/view/506/415>>. Acesso em: 23 jun 2013.

POULAIN, J.P. **Sociologia da Obesidade**: São Paulo: Ed. Senac, 2013.

RABINOW, P. Artificialidade e iluminismo: da sociobiologia à biossociabilidade. In: _____. **Antropologia da razão**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. p.135-157.

VAZ, P. et al. O fator de risco na mídia. **Interface**, Botucatu, v.11, n.21, p.145-53, 2007. Disponível em: <<http://interface.org.br/wp-content/uploads/2015/02/21.11.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2013.

VILLAGELIM, A.S.B. et al., J.; FREIRE, G. B. A vida não pode ser feita só de sonhos: reflexões sobre publicidade e alimentação saudável. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.681-686, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a14.pdf>>. Acesso em: 15 mar 2015.

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

*Fabiana Fernandes Vaz
Raphael Maciel da Silva Caballero*

Introdução

A atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, entre elas, a promoção e a proteção da saúde. (BRASIL, 2012) Nos últimos anos, estamos nos deparando com um aumento de políticas públicas voltadas para a promoção de saúde da população e direcionadas à atenção básica. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), publicada em 2006, possui sete eixos temáticos de atuação. (BRASIL, 2006) Dentre eles, destaca-se o eixo “Prática Corporal/Atividade Física”, que apresenta um estímulo à inserção de ações voltadas ao cuidado com o corpo e à saúde. A PNPS foi redefinida recentemente através da Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, e práticas corporais e atividade físicas estão entre os temas prioritários. No decorrer

dos anos, surgiram outras políticas, também voltadas à promoção da saúde da população, tais como a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (PNPIC) (BRASIL, 2006), a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2009), a Instituição do Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2011), e a Portaria Nº 1.029. (BRASIL, 2014) Essas políticas potencializaram e possibilitaram a inserção do profissional de Educação Física (PEF) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Nessas políticas, os termos “práticas corporais” e “atividade física” aparecem de formas diferentes. Dependendo do documento, eles são escritos das seguintes formas: separados por uma barra (atividade física/práticas corporais ou práticas corporais/atividade física), ou sem a barra (práticas corporais e atividade física). Embora os dois termos apareçam juntos, possuem significados diferentes. De acordo com o *Glossário Temático: Promoção da Saúde* (BRASIL, 2012), o termo atividade física está relacionado ao movimento corporal que produz gasto de energia acima dos níveis de repouso. E o termo práticas corporais está relacionado a expressões individuais ou coletivas do movimento, advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica, construída de modo sistemático (na escola) ou não sistemático (tempo livre/lazer).

O estímulo à inserção de práticas corporais na Atenção Básica vai ao encontro do princípio da PNPS de estimular o modo de viver saudável e, nesse sentido, é possível perceber um aumento de experiências relacionadas à implementação de práticas corporais e atividade física, por PEF no âmbito dos serviços de saúde da Atenção Básica (WARSCHAUER; D’URSO, 2009; GIRALDO et al., 2013), em serviços de saúde da Atenção Básica mais específicos, como na Academia de Saúde (MENDONÇA et al., 2009;

HALLAL et al., 2009; HALLAL et al., 2010; MORAES et al., 2010; SILVA et al., 2011) e no NASF. (GUARDA et al., 2014; SANTOS; BENEDETTI, 2012; SOUZA; LOCH, 2011) E dentre as atividades realizadas no NASF a dificuldade de registrá-las. (BUENO, 2012) No entanto, não se tem conhecimento do processo de inserção e distribuição dos profissionais de Educação Física nos serviços de saúde.

Em relação aos estudos encontrados na literatura, é possível perceber um eixo central, que são as práticas corporais oferecidas para população, com o enfoque de promoção da saúde, e outros eixos que o perpassam, que são as formas como cada profissional, cada equipe desenvolve o seu trabalho, as suas atividades para atingir os objetivos e alcançar os resultados desejados. Alguns estudos deixam claro, nos seus objetivos, a busca por resultados voltados para os indicadores de saúde. (SILVA et al., 2011; GUARDA et al., 2014) Outros estudos demonstram uma visão mais ampla de promoção de saúde e perpassam outros objetivos “indicados”, que nos anteriores não foram citados, como laços sociais, percepção subjetiva de saúde, capacidade funcional, qualidade de vida, relações sociais, criação de redes de proteção social. (WARSCHAUER; D’URSO, 2009; MENDONÇA et al., 2009; MORAES et al., 2010; SOUZA; LOCH, 2011) Dependendo dos objetivos que o PEF desejar seguir ao propor as suas práticas corporais ou atividade física, será possível determinar qual eixo ele seguirá.

Cabe salientar que a implementação das políticas públicas que visam à promoção da saúde surge com um enfoque voltado para os indicadores de saúde, a busca de um estilo de vida saudável, pois dessa forma seriam reduzidos fatores de risco para doenças não transmissíveis. No entanto, outras políticas como a do NASF, PNIC, o Programa de Academia da Saúde surgem não somente direcionados a indicadores de saúde, mas também ações de saúde mais amplas.

Nos estudos encontrados, foi possível perceber diferentes formas de intervenções do PEF, dependendo do eixo de atuação que o profissional escolheu seguir. Sabe-se que a inserção do PEF no SUS está relacionada à implementação de políticas públicas direcionadas para a promoção da saúde. No entanto, é necessário compreender de que forma essas políticas vêm influenciando na inserção dos profissionais de Educação Física no Sistema Único de Saúde. Desta forma, este estudo tem o objetivo de analisar a distribuição dos profissionais de Educação Física nos serviços de saúde, particularmente no Estado do Rio Grande do Sul. Esclarecer como esse aspecto auxiliará no amadurecimento das discussões sobre a inserção do profissional de Educação Física e sobre o seu papel no Sistema Único de Saúde.

Metodologia

Este estudo se caracteriza como quantitativo, de abordagem exploratória descritiva. A amostra foi composta por informações cadastrais de profissionais de Educação Física do Estado do Rio Grande do Sul. Considerou-se como critério de inclusão a relação de profissionais de Educação Física inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Inicialmente, foi realizada a identificação dos profissionais de Educação Física inscritos no CNES, assim como a distribuição desses profissionais em sua respectiva Macrorregião de Saúde. A busca pela identificação dos profissionais de Educação Física foi realizada através da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) no CNES, nos meses de fevereiro e março de 2014.

Esta busca abrangeu os onze códigos de CBO do profissional de Educação Física. Três estão relacionados ao

código CBO de professor: Professor de Educação Física no Ensino Superior, CBO 2344-10; Professor de Educação Física no Ensino Médio, CBO 2321-20; Professor de Educação Física no Ensino Fundamental, CBO 2313-15. Sete CBOs estão relacionados ao quadro dos profissionais de Educação Física do NASF I, que segundo a Portaria nº 409/SAS/MS de 23 de julho de 2008 abrangem: Avaliador Físico, CBO 2241-05; Ludomotricista, CBO 2241-10; Preparador de Atleta, CBO 2241-15; Preparador Físico, CBO 2241-20; Técnico de Desporto Individual e Coletivo (Exceto Futebol), CBO 2241-25; Técnico de Laboratório e Fiscalização Desportiva, CBO 2241-30; Treinador de Futebol, CBO 2241-35. E um CBO provisório, Profissional de Educação Física na Saúde, CBO 2241-E1, que está relacionado à Portaria nº 256, de 11 de março de 2013, a qual reconhece na Classificação Brasileira de Ocupações um CBO específico para o Profissional de Educação Física que atua na área da saúde.

O profissional de Educação Física encontrado foi identificado no município no qual está cadastrado. Posteriormente, eles foram distribuídos por Macrorregião de Saúde. Na área da saúde, o Estado do Rio Grande do Sul está dividido em sete Macrorregiões de Saúde (Norte, Sul, Metropolitana, Serra, Missioneira, Vales e Centro-Oeste), as quais englobam as trinta Regiões de Saúde (Resolução CIB nº 555/2012) e nas dezenove Regiões Administrativas.

A distribuição dos profissionais nos estabelecimentos de saúde foi realizada segundo dados coletados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e classificada em estabelecimentos da Atenção Básica ou de Média e Alta Complexidade. Estes apresentaram subdivisões na qual a Atenção Básica abrange os estabelecimentos: da Academia de Saúde, da Unidade Básica de Saúde (UBS) - neste estudo, engloba a Estratégia Saúde da Família, a Equipe de Saúde da Família, o Posto de Saúde e o Centro

de Saúde/Unidade Básica de Saúde - e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que engloba o Centro de Apoio à Saúde da Família. Os estabelecimentos da Média e Alta Complexidade abrangem Centro de Atenção Psicossocial, Hospital Geral, Hospital Especializado, Policlínica, Clínica/Centro de Especialidade, Secretaria de Saúde. Os dados foram coletados de abril a maio de 2014.

Para a caracterização das Macrorregiões de Saúde, em relação aos dados populacionais, as informações foram coletadas no DATASUS que refere a fonte do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para análise dos dados, foi utilizada análise descritiva.

Resultados e discussão

A tabela 1 apresenta a caracterização das sete Macrorregiões de Saúde, informando o número de municípios e o número de habitantes. De acordo com dados do CNES de março de 2014, relativos aos CBOs cadastrados que foram mapeados, dentre os 497 municípios do Estado do Rio Grande do Sul, apenas 109 (21%) possuem PEF. A tabela 2 apresenta a distribuição dos PEF, conforme o registro do CBO cadastrado no CNES, em 2014. O CBO que possui mais PEF cadastrado é o Profissional de Educação Física na Saúde, com 81, seguido do Avaliador Físico com 47 e do Professor de Educação Física no Ensino Médio com 43. Dos 245 profissionais de Educação Física cadastrados no CNES, 193 (79%) estão vinculados aos serviços de saúde do SUS e 52 (21%) estão vinculados aos serviços de saúde privados. A Macrorregião Metropolitana é a que possui mais PEF vinculados aos serviços de saúde privados, com 26 (50%) PEF, seguido pela Macrorregião da Serra com 8 (15%) PEF.

Tabela 1

Apresenta o número de municípios e o número de habitantes nas Macrorregiões de Saúde.

Macrorregião de Saúde	Número de municípios	Número de habitantes
Vales	62	856.214
Missioneira	79	885.996
Centro-Oeste	43	1.005.322
Sul	28	1.029.163
Serra	49	1.087.962
Norte	146	1.206.777
Metropolitana	89	4.661.596

Fonte: CNES, 2014.

(continua)

Tabela 2

Apresenta os CBOs e o número de PEF cadastrados no CNES.

Código CBO		Número de PEF
2344-10	Professor de Educação Física no Ensino Superior	41
2321-20	Professor de Educação Física no Ensino Médio	43
2313-15	Professor de Educação Física no Ensino Fundamental	18

(conclusão)

Tabela 2

Apresenta os CBOs e o número de PEF cadastrados no CNES.

Código CBO		Número de PEF
2241-05	Avaliador Físico	47
2241-10	Ludomotricista	0
2241-15	Preparador de Atleta	
2241-20	Preparador Físico	26
2241-25	Técnico Desportivo Individual e Coletivo (Exceto Futebol)	5
2241-30	Técnico de Laboratório e Fiscalização Desportiva	0
2241-35	Treinador de Futebol	0
2241-E1	Profissional de Educação Física na Saúde	81

Fonte: CNES, 2014.

Na figura 1 é apresentada a distribuição dos 193 profissionais de Educação Física cadastrados no CNES, em 2014, distribuídos nos serviços de saúde do SUS, nas sete Macrorregiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Conforme se observa, considerando estes profissionais, 111 (57%) estão vinculados aos serviços da Atenção Básica e 82 (43%) estão vinculados aos serviços de Média e Alta Complexidade.

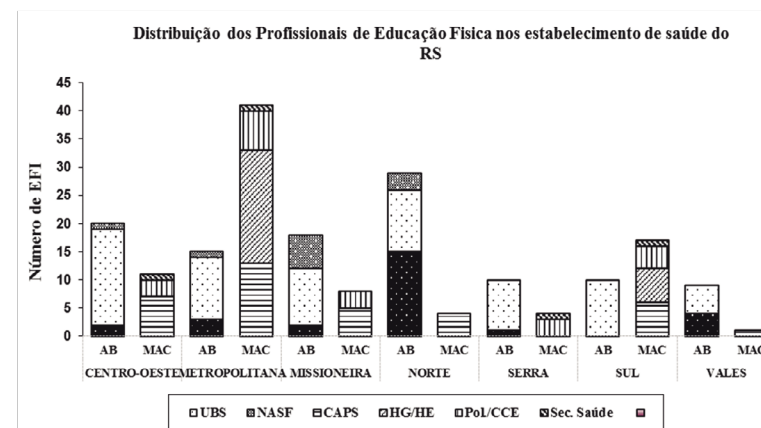


Figura 1 - Relação dos 193 Profissionais de Educação Física (PEF) cadastrados no CNES, em 2014, distribuídos nos serviços de saúde do SUS, nas sete Macrorregiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Nota: Serviços vinculados a: AB (Atenção Básica), MAC (Média e Alta Complexidade). Estabelecimentos da AB: Acad. Saúde (Academia de Saúde), UBS (Unidade Básica de Saúde), NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Centro de Apoio à Saúde da Família); Estabelecimentos do MAC: CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), HG (Hospital Geral), HE (Hospital Especializado), Pol (policlínica), CCE (Clínica/Centro de Especialidade), Sec. Saúde (Secretaria de Saúde).

Em relação aos PEF vinculados aos serviços de Média e Alta Complexidade (MAC), destaca-se a Macrorregião Metropolitana, o que pode ser explicado em função dessa área possuir mais hospitais (boa parte desses profissionais estão inseridos no Hospital Geral), assim como municípios mais populosos, o que permite a implementação de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Da mesma forma, a Macrorregião Sul também possui vários PEF, 17 (63%), vinculados à MAC.

Considerando o número de PEF vinculados à Atenção Básica, figura 1, a Macrorregião Norte possui o maior número com 29 (26%), seguido pela Centro-Oeste com 20 (18%) e a Missioneira com 18 (16%). Na Macrorregião

Norte, os PEF distribuem-se em 11 (38%) na UBS, 15 (52%) na Academia de Saúde, e 3 (10%) no NASF. Na Macrorregião Centro-Oeste os PEF distribuem-se em 17 (85%) na UBS, 2 (10%) na Academia de Saúde e 1 (5%) no NASF. Na Macrorregião Missioneira os PEF distribuem-se em 10 (56%) na UBS, 2 (11%) na Academia de Saúde e 6 (33%) no NASF. Sendo essas três Macrorregiões (Norte, Centro-Oeste e Missioneira) serem as que mais contrataram PEF para atuar na atenção básica.

Conforme se observa na figura 2, a inserção dos PEF na atenção básica nos últimos três anos (2011, 2012 e 2013) apresentou um crescimento notável. Os anos anteriores a 2011 corresponderam ao período de inserção de 20 (18%) PEF. No ano de 2011, inseriram-se 16 (14%) PEF; no ano de 2012, foram 12 (11%) PEF; no ano de 2013, foram 56 (50%) PEF e os três primeiros meses do ano de 2014 correspondem à inserção de 8 (7%) PEF. No ano de 2013, a Macrorregião Norte foi a que mais contratou PEF, em sua grande maioria em Programas da Academia da Saúde, o que pode ser explicado pelo significativo incentivo e pela facilidade de se inserir um polo de academia da Saúde, um deles pela equipe reduzida (mínimo um profissional 40h).

O fato do número de PEF que se inseriram na atenção básica no ano de 2013 corresponderem a 50% de todos os anos até então, um percentual alto, permite inferir que esse profissional está apenas começando a sua trajetória no SUS. Esse crescimento de PEF inseridos no SUS gera certo otimismo quando se considera que é desejável oferecer serviços de promoção à saúde da população através do trabalho destes profissionais. No entanto, é necessário esclarecer que não basta ter o PEF inserido no SUS: é preciso saber qual é a atuação profissional que se deseja, e se ela vai ao encontro dos princípios do SUS.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006b), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2006a), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2009), o Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2011), são exemplos de políticas que podem ser usadas como uma boa estratégia para contribuir para a prevenção e o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis. A implementação dessas políticas voltadas para a promoção da saúde, tem possibilitado a criação de espaços para população realizar práticas regulares de atividade física, de forma supervisionada, circunstância potencializadora da inserção do profissional de EFI na atenção básica.

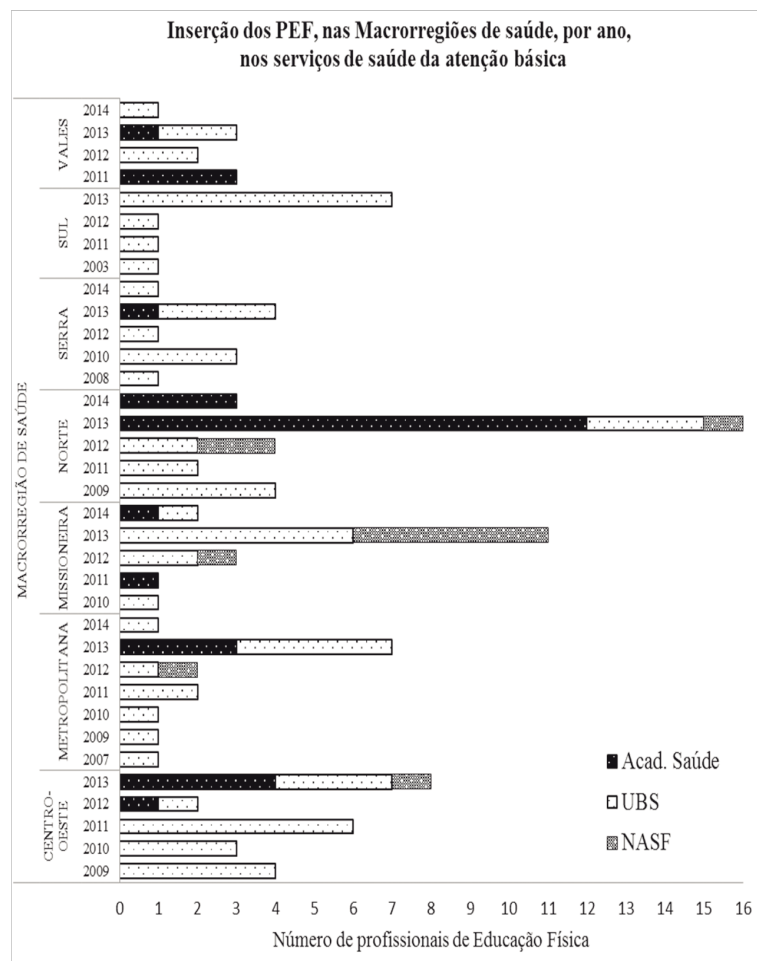


Figura 2 - Relação da inserção na Atenção Básica do número de Profissionais de Educação Física (PEF) por ano, segundo Macrorregião de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

Além da orientação e incentivo do PEF quanto à prática de exercícios regulares, é importante e necessário o município proporcionar espaços públicos adequados e que as reestruturações realizadas nos espaços públicos do município façam com que aumente a oferta para a

população de locais aptos a prática de algum tipo de atividade física. (SILVA et al., 2011) É importante e necessário realizar avaliações que possibilitem verificar os impactos e a efetividade do programa na população (MENDONÇA et al., 2009; HALLAL et al., 2009; MORAES et al., 2010; GUARDA et al., 2014) e, dessa forma, contribuir para que os governantes e/ou administradores visualizassem o impacto do projeto e assim justificar a ampliação e a consolidação como política pública. (MORAES et al., 2010)

Os estudos mostram que os indivíduos que aderem a programas (por exemplo, Academia da Saúde) apresentam melhoras nos componentes de aptidão física relacionada à saúde, diminuição e controle dos níveis de pressão arterial, controle dos níveis de glicemia e colesterol (MENDONÇA et al., 2009), e diminuem o uso dos serviços de saúde da atenção básica. (GIRALDO et al., 2013) No entanto, é necessário ter o cuidado para não passar a ideia de que a atividade física funciona como um remédio para todos os males (FRAGA et al., 2009), e focar somente em indicadores de saúde. (SILVA et al., 2011) Considera-se que algumas melhorias na vida das pessoas são identificadas na percepção subjetiva de saúde, na capacidade funcional, na qualidade de vida, no aumento das relações sociais e na criação de redes de proteção social. (MENDONÇA et al., 2009)

A melhora na percepção subjetiva da saúde só irá surgir se a atividade na qual o indivíduo estiver inserido produzir algum significado, fizer algum sentido. Para que isso aconteça, o PEF da atenção primária de saúde deve direcionar a sua prática para o aspecto educativo, incentivar hábitos saudáveis através de diferentes estratégias, e essas devem ser pensadas e discutidas com a comunidade, chamando a atenção para o cotidiano em que vivem e para os valores que priorizam. (FREITAS, 2007) Nesse sentido, é necessário que as ações da Educação Física na

saúde privilegiam o processo e, em especial, o vínculo com a população, os territórios, o trato com a informação e com o conhecimento, a possibilidade de multiplicar as intervenções e a transversalidade que significa constituir um modo de organização que se opõe à verticalidade hierárquica das funções. (CARVALHO, 2007)

Os resultados desse estudo apontam para um crescimento na inserção dos PEF na Atenção Básica, em especial no ano de 2013, fato que ocorre, possivelmente, devido ao incentivo da implementação de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde. Nesse sentido, é importante que o PEF reflita sobre a forma de direcionar as suas ações, para potencializar o espaço que ocupa no SUS, e dessa forma proporcionar para a população muito mais do que a melhora de indicadores de saúde.

Este estudo apresenta algumas limitações, tais como a utilização de bancos de dados diversos, a existência de outras variáveis não controladas, e também o impacto de outras políticas públicas.

Considerações finais

Os resultados desse estudo apontam que o aumento da inserção dos PEF na Atenção Básica pode ser influenciado pela implementação das políticas públicas que priorizam a promoção da saúde através das práticas corporais e atividade física. A distribuição dos PEF nos serviços de saúde do Estado do Rio Grande do Sul ocorre de maneira desigual. Destaca-se a Macrorregião Norte, com o maior número, e tendo a principal inserção em Programas da Academia da Saúde. Seguido pela Macrorregião Missioneira, onde a principal inserção dos PEF é nas UBS. A Macrorregião

dos Vales é mais desfavorecida em relação à inserção dos PEF. No último ano, a inserção dos PEF na Atenção Básica apresentou um aumento significativo e, dependendo da forma de atuação desse profissional, ele poderá contribuir para modificar as formas de se fazer saúde.

Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadastramento Nacional de Estabelecimentos de Saúde** - CNES. [Site]. Disponível em: <cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 fev. 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informações de Saúde** (TABNET). [Site]. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSrs.def> . Acesso em: 5 maio. 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n° 1.029, de 20 de maio de 2014**. Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n° 256, 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).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução CIB n 555, 19 de setembro de 2012**. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais (CIR). [acessado 2014 jan 14]. [cerca de 4 p.]. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1348591506_cibr555_12.pdf

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde** / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n° 719, de 7 de abril de 2011**. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n° 409 de 23 de julho de 2008**. . Institui a FCES – Ficha Complementar de Cadastro das Equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – SCNES.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS** – PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BUENO, A.X. **Entre o Fazer e o Registrar da Educação Física no NASF**: a relação conflitante entre a classificação brasileira de ocupações e os procedimentos possíveis de registro pelo profissional de educação física. 2012. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

CARVALHO, Y.M. Práticas corporais e comunidade: um projeto de educação física no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (Universidade de São Paulo). In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Orgs.). **Educação física e saúde coletiva**: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS. 2007, p.63-72.

_____. Promoção da Saúde, Práticas Corporais e Atenção Básica. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FRAGA, A.B. et al. “Sedentarismo é...”: concepções de praticantes de caminhada e a medicalização das práticas corporais. In: FRAGA, A. B.; MAZO, J. Z.; STIGGER, M. P.; GOELLNER, S. V. (Orgs.). **Políticas de lazer e saúde nos espaços urbanos**. Porto Alegre: Gênese, 2009.

FREITAS F.F. **A Educação Física no serviço público de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

GIRALDO, A. E. D. et al. Influência de um programa de exercícios físicos no uso de serviços de saúde na Atenção Básica de Saúde do município de Rio Claro, SP. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v.18, n.2, p.186-196, 2013.

GUARDA, F.R.B.; SILVA, R.N.; SILVA, S.M.; SANTANA, P.R. A atividade física como ferramenta de apoio às ações da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas. v.19, n.2, p.265-270, Mar. 2014.

HALLAL, P.C. et al. Avaliação quali-quantitativa do programa academia da cidade, recife (PE): concepções dos professores. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v.14, n.1, p.9-14, 2009.

HALLAL, P.C. et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p.70-78, jan. 2010.

MENDONÇA, B.C.A.; TOSCANO, J.J.O.; OLIVEIRA, A.C.C. Promoção da atividade física programa academia da cidade Aracaju: promovendo saúde por meio da atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v.14, n.3, p.211-216, 2009.

MORAES, P.; SEBASTIÃO, E.; COSTA, J.L.R. Projeto Saúde na Praça: uma experiência de promoção da saúde em Araraquara-SP. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v.15, n.4, p.255-259, 2010.

SANTOS, S.F.S.; BENEDETTI, T.R.B. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v.17, n.3, p.188-194, jun. 2012.

SILVA, L.; MATSUDO, S.; LOPES G. Do diagnóstico à ação: Programa comunitário de atividade física na atenção básica: a experiência do município de São Caetano do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v.16, n.1, p.84-88, 2011.

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 & Saúde**, Pelotas, v. 16, n. 1, p. 5-10, 2011.

WARSCHAUER, M.; D'URSO, L. Ambiência e Formação de Grupo em Programas de Caminhada. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, supl.2, 2009.

OS JOGOS EM JOGO: uma iniciativa por uma relação mais saudável no ambiente escolar¹

*Victor José Machado de Oliveira
Vinícius Penha*

Estudante perguntando para uma pessoa da escola: Cadê o professor de Educação Física? Professor? Queremos falar com você. Esse ano não vai ter interclasse?

Professor: Depende, se for pra ser do jeito que estão acostumadas(os) acho difícil ter, talvez possamos pensar em outras possibilidades.

Estudante: Professor, deixa de ser “doido”, interclasse é interclasse, turma contra turma, sempre foi assim. Os times já estão prontos.

Não contente com a resposta, o estudante se reúne com outras(os) estudantes e juntas(os) procuram a pedagoga.

Estudantes conversam com a pedagoga: Pedagoga, o professor de Educação Física

¹ O presente texto é oriundo de uma pesquisa que contou com auxílio financeiro, na modalidade bolsa de mestrado, da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES).

disse que não vai ter interclasse esse ano, como vai ficar?

Sem que soubéssemos de toda a trama que estava sendo realizada pelas(os) estudantes fomos procurados por uma das pedagogas² da escola.

Pedagoga: Professor, os alunos vieram me dizer que você não fará interclasse esse ano, qual é a sua proposta?

Pausa para contextualizarmos a situação.

Projeto – Os jogos em jogo: a iniciativa da EMEF Sol³ por uma relação mais saudável. (cf. OLIVEIRA, 2014)

A aproximação do período para a realização dos jogos escolares (interclasse) cruzou com a realização de uma pesquisa e formação continuada sobre a tematização da saúde na Educação Física (EF) escolar. O que poderia surgir desse encontro? Vejamos.

A saúde é um tema afeto à EF desde sua institucionalização na sociedade brasileira nos meandros do século XIX e início do XX. A partir de um projeto (moderno) de nação que envolvia, entre outras questões, uma mentalidade científica, médica e higienista foram proporcionados os meios para a escolarização da ginástica - que posteriormente foi denominada de EF. A ginástica/EF era vista pelos profissionais da saúde (leia-se médicos) da época como uma importante ferramenta para a promoção da saúde da população. (GÓIS JÚNIOR, 2013) Hoje, no século XXI, após um vasto desdobramento sócio-histórico

² Em 2013, ano em que o fato aconteceu, a escola tinha duas pedagogas, uma para ser referência para as séries iniciais e a outra para ser referência para as séries finais do ensino fundamental. Nesse caso, a primeira conversa aconteceu com a pedagoga das séries iniciais, embora desenvolvêssemos o trabalho nas séries finais.

³ O nome da escola foi preservado por questões éticas da investigação.

da saúde,⁴ tanto na sociedade brasileira de uma forma geral quanto, especificamente, em sua relação com a escola, este tema ainda guarda fortes relações com a EF. Não obstante, essa relação se dá pelo viés biológico que se restringe a dois principais discursos: a) saúde é a ausência de doença e b) atividade física é igual à saúde. Diante de tal cenário, emerge uma importante tarefa, qual seja, a de ampliar esses entendimentos (problemáticos) que geram preceitos e práticas (restritas e negativas) de educação para a saúde. Encaramos essa tarefa no presente texto a partir de um diálogo que apresenta dois pontos de vistas que atravessaram uma investigação (e formação) acerca do tema da saúde na EF escolar. De um lado Victor, que realizava seus estudos de mestrado e de outro Vinícius (Vini), colaborador da pesquisa e um dos atores envolvidos na epígrafe anteriormente mencionada. Ambos vivenciaram (o segundo muito mais que o primeiro) a constituição de um projeto de educação para a saúde a partir dos jogos escolares realizados em uma escola no município de Vitória/ES.

Victor: De certo, uma das (possíveis) contribuições da EF para a promoção da saúde das populações perpassa o âmbito educacional, ou seja, trata-se do desenvolvimento de uma educação para a saúde (Gesundheitserziehung) que, segundo os alemães Kottmann e Küpper (1999), é percebida a partir de uma ação dupla: proporcionar experiências positivas e construir competências e habilidades no campo

⁴ Não é nossa intenção realizar um estudo histórico sobre a presença da saúde na sociedade brasileira e suas relações com a escola e, especificamente, com a EF. Contudo, vale ressaltar que houve importantes mudanças durante o período de sua institucionalização no século XIX até o século XXI, por exemplo, a ampliação do conceito e práticas em saúde.

do movimentar-se.⁵ Dentro desse espectro, surge uma pesquisa dentro do Laboratório de Estudos em Educação Física (LESEF/CEFD/UFES) - a partir da parceria do projeto maior entre UFRGS/UFES/USP - subdividido em duas frentes de investigação: uma que investigava a inserção das práticas corporais no Sistema Único de Saúde (SUS) e outra, a qual me vinculei, que passou a se chamar “saúde escola”. O objetivo da frente “saúde escola” foi o de alinhar o escopo de pesquisa do Lesef a respeito dos estudos pedagógicos como contribuição ao projeto maior que se debruçava sobre a questão da primeira frente: “práticas corporais e SUS”.

A partir de um primeiro levantamento sobre o tema, visualizamos o surgimento do Programa Saúde na Escola (PSE), em 2007, e decidimos ser esse um profícuo ponto de entrada em campo - já que o PSE se instaurou no município de Vitória/ES no ano de 2008. A pesquisa também contou com o estabelecimento de uma parceria com a Secretaria Municipal de Educação (SEME). Um primeiro passo foi fazer um levantamento dos projetos escolares relacionados com a saúde (encontrados nos Projetos Políticos Pedagógicos - PPP), principalmente aqueles vinculados à EF. Percebemos a ausência de temáticas que priorizassem a saúde nos projetos relacionados a essa disciplina.

Foi então que propomos junto à SEME uma formação continuada, baseada nos princípios da pesquisa-ação (THIOLLENT, 1985; ELLIOTT, 2000), para os professores de EF do município. A principal justificativa para o desenvolvimento da formação se deu a partir de um dos objetivos do PSE de fortalecer ações de saúde nas escolas a partir da inclusão de projetos, imbuídos nessa temática, nos PPPs das mesmas

⁵ O conceito de experiências positivas e as competências e habilidades vinculadas à abordagem de educação para a saúde de Kottmann e Küpper (1999) são apresentadas e discutidas em Oliveira, Gomes e Bracht (2014).

- nesse caso, a inclusão de projetos vinculados à EF, até então, ausentes em nosso levantamento. Foi estendido o convite aos professores das Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF), porém apenas dezoito, dentre todos os professores da rede, aderiram e somente seis concluíram a formação. Os seis professores construíram cinco projetos⁶ numa perspectiva ampliada⁷ de saúde.

Dentre esses professores, encontra-se o Vini, amigo de laboratório e também autor deste capítulo. A principal ideia deste texto é dar visibilidade a um dos projetos, protagonizado por Vini (em parceria com outra professora), pelo seu diferencial em apresentar a educação para a saúde no ambiente *extra-aula* de EF. Nesse sentido, o objetivo perpassa em romper com o entendimento segregado da aula dessa disciplina para o forte papel que ela pode exercer no contexto escolar juntamente com as outras disciplinas e agentes escolares no âmbito da promoção da saúde/educação para a saúde.

Vini: Concordamos com Victor quando afirma que a EF contribui com a promoção da saúde também no âmbito educacional, entendendo como âmbito educacional, a escola. E mesmo estando em acordo com tal afirmação, ainda não havíamos tematizado a saúde em nosso ambiente de trabalho (escola pública do município de Vitória), ainda

⁶ Para mais informações conferir Oliveira (2014) e Oliveira, Martins e Bracht (2015).

⁷ Norteamos o conceito ampliado a partir de autores como Canguilhem (2002) e Dejours (1986). Buscando ultrapassar a concepção (restrita) de que saúde é a ausência de doença, logramos ser a saúde uma questão que se liga as pessoas em seu potencial coletivo de criar e lutar por seus projetos de vida em direção ao bem-estar, inclusive no que tange à necessidade de capacitá-las a superarem e resistirem às infidelidades do meio. “Portanto, nossa premissa teórica acerca de um conceito ampliado de saúde advém das possibilidades de conferir autonomia às pessoas para que possam dirigir sua saúde, imbuídos em questões que vão do plano pessoal-individual até o plano das relações sociais”. (OLIVEIRA; MARTINS; BRACHT, 2015, p.246-247) Mais dessa discussão ocorrerá durante o texto.

que fôssemos integrantes do projeto de pesquisa ao qual Victor menciona no início do texto. E se ele compunha uma frente da pesquisa denominada saúde na escola, nós compúnhamos a outra frente, saúde e práticas corporais no SUS, de modo que não nos encontrávamos, isto é, os encontros dos dois grupos eram em dias e horários diferentes.

Em seu curso de mestrado, Victor propôs uma pesquisa pautada na metodologia da pesquisa-ação e a frente saúde na escola lançava a proposta de formação para as(os) professoras(es) da rede municipal de Vitória e, como integramos tal rede, nos colocamos à disposição para participarmos da formação. Vale dizer que, concomitante a esse processo, nosso trabalho fluía na escola com a tematização das práticas corporais com estudantes de 5ª a 8ª séries até que em um dos encontros da formação nos foi solicitada a elaboração de um projeto que tematizasse a saúde na escola. Nesse momento, aceitamos a solicitação, mas não sabíamos como faríamos tal projeto, uma vez que nossos planos de trabalho já estavam elaborados até que... o cotidiano nada linear da escola nos apresenta uma questão, qual seja, a realização dos jogos escolares, comumente conhecido pela comunidade escolar como interclasse. Já havíamos sido questionados sobre tais jogos, mas de uma maneira mais branda; no entanto, dessa vez sentimos que estavam “falando sério”, que queriam uma posição nossa a esse respeito e que não esperariam por muito tempo para que nos pronunciássemos oficialmente sobre a realização ou não do interclasse. Respondemos que não éramos a favor do interclasse e que provavelmente não o realizaríamos, pelo menos da maneira como estavam acostumadas(os). Nossa resposta soou como um “NÃO!”, como um “soco” no meio do rosto e a reação das(os) estudantes foi procurar a instância hierárquica acima da figura de professor(a), a pedagoga (cf. a epígrafe do texto).

Concomitante a esse processo vivido na escola, é criado o curso de formação já citado anteriormente. Surge então a ideia de juntarmos os jogos com a saúde, de modo que toda a escola fosse envolvida, mas para isso foi preciso compreender os jogos e a saúde que queríamos.

Nesse sentido, acreditamos que pensar e trabalhar a saúde na escola não é privilégio da EF, pois sendo a saúde um tema transversal contemplado nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), todos os componentes curriculares deveriam se preocupar com ela, sobretudo por sermos “invadidos” o tempo todo por uma avalanche de propagandas sobre como ser saudável. Mesmo que a EF não seja obrigada a trabalhar sozinha com esse tema, ela se sente na responsabilidade de tratá-la pedagogicamente, uma vez que ela é diretamente associada à saúde, sobretudo pelo viés da atividade física.

Mas trabalhar saúde na escola implica saber o que estamos entendendo por saúde, quais são nossas perspectivas em relação à saúde para então demarcarmos o que queremos trabalhar e de que maneira pretendemos trabalhar.

Destarte, não acreditamos que a saúde seja apenas falta de doença, ela engloba outros aspectos que vão para além da fisiologia ou do biológico, tem a ver com a moradia, com o trabalho, com a educação, com as relações sociais, enfim, com a maneira como lidamos com nossa própria vida e com a vida do outro. Desse modo, quando sistematizamos um plano de trabalho cujo pano de fundo seria a saúde, não enfatizamos alguns aspectos que poderiam ou que normalmente seriam os principais a serem trabalhados, como: frequência cardíaca, pressão arterial, índice de massa corporal, etc. Isso não quer dizer que não consideramos esses aspectos importantes, ao contrário, sabemos que são relevantes e que todos devem conhecê-los, porém o que

queríamos naquele projeto era abordar outros aspectos que também estão ligados à saúde.

Um desses aspectos é a maneira como nos relacionamos com as outras pessoas, ou seja, a maneira como nos colocamos na relação com o outro. Assim, nossa preocupação foi fazer com que a escola fosse um local saudável no que diz respeito ao relacionamento entre os sujeitos, que sejamos marcados por relações amigáveis, afetuosas e que a coletividade, a solidariedade e a colaboração sejam hábitos de um modo saudável de viver.

Em outras palavras, optamos neste trabalho em desenvolver uma concepção ampla (*ganzheitlich*) de saúde, tal como sugerem Kottmann e Küpper (1999). Para os autores, tal concepção exige a precisão de objetivos em diferentes eixos, que estão organizados/orientados nos planos: *pessoal-individual* – em suas relações de movimento e sensibilidade (*Befindlichkeit*) que são vivenciadas individualmente; *social* – nas condições e repercussões das práticas corporais/esportivas coletivas para o bem-estar de todos; e *ecológico* – na mútua influência entre as práticas corporais/esportivas e a natureza. (KOTTMANN; KÜPPER, 1999)

Desse modo, apostamos em uma EF que apresenta um plano de trabalho para a escola que tem como eixo central os jogos escolares, ou o que comumente é conhecido nas escolas como interclasse, no qual as turmas montam suas equipes e disputam *contra* as outras (Ex.: 7ª A x 8ª B). Pois bem, aqui vale alguns esclarecimentos sobre esse modelo de jogo.

Em tese, a escola trabalha o interclasse como sendo um momento de integração entre as(os) estudantes, professoras(es), equipes técnica e pedagógica por meio de jogos, geralmente de futebol e de vôlei. As equipes são formadas a partir das turmas, ou seja, cada turma define

seu próprio time para jogar contra outra turma. Esse tipo de estrutura nos levou a algumas indagações, por exemplo, será que todas as pessoas que têm interesse em participar, participam? Ou apenas as(os) mais habilidosas(os), por terem essa característica, tomam a frente e montam a equipe a partir de seus pares (habilidosas(os))? Por que não podemos pensar em formar mais de um grupo por turma, mesclando as(os) mais habilidosas(os) e as(os) menos habilidosas(os)? Se a ideia central é a integração entre os sujeitos da escola, como pensar em uma integração na qual as(os) mais habilidosas(os) jogam e as(os) menos habilidosas(os) torcem? Que lógica perversa é essa que assombra a escola? Por que deixar que se tenha em uma provável final de interclasse uma turma da oitava série contra uma turma da quinta série? Por que o professor de EF deve fazer tudo sozinho? Por que as(os) estudantes devem apenas se envolver com o jogo, ou melhor, com o dia do jogo? Se pensamos em uma escola que discursa sobre possibilitar ao estudante o acesso a uma educação pautada na criticidade e na autonomia, então o interclasse pode ser uma oportunidade interessante para de fato efetivarmos a crítica e a autonomia, além de tornar o ambiente mais saudável.

Com isso, deixamos de pensar em turmas que se preparam para jogar contra outras turmas, pensando em ganhar a qualquer preço, sem se importar com o outro e passamos a nos preocupar com um tipo de jogo que tinha como principal objetivo o *encontro* com o outro, de se colocar na relação com o outro em uma perspectiva que visasse potencializar a vida do sujeito, no sentido de torná-la ainda mais interessante, alargamento dos possíveis e da ampliação das redes afetivas. Desse modo, propusemos que os grupos fossem formados por pessoas de diferentes turmas e séries, ou seja, em um mesmo grupo teríamos estudantes de 5ª, 6ª, 7ª e 8ª séries, podendo ser masculino,

feminino e/ou misto. Assim, a ideia do encontro como potência de vida e como possibilidade de se criar um ambiente mais saudável poderia começar a dar certo.

Em um primeiro momento, realizamos uma reunião com os representantes das turmas para saber o que pensavam dessa nova perspectiva e também para saber se havia alguma outra proposta. O que surgiu foi o discurso de que não conheciam as(os) estudantes de outras turmas⁸ e que já estariam acostumados a jogarem juntos pela turma. Percebemos uma enorme resistência por parte das(os) estudantes em realizar equipes por pessoas de diferentes turmas, ao mesmo tempo em que também percebemos que essas(es) mesmas(os) estudantes ainda não haviam compreendido o sentido da proposta.

Doravante, trazemos aqui algumas propostas que foram encaminhadas pelas(os) estudantes, quais sejam, as 5ª e 6ª jogarem entre si e as 7ª e 8ª jogarem entre si. As modalidades apresentadas foram futsal (masculino e feminino), vôlei (misto) e queimada (misto e envolvendo estudantes de 5ª a 8ª séries). Vale dizer que após algumas reuniões decidimos (professoras(es) e estudantes) adotar a proposta supracitada.

Nossa proposta de criação de grupos se deu da seguinte maneira: listamos as(os) estudantes que se interessaram em participar das modalidades e a partir daí montamos os grupos, de modo que tivemos formações entre 5ª e 6ª séries e entre 7ª e 8ª séries, de modo que a quantidade dos grupos dependeu da quantidade de pessoas inscritas.

Em relação às regras dos jogos, foram construídas coletivamente com (as)os representantes de turma. Vale

⁸ Ressaltamos que a maioria das(os) estudantes mora no mesmo bairro e havia uma enorme relação de parentesco entre elas(es), o que nos levou a acreditar que essa justificativa não se sustentava.

dizer que algumas regras foram consideradas a partir das regras oficiais e outras criadas pelas(os) próprias(os) estudantes, como jogar somente com os pés descalços.

Os jogos foram realizados na semana da criança e tivemos como encerramento uma festa para as(os) estudantes de 1ª a 8ª séries, na qual foram entregues medalhas para todas(os) as(os) participantes de 5ª a 8ª séries e, de 1ª a 4ª séries foram entregues brindes.⁹

Victor: Suas palavras me fizeram pensar em outros trabalhos já desenvolvidos e apresentados na literatura especializada da área, por exemplo: Farinati e Ferreira (2006), Knuth, Azevedo e Rigo (2007) e Pina (2008). Todos os autores apresentam a inserção prática/teórica do tema da saúde nas aulas de EF, exceto Farinati e Ferreira (2006) que apresentam um projeto que extrapolou o momento da aula. Percebe-se entre os autores que a aula é um *espaçotempo* para a inserção de questões afetas à saúde. Contudo, ambos apresentam distintas formas de se abordar o tema - desde questões advindas da fisiologia até o trabalho crítico-reflexivo. Outro trabalho que veio a contribuir com a discussão da saúde na EF escolar é assinado por Ferreira (2001). Ao propor uma ampliação do enfoque dado à relação aptidão física e saúde, o autor coloca como a “grande” tarefa da EF “habilitar os alunos a praticar o exercício físico e o desporto e a compreender os determinantes fisiológicos, biomecânicos, sociopolítico-econômicos e culturais dessa prática”. (FERREIRA, 2001, p.51)

⁹ Por conta do limite de espaço do texto optamos por dar centralidade aos jogos desenvolvidos com as turmas de 5ª a 8ª séries, assim, suprimindo a apresentação e análise da outra “metade” do projeto que foi desenvolvido com as turmas de 1ª a 4ª séries pela professora de educação física referência das séries iniciais. Contudo, podemos dizer que para os menores foi desenvolvido um festival com variadas atividades, por exemplo: queimada, festival de pipas, jogos e brincadeiras, etc. Não houve divisão de times, as crianças chegavam e participavam das atividades que mais lhe interessassem.

Não obstante, o projeto apresentado por Vini nos possibilita perceber que a “ampliação do enfoque” deve superar a própria relação atividade física e saúde tanto quanto o *espaçotempo* da aula quando se pensa na promoção da educação para a saúde no ambiente escolar. Principalmente no que tange a percepção dos jogos como dispositivos para potencializar a vida das(os) estudantes que frequentam esse ambiente. Contudo, surge uma questão: como podemos afirmar que tal projeto, desenvolvido por Vini, relaciona-se com a promoção da saúde?

Para respondermos a tal questão, recorremos ao argumento de Bracht (2013) de que a saúde para a EF é uma questão pedagógica, ou seja, ela se situa no plano de uma educação para a saúde. Na esteira de Kottmann e Küpper (1999), fundamentamos nosso argumento (assim como já o fez Vini por seu turno) uma vez que tal projeto se liga ao plano social da educação para a saúde. A premissa desse plano coloca como objetivo a percepção, compreensão e vivência de experiências das inter-relações sociais durante o movimentar-se com seus possíveis significados para o bem-estar de todos. Ou seja, a saúde ganha uma dimensão relacional; e no projeto desenvolvido é possível perceber como ele se liga às próprias pessoas. (DEJOURS, 1986)

Outro elemento profícuo é o caráter lúdico e gregário (FRAGA, 2006) que circunda as práticas corporais que passam a fazer “parte do conjunto de valores culturais que [dão] sentido à vida” (p.114). Pensamos contribuir para uma saúde coletiva quando os jogos passam a ter significância para um número maior de estudantes e não somente aquelas(es) que são as(os) “mais habilidosas(os)”. Dessa forma, outras(os) estudantes podem acessar o movimentar-se a partir dos jogos escolares como uma prática conferidora de sentido para suas vidas. Aí se encontra um possível dispositivo para potencializar a vida

das pessoas, o que pode contribuir para a adesão no âmbito das práticas corporais. (KOTTMANN; KÜPPER, 1999)

Para Kottmann e Küpper (1999), a adesão às práticas corporais não se restringe somente às aulas de EF. Portanto, se faz necessário oferecer oportunidades de transferência das experiências obtidas durante as aulas. Os jogos escolares experienciados pelas(os) estudantes foram uma oportunidade para que esses testassem o “agir responsável” (OLIVEIRA; GOMES; BRACHT, 2014) adquirido pela participação ativa desses no processo de construção, discussão e reflexão sobre os próprios jogos. Segundo Dejours (1986), a saúde pode ser encarada como a capacidade das pessoas em criar e lutar por seus projetos de vida em direção ao bem-estar (físico, psíquico e social). A partir desse entendimento, compreendemos que as(os) estudantes puderam construir sentidos e significados pessoais e coletivos positivos no âmbito das práticas corporais, ao mesmo tempo em que agregaram tais experiências aos seus projetos de vida.

Uma aposta feita por Vini (que deu certo!) foi a promoção de *encontros* como uma condição para potencializar a vida das(os) estudantes e a promoção de espaços mais saudáveis para as relações sociais. Por exemplo, os encontros vividos possibilitaram às(aos) estudantes jogarem *com* o outro e não *contra* o outro. Creio que resida aqui, neste ponto, uma profícuo contribuição da EF para a promoção da saúde no ambiente escolar.

Vini: Sua avaliação nos remete não só ao que pensamos, mas também à maneira como nos sentimos ao término dos jogos, pois após o “apito final” a tensão começou a desaparecer do nosso corpo, sentíamos que começávamos a respirar mais aliviados pelo fato de os jogos terem dado certo, tanto para nós como para as/os estudantes (percebemos na maioria delas/es uma entrega

e uma disposição para experienciarem de uma maneira diferente os jogos dentro da escola). Durante toda a semana esperávamos um boicote por parte das(os) estudantes, uma vez que os embates durante a organização foram ferrenhos. Tivemos alguns boicotes isolados, de pouquíssimas(os) estudantes que se recusaram a jogar alegando que seu time estava mais fraco do que o outro. Essa postura nos auxiliou, pois se tínhamos em mente trabalhar a relação com o outro de modo a potencializar a vida do sujeito, podemos dizer que a ausência daquelas(es) que boicotaram favoreceu nesse aspecto, de modo que as equipes “pegavam” pessoas emprestadas de outras equipes. Essa ação enfatizou a importância no jogar *com* o outro muito mais do que no rivalizar um time contra o outro.

Há também outro ponto que nos chamou a atenção e que, após o apito final, pudemos refletir sobre ele, o envolvimento da escola. Acreditamos que fomos limitados nesse ponto, pois não conseguimos nos reunir com todos as(os) professoras(es) para discutir detalhadamente o plano de trabalho e explicar a concepção que estávamos adotando, bem como a aposta de educação (para a saúde) que estávamos fazendo. Isso gerou um não envolvimento por parte das(os) professoras(es), ou melhor, não gerou um engajamento que almejávamos e, por isso, pensamos que para uma próxima ação, nós tenhamos que garantir um *espaçotempo* na escola para discutirmos planos de ação que envolvam toda a escola.

Ressaltamos um momento em que toda a escola esteve presente e que, para nós, foi quando a saúde se destacou, a festa de confraternização. Realizamos uma festa comandada pelo Professor DJ que animou as(os) estudantes e professoras(es) do início ao fim. Ver e dançar com as(os) estudantes e professoras(es) nos fez perceber que uma outra escola é possível, que se relacionar com o outro de uma maneira saudável é possível, que abraçar,

sorrir, brincar e dançar com o outro torna a vida mais potente. Era perceptível os momentos de alegria nos corpos das(os) que estavam no baile e ver estudantes de 1ª a 8ª séries compartilhando o mesmo espaço e dançando juntos nos permite dizer que esse *é/foi* um *espaçotempo* de produção de saúde, e não falamos aqui da saúde apenas pelo viés fisiológico ou biológico, mas saúde no sentido lato, das relações humanas, das relações que potencializam a vida dos sujeitos.

Fazer parte da formação sobre o PSE e trabalhar com saúde na escola (em especial nos jogos) nos fez perceber que há muita luta pela frente, há muito embate para lidarmos, mas se acreditamos naquilo que fazemos, então vale a pena lutar por relações mais saudáveis, que tenham como preocupação o cuidado consigo mesmo e o cuidado com o outro.

Após termos lidado com a tarefa anunciada no início deste texto, podemos traçar algumas considerações finais. A opção textual em formato de diálogo proporcionou potencializarmos a ideia de que as pesquisas nos âmbitos de intervenção da EF (aqui a escola) devem ser cada vez mais horizontalizadas e contextualizadas. Em outras palavras, os processos investigativos devem ser cada vez mais descentralizados e coparticipativos. A intenção não é investigar um determinado grupo, mas investigar com um determinado grupo sobre suas questões e problemas cotidianos.

Se foi possível aprendermos algo com esta investigação, isto se apresentou como processo de construção de espaços de encontros que produzam ambientes mais saudáveis para as relações sociais com possibilidades que visem potencializar a vida das(os) estudantes. Como uma das

limitações do próprio estudo, apresentamos o fato de não termos conseguido acessar de uma forma sistematizada as falas/narrativas dos(as) próprios(as) estudantes que protagonizaram os jogos escolares. Fica essa questão como uma tarefa para novos estudos a serem desenvolvidos. Contudo, nos contatos que tivemos nas relações cotidianas estabelecidas foi possível perceber indícios de que os jogos tiveram um sentido profícuo no desenvolvimento de outras posturas, por parte dos(as) estudantes, diante da relação com o (de cuidado do) outro. Essas percepções remetem a manifestação do sentido gregário e lúdico das práticas corporais como ferramentas de uma educação para a saúde/promoção da saúde no/do ambiente escolar.

Referências

BRACHT, V. Educação Física e Saúde Coletiva: reflexões pedagógicas. In: FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M.; GOMES, I. M. **As práticas corporais no campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.14, n.54, p.7-11, abr./jun. 1986.

ELLIOTT, J. **El cambio educativo desde la investigación-acción**. 3. ed. Madrid: Ediciones Morata, 2000.

FARINATI, P.T.V.; FERREIRA, M.S. Educação física escolar e promoção da saúde: relatos de experiências. In: _____; FERREIRA, M.S. **Saúde, promoção da saúde e educação física: conceitos, princípios e aplicações**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2006.

FERREIRA, M.S. Aptidão física e saúde na educação física escolar: ampliando o enfoque. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v.22, n.2, p.41-54, jan. 2001.

FRAGA, A.B. Promoção da vida ativa: nova ordem físico-sanitária na educação dos corpos contemporâneos. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A.; DA ROS, M. (Orgs.). **A saúde em debate na educação física – vol. 2**. Blumenau: Nova Letra, 2006, p.105-120.

GÓIS JÚNIOR, E. Ginástica, higiene e eugenia no projeto de nação brasileira: Rio de Janeiro, século XIX e início do século XX. **Movimento**, Porto Alegre, v.19, n.1, p.139-159, jan/mar 2013.

KNUTH, A.G.; AZEVEDO, M.R.; RIGO, L.C. A inserção de temas transversais em saúde nas aulas de educação física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v.12, n.3, p.73-78, set/dez 2007.

KOTTMANN, L.; KÜPPER, D. Gesundheitserziehung. In: GÜNZEL, W.; LAGING, R. (Herg.) (Band I). **Neurs Taschenbuch des Sportunterrichts; Grundlagen und pädagogisches Orientierungen**. Baltmannsweliler: Schneider-Verl. Hohengehren, 1999. p.235-252.

OLIVEIRA, V.J.M. **Saúde na educação física escolar: ambivalência e prática pedagógica**. Vitória, 2014. 202f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2014.

OLIVEIRA, V.J.M.; GOMES, I.M.; BRACHT, V. Educação para a saúde na educação física escolar: uma questão pedagógica! **Cadernos de Formação RBCE**, v.5, n.2, p.68-79, set. 2014.

OLIVEIRA, V.J.M.; MARTINS; I.R.; BRACHT, V. Projetos e práticas em educação para a saúde na educação física escolar: possibilidades! **Revista da Educação Física/UEM**, Maringá, v.26, n.2, p.243-255, abr/jun 2015.

PINA, L.D. Atividade física e saúde: uma experiência pedagógica orientada pela pedagogia histórico crítica. **Motrivivência**, Florianópolis, ano XX, n.30, p.158-168, jun. 2008.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1985.

TRAVESSIA (PERIGOSA...) PELO PET-SAÚDE: reflexões a partir de experiências na atenção primária

Alessandro Rovigatti do Prado

Recentemente revi algumas memórias (de um passado não tão distante) a fim de entender o que aconteceu durante a minha formação em Educação Física, quando participei da versão de 2010 a 2012 do Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde (PET-Saúde) da USP-Capital. Digo que ainda preciso entender, mesmo tendo se passado três anos de formado, pois muitas coisas me aconteceram nessa aproximação com o Sistema Único de Saúde (SUS) e ainda continuam a trazer implicações sobre mim.

O processo de experiência é um microuniverso¹ no qual somente nós, viventes de nossas experiências/aventuras, temos acesso e, diga-se de passagem, os meios pelos quais ousamos para fazer esse acesso são os que vão conferir, em certo sentido, credibilidade às nossas (re) descobertas.² E nossas memórias, por assim dizer, merecem

¹ É “micro” no sentido de que se restringe a nossa singularidade e ao nosso modo particular de perceber e de se relacionar com o mundo.

² Utilizo como referencial teórico, a respeito do processo de “experiência”, o texto de Bondía (2002), tanto para ter uma noção mais

um cuidado especial, porque isso não se restringe às nossas vivências escolares (acadêmicas), mas abraça também tudo o que compõe e totaliza a nossa história.

Foi entre os anos 2010 e 2012 que parte de um microuniverso pertencente ao meu envolvimento com o campo da saúde ganhou uma nova direção, a que propiciou uma rota diferente da que eu vinha tecendo em meu imaginário como estudante de Educação Física. Por isso, já adianto a intenção em demonstrar, ao longo deste capítulo, que as minhas experiências de integração ensino-serviço, em que utilizo o PET-Saúde apenas como um exemplo, são um diferencial na minha formação no curso específico.

Entretanto, considerando a riqueza dos detalhes de uma história que se consome pelos atos políticos e que persiste na estruturação de um SUS operativo em seus princípios,³ optei por restringir meu relato ao período que apenas marcou a presença do PET-Saúde na Universidade de São Paulo (USP) e a inserção do curso de Educação Física no referido Programa, o que, conseqüentemente, ocasionou a minha participação nesse movimento de reorientação da formação dentro do campo da saúde. Então, a ideia que se segue é, num primeiro momento, contextualizar o Programa e, na sequência, contar um pouco da minha vivência.

*

A fim de fortalecer a relação entre ensino, serviço e comunidade nos cursos de formação em saúde, o PET-Saúde foi instituído por meio da portaria interministerial MS/MEC n. 1.802/2008. (BRASIL, 2008) Cabe destacar que é uma

ampliada do tema quanto para fundamentar essa e outras reflexões acerca de minhas experiências na atenção primária em saúde.

³ Um referencial que recomendo para uma breve contextualização, com dados históricos acerca das discussões sobre a formação em saúde no Brasil, é o texto *Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva*. (CARVALHO; CECCIM, 2014)

estratégia vinculada ao Pró-Saúde destinada a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família (ESF). (HADDAD et al., 2009) Em outros termos, o Programa decorreu de mobilizações políticas em favor do SUS, e se efetivou com a proposta de incentivar parcerias entre as Secretarias Municipais de Saúde e as Instituições de Ensino Superior (IES); foi um modo de aproximar a universidade do serviço de saúde e da comunidade.⁴

Como foi divulgado em Brasil (2008), é possível notar que os objetivos do Programa são bem variados, mas cabe destacar quatro deles aqui: (1) formar profissionais de saúde para o SUS; (2) fortalecer a integração do ensino com o serviço e com a comunidade; (3) estimular a intersetorialidade e a produção de conhecimento voltada para a atenção primária; e (4) garantir a qualificação do serviço de saúde. São objetivos usados quando pensamos na realidade dos cursos de graduação em saúde no Brasil, pois essas metas, por sua vez, requerem, além de estruturas que comportem atividades universitárias fora da universidade, profissionais qualificados para elas. O que é, digamos assim, um grande desafio institucional.

Em se tratando de uma estratégia federal, diversas universidades, espalhadas pelo Brasil, aderiram ao Programa; cada projeto PET possui as suas singularidades, e o que caracteriza essa diversidade são as peculiaridades políticas locais, as condições físicas (estrutura e equipamentos), recursos financeiros e humanos de cada instituição de ensino, bem como dos serviços de saúde.

Partindo do edital lançado em 2008 pelo Ministério da Saúde, foi em 2009 que aconteceu a primeira edição do

⁴ Para outros detalhes sobre o PET-Saúde, inclusive a respeito do projeto da USP-Capital, recomendo o livro *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: resignificando a formação dos profissionais da saúde*. (FONSÊCA; JUNQUEIRA, 2014)

Programa na USP-Capital. Mesmo que, em princípio, tenha contado apenas com seis áreas da saúde (enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, odontologia e terapia ocupacional), a partir dessa primeira experiência foi possível incluir os demais cursos nos posteriores editais de PET-Saúde.

Na versão seguinte do Projeto, com início em 2010 e término no primeiro semestre de 2012, a Educação Física foi uma das quatro novidades que apareceram no Programa, juntamente com a farmácia, nutrição e psicologia, totalizando dez cursos da área da saúde trabalhando juntos. Nesse período, que se referiu ao período de minha participação, estiveram vinculadas seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas no distrito Butantã,⁵ zona oeste da cidade de São Paulo, e 120 estudantes bolsistas, além dos tutores e preceptores.

Em dezembro de 2011, enquanto essa segunda versão do PET na USP se encaminhava para o final, o Ministério da Saúde, via Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), lançou edital para projetos visando a participação conjunta de IES e Secretarias Municipais/Estaduais no Pró-Saúde, articulado com o PET-Saúde, o Pró PET-Saúde. (BRASIL, 2011) Na verdade, tratou-se de uma continuidade do projeto. Em termos gerais, ampliou-se a integração do ensino com o serviço, o que fez expandir a qualificação do profissional e o cuidado humanizado na graduação das profissões da área da saúde por meio das atividades desenvolvidas nas redes de atenção à saúde.

Na USP-Capital, com início no segundo semestre de 2012, participaram dez serviços de saúde,⁶ compondo

⁵ São elas: Centro Saúde Escola Butantã, UBS Jardim D'Abril, UBS Jardim Boa Vista, UBS Paulo VI, UBS São Jorge e UBS Vila Dalva.

⁶ 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

atividades com saúde da família e com saúde mental. Do impacto dessa última proposição cabe mencionar a iniciativa dos tutores em oferecer uma disciplina interunidades “Práticas, formação e educação interprofissional em saúde” (sediada na Escola de Enfermagem), eletiva e aberta a todos os alunos de graduação como um passo importante e derivado da experiência dos tutores no PETSaúde da Família; de caráter interdepartamental, a disciplina “Psicologia e Saúde” (sediada no Instituto de Psicologia), também era aberta aos alunos de todos os cursos e contou com convidados que trabalham na rede em Saúde Coletiva/Saúde Pública, além de profissionais/preceptores das próprias UBS.

O grupo de docentes que participaram ativamente da proposição do projeto na USP-Capital - da sua implementação e do processo de execução do PET tanto na Universidade como no serviço e na comunidade - surgiu o desejo e o interesse em dar continuidade às atividades interdisciplinares; entretanto, com vínculo em pós-graduação. De toda mobilização e do esforço em favor das políticas educacionais de integração ensino-serviço na Universidade, adveio a criação do Programa de Mestrado Profissional Interunidades Formação Interdisciplinar em Saúde, com sua primeira turma, um grupo multiprofissional de estudantes, iniciada no primeiro semestre de 2014.

Dessa exposição preliminar acerca do PET-Saúde na USP-Capital, então, partirei para uma análise um pouco mais esclarecida a partir de algumas experiências em atividades que participei no Programa. Por conseguinte, pretendo, em tom de encerramento, afirmar que o PET-Saúde é, de uma certa maneira, um potente ingrediente no processo formativo em saúde, tendo em vista, entre outras

Pró-Saúde Mental (PROSAM) Vila Madalena, UBS Parque da Lapa e UBS Vila Piaui.

particularidades, a riqueza da diversificação de cenários no processo de ensino-aprendizagem, a aproximação com o trabalho na atenção primária e a interprofissionalidade, que complementam o projeto pedagógico do curso de graduação.

Experiências e reflexões

Dada a proposição inicial, a saber, que as minhas experiências de integração ensino-serviço, a partir do PET-Saúde, são um diferencial na minha formação, enfatizo neste texto quatro pontos que, em certo sentido, qualificaram o meu processo de ensino-aprendizagem na graduação. São eles: (1) a diversificação do cenário de ensino-aprendizagem; (2) aproximação de estudantes com o ambiente de trabalho na atenção primária em saúde; (3) equipe multiprofissional e a vivência do princípio da integralidade; (4) a abertura para outros modos de pensar o corpo na formação em Educação Física.

Não faz parte do exposto aqui convencer que existe um modo melhor ou pior para formar profissionais ou, ainda, doutrinar que o PET-Saúde precisa ser instituído como uma estratégia obrigatória nos cursos de Educação Física ou de outras áreas de saúde. No entanto, houve um empenho para demonstrar, a partir de uma experiência na atenção primária, que precisamos aceitar que existem outros modos de pensar a formação em saúde,⁷ principalmente, e urgentemente, a de profissionais de Educação Física; e que, para que isso ocorra, é preciso, em certo sentido, sensibilidade e abertura para que possamos fazer uma

⁷ Aceitar ou apenas racionalizar; racionalizar no sentido de tomar ciência de que tal coisa existe, bem como entender seu mecanismo em geral, a fim de se ter esclarecido que tal procedimento ou modo de pensar existe.

aproximação proveitosa com os temas “corpo” e “saúde”. Isso contribui para que sejamos inventivos, por exemplo, com a própria intervenção profissional que a Educação Física se propõe.

*

Tratando-se do Brasil, um país com grandes dimensões territoriais, é um desafio organizar um sistema de saúde que seja único, ainda mais assentado em princípios como universalidade, integralidade e equidade. Contudo, é lógico pensar, para sua efetivação, em uma estrutura que seja descentralizada, articulada e organizada em regiões que possuem centros de referência - como hospitais de grande porte que comportam altas tecnologias - e também em unidades estrategicamente circunscritas de modo periférico a esses centros - como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) - as quais também são representadas como uma porta de entrada ao SUS que, por sua vez, distribui e encaminha o fluxo de atendimento de acordo com a necessidade de atenção.

Nesse sentido, considerando com mais ênfase as UBS, que, em geral, se dispõem de modo mais próximo e acessível às pessoas e às comunidades, é coerente conceber que a demanda do serviço, além de suas especialidades, seja de ordem educativa, que, por exemplo, desenvolve e constrói com a comunidade diversos conteúdos que orientam para uma produção de cuidado que visa, em certa medida, à proteção ou à potencialização da saúde e, em última instância, da vida.

Foi no cenário das UBS que as atividades do PET-Saúde, em sua maioria, foram desenvolvidas. Assim, foi na atenção primária em saúde que os estudantes que integraram o Programa estiveram presentes, sob as orientações dos profissionais de saúde (os preceptores) e dos docentes universitários (os tutores).

Em 2010, então, quando estive no segundo ano da graduação, tive a oportunidade de fazer parte de um grande grupo de estudantes, docentes universitários e profissionais da saúde, os quais, juntos, fizemos acontecer o PET-Saúde no projeto da USP-Capital. Pensando em perspectivas de estudantes de graduação, essa foi uma estratégia de inserção e aproximação com o trabalho, com vistas a uma complementação pedagógica para o curso de formação. Por conta disso, o PET-Saúde foi uma experiência e tanto em meu processo formativo à medida que supriu algumas “lacunas” que as atividades curriculares não deram conta. Fiquei mais atento e, de certo modo, mais comprometido com as questões relativas às necessidades e aos problemas de saúde da população.⁸

Das atividades que participei no PET-Saúde destaco: (1) o estudo bibliográfico a respeito do SUS e o reconhecimento do território da UBS, momento em que os estudantes, junto com os profissionais de saúde, discutiram e conheceram a realidade das condições de vida e de saúde da população, bem como alguns conceitos de modo a 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 das práticas a serem desenvolvidas junto com os estudantes e profissionais das outras áreas; (4) seminários e encontros que reuniram todos os envolvidos com o intuito

⁸ Cabe destacar que, além das necessidades e dos problemas de saúde da população, há outra demanda que advém de setores que se inserem na lógica do mercado, e que priorizam o lucro; muitas vezes, são essas demandas de mercado que regem a profissionalização em saúde, favorecendo a produção de profissionais que, de certa maneira, melhor atendem aquilo que a lógica privatista determina ou prioriza, em concorrência com uma atenção diferenciada para as necessidades de saúde e para a escuta da população.

de trocar experiências e se aprofundar no debate a respeito do projeto propriamente dito.

Embora ilustrem um pouco, essas atividades gerais apenas nos colocam diante de um panorama; elas ainda não são suficientes para informar a respeito do PET-Saúde, tendo em vista que, no projeto da USP de 2010-12, participaram seis UBS, que envolveram territórios diferentes, nos quais foram inseridos diversos estudantes. Há muitas singularidades que foram fruto da interação entre diversas pessoas inseridas em locais completamente distintos, por assim dizer, em termos de condições de vida, de disposição geográfica, de característica de terreno e de acesso a serviços em geral (como escola, centro comercial, lazer, etc.).

Como participei da primeira turma de estudantes de Educação Física no PET-Saúde da USP-Capital e, além disso, ainda não era tão frequente a presença desse profissional em redes de atenção primária, tudo foi estranhamento. Todavia, adianto que foi um estranhamento seguido de um encantamento, conforme o tempo foi passando... Tudo foi expectativa e frio na barriga. Não fazia a menor ideia do que poderia fazer e do como poderia contribuir com as atividades. Estive em locais desconhecidos a explorar novas possibilidades, o que, em termos de “experiência”, tornou a minha travessia pelo PET “perigosa”.⁹

No território da UBS Vila Dalva (região Oeste da cidade de São Paulo), que foi o local onde fui inserido para

⁹ O PET me abriu para o desconhecido e me transformou no “sujeito da experiência”, um sujeito 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) Nesse sentido, o “perigo” nessa travessia pelo PET-Saúde esteve, de certo modo, na minha experiência e nas minhas descobertas que, por sua vez, contribuíram com o processo formativo em saúde que vivenciei durante a graduação.

participar do Programa, notei muitas coisas interessantes. Por exemplo, é uma região que faz fronteira com a cidade de Osasco e que logo em frente à UBS tem uma avenida que separa as cidades. Houve uma atividade em que acompanhei usuários em sua passagem pela Unidade por diversos serviços (acolhimento, consultório médico e odontológico e farmácia). Lembro-me de uma senhora que fez questão de mencionar algumas informações sobre a história da UBS, que foi fruto de muita luta da comunidade em defesa do serviço e inclusive com a efetiva participação de vários moradores que, na época, se voluntariaram na própria construção de parte da estrutura física. Mas havia um problema imenso decorrente da divisão do território municipal, explicou a usuária: “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”, enfatizou ela. São singularidades!

Quero destacar outra experiência advinda de minha participação em um grupo de caminhada, um dos vários serviços oferecidos na UBS. No serviço de saúde da Vila Dalva há a parceria do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) com a ESF da unidade. Essa parceria, então, possibilitou diversas atividades e algumas aconteceram em grupos, como, por exemplo, o de caminhada. E foi interessante porque agentes comunitários, profissionais do NASF e estudantes inseridos no PET-Saúde participaram dessa atividade que acontecia em uma praça na comunidade.

Além de promover esse encontro regularmente e com várias pessoas, o grupo foi uma espécie de difusor de serviços da UBS, pois houve muitos que não frequentavam a Unidade para usufruir da Clínica, ou das campanhas, mas que apareciam para apreciar as atividades com as práticas corporais. A proposta era propiciar um momento de escuta da população sob o pretexto da caminhada. Não

priorizávamos ali procedimentos antropométricos para “mensurar” e “avaliar” a saúde ou o condicionamento físico, por exemplo, mas para possibilitar encontros que instigassem a construção de vínculos, as trocas e a corresponsabilidade. Tudo era novo. Para mim, os aprendizados oriundos da participação de uma atividade como essa é algo que não vivenciei em sala de aula. Diz do aprender uma sensibilidade e um vínculo que só acontece e persiste no local onde o grupo existiu.

O que a princípio pareceu assustador, na verdade, transformou-se em momentos de aprender fazendo, sobretudo diante do desafio de articular conhecimentos com estudantes, profissionais e docentes de outras áreas. Essa integração também pôde ser verificada nos diversos momentos de práticas refletidas e críticas que aconteceram com o envolvimento de todos que participaram do PET, como foi o caso dos seminários feitos na Universidade pelo Programa.

Esses encontros nos possibilitaram outro tipo de experiência. Eram grandes encontros, uma espécie de reunião de trabalho. Com eles, tivemos a oportunidade de compartilhar e trocar as alegrias, as surpresas e as dificuldades.

Tratou-se de momentos para avaliar o que tinha se passado. Cada grupo tutorial, representado por cada UBS, apresentava os projetos e suas realizações e o intuito também era de traçar novas metas e construir, em conjunto, outras perspectivas de interação entre ensino-serviço-comunidade. Os seminários foram organizados em função das questões que apareciam com os temas, situações e casos em decorrência da interação universidade-serviço. Por exemplo: pesquisa qualitativa em saúde, experiências integradoras de formação multiprofissional, educação interprofissional, a inserção da saúde coletiva e da atenção

primária/atenção básica em saúde na formação voltada para o SUS, entre outros.

Às vezes, para alguns, esses também foram duros momentos de despedida do PET-Saúde... A minha despedida, no ano de 2012, foi cheia de saudade e frio na barriga: “como será daqui pra frente?”, questionei-me muitas vezes...

Ao término de um Programa que me fez pensar sobre saúde e formação, a Educação Física, em minha concepção, ao menos em princípio, ficou destoante. Refiro-me à Educação Física que tradicionalmente ainda é ensinada e praticada, salvo algumas exceções, no curso de graduação.¹⁰ Entendi, dentre muitas outras coisas, por meio da minha concomitante participação no PET-Saúde com o curso de graduação, que existia certa concorrência entre as visões propiciadas pelo Programa e o que era transmitido no meu curso de formação; apenas para ilustrar, quero mencionar que, se, por um lado, havia um encaminhamento, ainda que silencioso (como se não houvesse alternativa) para a lógica privatista da intervenção profissional da área específica, de outro, havia um modo de pensar coerente com demandas sociais e de saúde que se constituía de certo viés público.

Não é minha intenção aqui investir na discussão do público/privado na saúde ou em específico nos serviços prestados por profissionais de Educação Física, mas apenas mostrar que a minha experiência no PET-Saúde me tocou também nesse ponto.

Dito isso, e juntamente com o que foi exposto, gostaria de salientar que, de algum modo, estive mais sensível e aberto para entender que há outros modos de pensar o

¹⁰ Fraga et al. (2012, p.378) afirmam que “(...) as fortes tradições técnico-esportiva e médico-científica têm gerado resistências consideráveis ao processo de reformulação de currículos e de práticas docentes em larga escala em formação superior nessa área [em educação física]”.

corpo na formação em Educação Física. E essa é uma questão paradigmática, por assim dizer; fui seduzido (de novo, silenciosamente, como se não houvesse alternativas) em meu processo formativo por certa concepção predominante de corpo,¹¹ constructo das ciências naturais e biomédicas, que preenche quase que a totalidade das discussões em sala de aula durante o curso, bem como das conversas acerca de referenciais para intervenção profissional.

Não vou me lançar ao desafio de discorrer a respeito disso, mas, dada a complexidade do tema “corpo”, não pude perder a oportunidade para mencionar, novamente, que todo cuidado é pouco quando discutimos formação.

*

Enfatizo que, com essas e muitas outras “aventuras” na atenção primária, pude participar de uma grande vivência em saúde, ter uma noção mais contextualizada da minha área de formação, e começar a entender que saúde não estava tão somente nos livros das disciplinas de ordem das ciências biomédicas, mas por toda parte cabia ter, em certo sentido, abertura para enxergar... Há uma totalidade da vida social a ser considerada para as ocasiões de produção de saúde.

É claro que a Educação Física não está restrita ao campo da saúde; mas, como parte dele, é preciso reconhecer que há singularidades, e que, junto com as singularidades da Educação Física que se configura, por exemplo, na área escolar, a formação de profissionais não pode se pautar apenas em referenciais que norteiam um tipo específico de atuação. Todavia, acredito que todo cuidado é pouco quando discutimos formação.

¹¹ Sobre o tema “corpo”, uma leitura interessante seria o texto *Corporeidade em minidesfile*. (ORLANDI, 2004)

Quais experiências os cursos de graduação em Educação Física têm oportunizado aos estudantes? Ou que tipo de experiências os estudantes têm buscado com vistas a vir a ser um profissional da saúde? Como o tema “experiência” tem sido abordado com os jovens aprendizes?

Importa, sim, entender quais significados os estudantes atribuem às suas “aventuras” pelos serviços diversos, bem como saber como tudo isso os afetam, pois, muitas vezes, é durante o curso de formação que se cria direções para a trajetória profissional.

Quanto às minhas experiências de PET, tentei demonstrar ao longo deste capítulo que é possível transformar o simples ir e vir no posto de saúde¹² em disparadores de reflexões; pois tudo isso, e muito mais, convidou-me a pensar sobre saúde, corpo, sistema público, interdisciplinaridade, formação, atuação profissional, etc.

Para isso, destaquei: (1) diversificação do cenário de ensino-aprendizagem; (2) aproximação de estudantes com o ambiente de trabalho na atenção primária em saúde; (3) equipe multiprofissional e a vivência do princípio da integralidade; (4) abertura para outros modos de pensar o corpo na formação em Educação Física. Esses foram alguns dos elementos presentes na experiência que envolveu o PET, e que fizeram das minhas experiências de integração ensino-serviço um diferencial durante o meu processo de formação em Educação Física.

Microuniverso, experiência e memória... Acrescentaria, ainda, saudade! Esses foram os ingredientes que compuseram a presente narrativa. Das minhas “aventuras” no PET, com certeza, ainda me restam outras descobertas... Experiência pode ser uma travessia perigosa, daquela que nos coloca o “risco” de nunca mais voltarmos a ser o que antes éramos.

¹² Utilizo o termo “posto de saúde” numa tentativa de aproximação com a fala expressa na comunidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde (PET-Saúde)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. 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.

BONDÍA, J.L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n.19, p.20-28, jan./abr., 2002.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2014.

FONSÊCA, G.S.; JUNQUEIRA, S.R. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: ressignificando a formação dos profissionais da saúde**. Curitiba: Appris, 2014.

FRAGA, A.B. et al. Políticas de formação em educação física e saúde coletiva. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.367-386, 2012.

HADDAD, A.E. et al. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. **Cadernos ABEM**, Rio de Janeiro, v. , p.6-12, out. 2009.

ORLANDI, L.B.L. Corporeidades em minidesfile. **Unimontes Científica**, Montes Claros, v.6, n.1, p.43-59, 2004.

O USO DA ENTREVISTA ETNOGRÁFICA EM EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE: uma experiência de pesquisa com povos indígenas da Amazônia colombiana

*Edwin Alexander Canon Buitrago
Alex Branco Fraga*

Introdução

Este texto tem por objetivo apresentar uma reflexão sobre as possibilidades de uso da entrevista etnográfica em pesquisas qualitativas para o desenvolvimento de estudos sobre práticas corporais no campo da saúde. Tomamos como ponto central a experiência adquirida por Edwin Canon Buitrago no desenvolvimento do seu trabalho de campo, durante os meses de fevereiro e abril de 2014, em pesquisa que deu origem à dissertação de mestrado intitulada *naĩãweẽ i nucuma'ũ: jogos autóctones Ticunas na perspectiva dos povos indígenas da região Amazônica Colombiana*. (BUITRAGO, 2015)

Esta pesquisa de mestrado descritiva com uma abordagem teórico-metodológica qualitativa foi realizada em três momentos: o primeiro, constituído por uma revisão

sistemática na produção do estado da arte do termo jogo no campo da Educação Física e a construção conceitual do autóctone no campo da antropologia; o segundo, uma descrição do contexto no qual se desenvolveu a pesquisa; e o terceiro relacionado à trilha metodológica traçada para o desenvolvimento da investigação. A parte empírica do estudo foi desenvolvida em uma comunidade indígena localizada no departamento¹ de Amazonas – (Colômbia), entre os meses de fevereiro e abril de 2014, e contou com dezesseis participantes locais escolhidos dentre aqueles que se encontravam posicionados por esta mesma comunidade no lugar de quem possuía certo tipo de conhecimento sobre a cultura local. A pesquisa teve por objetivo compreender a especificidade dos jogos autóctones indígenas a partir dos significados atribuídos pelos povos indígenas amazônicos às manifestações corporais próprias do povo Ticuna.

Este texto se encontra subdividido em quatro seções. Na seção denominada “Constructos teóricos da entrevista etnográfica”, realizamos uma abordagem teórico-conceitual acerca da entrevista etnográfica com o objetivo de situá-la como uma perspectiva metodológica para pesquisas no campo das práticas corporais e saúde. Na segunda seção, denominada “Do descobrimento à prática: procedimentos metodológicos da entrevista etnográfica”, descrevemos os diversos percursos, percalços e decisões tomadas no transcorrer da experiência investigativa, especialmente no que se refere à escolha da entrevista etnográfica como técnica de produção das informações a partir de dois elementos específicos: a construção conceitual relacionada à entrevista etnográfica e o empírico produzido no local

¹ Enquanto o Brasil se encontra dividido política e administrativamente em 27 Unidades Federativas (26 estados e o distrito federal) autônomas, a Colômbia está dividida em 32 Departamentos e um (1) distrito capital com governo local e prefeito. Cada Departamento é subdividido em municípios, que por sua vez são divididos em *corregimientos* (divisões territoriais menores, que no Brasil correspondem a distritos).

em relação às práticas culturais e de saúde. Na terceira seção, “Discutindo e implementando”, desenvolvemos uma discussão sobre as diversas possibilidades que este tipo de metodologia propicia para o trabalho em pesquisas no campo da saúde. Nos “Comentários finais” demarcamos a ampla potencialidade que a entrevista etnográfica pode vir a ter em pesquisas nas áreas da Educação Física em relação com o campo da saúde, ampliando assim os horizontes metodológicos para a compreensão dos estudos fenomenológicos desde algumas perspectivas sociais e culturais.

Constructos teóricos da entrevista etnográfica

Para a pesquisa qualitativa [...] o próprio pesquisador é um instrumento ao observar ações e contextos e, com frequência ao desempenhar intencionalmente uma função subjetiva no estudo, utilizando sua experiência pessoal em fazer interpretações. O pesquisador quantitativo faz escolhas metodológicas e de outros tipos com base em parte em suas preferências pessoais, mas geralmente tenta coletar os dados de forma objetiva, e não subjetiva. (STAKE, 2011, p.30)

O desenvolvimento de pesquisas qualitativas tem possibilitado entender, compreender e caracterizar a grande variedade de fenômenos que ocorrem em determinados grupamentos sociais no âmbito de uma dada cultura. Para Flick, “os aspectos essenciais da pesquisa qualitativa consistem na escolha adequada de métodos e teorias convenientes” (2009, p.23) para que possam ser realizadas, como menciona Stake (2011), descrições e interpretações

das ações humanas, levando-se em conta a intencionalidade do pesquisador e dos sujeitos participantes da pesquisa. Na abordagem qualitativa, é necessário compreender de forma adequada os pensamentos, atitudes e discursos dos sujeitos pesquisados a partir das múltiplas interações simbólicas presentes em uma situação ou local determinado. Porém, não é possível sinalizar uma única forma de se pensar qualitativamente.

A diversidade de métodos que pode ser trabalhada dentro da pesquisa qualitativa é enorme, somente no grupo de pesquisa Polifes,² do qual fazemos parte, já foram empregados os mais diferentes métodos, tais como a cartografia (WACHS, 2008), a netnografia (FINCO, 2010) e a entrevista episódica. (BASTOS, 2012) No caso específico da pesquisa desenvolvida com povos indígenas colombianos (BUIRAGO, 2015), usamos o método da entrevista etnográfica como técnica de produção das informações a partir de narrativas individuais que nos permitiram prospectar, compreender e interpretar sentidos específicos de experiências e práticas corporais dos diversos povos indígenas que vivem na comunidade de San Juan de Atacuari.

Para que pudéssemos ter uma ideia sobre o uso da entrevista etnográfica em pesquisas similares a nossa, realizamos uma breve revisão da produção acadêmica pertinente. O material que encontramos nos ajudou a mapear os entendimentos sobre esta técnica na literatura

² O Polifes é um grupo de pesquisa vinculado ao programa de Pós-Graduação em Ciências de Movimento Humano (ESEF) que se dedica a investigar questões relacionadas às Políticas de Formação em Educação Física e Saúde. Abrange temáticas de pesquisa como a cultura corporal de movimento, educação dos corpos, implicação dos preceitos da vida ativa/vida saudável, currículo, práticas corporais em serviços de saúde e programas de promoção de atividades físicas entre outros. Informações adicionais estão disponíveis em: <http://www.ufrgs.br/polifes/?page_id=80> Acesso em: 5 Nov. 2015.

em dois grandes conjuntos. O primeiro entende a entrevista etnográfica como instrumento auxiliar na produção de informações pontuais que necessariamente estão subordinadas ao modo de produção etnográfico clássico. Neste conjunto, destacamos o trabalho de Fino (2008), por meio do qual é possível visualizar uma diferença de *status* da entrevista etnográfica em pesquisas no campo da Antropologia. Para o referido autor, esta técnica é um instrumento de produção de informação subordinado à observação etnográfica, não indo além de um instrumento de apoio à prospecção de informações em um local determinado.

Já o segundo conjunto considera a entrevista etnográfica como um método específico e autônomo de pesquisa qualitativa. “A entrevista etnográfica nos estudos sobre a cultura e as práticas pedagógicas: ‘eu só quero uma escola com professores...’”, de Mattos e Almeida (2006), é um exemplo de artigo que defende esta perspectiva. Por meio desse trabalho, foi possível perceber a influência deste tipo de técnica em pesquisas da área dos Estudos Culturais em Educação. O estudo de Mello e Rees (2011), intitulado “A investigação etnográfica na sala de aula de segunda língua/língua estrangeira”, segue a mesma linha, pois utiliza prioritariamente a entrevista etnográfica para compreender o processo de assimilação dos alunos brasileiros iniciantes em aulas de língua estrangeira. O trabalho de Pizarro (2014), intitulado “La entrevista etnográfica como práctica discursiva: análisis de caso sobre las pistas meta-discursivas y la emergencia de categorías nativas”, também pertence a este mesmo grupo. Nele a autora define a entrevista etnográfica como uma prática discursiva e interpretativa que permite a articulação de “categorias nativas” emergentes da própria conversa, gerando pistas metadiscursivas que ajudam na construção de sentidos do objeto pesquisado. Pizarro mostra como é

possível a organização, a materialização e a interpretação deste tipo de categoria tomando como exemplo uma entrevista realizada na província de Catamarca, noroeste da Argentina.

Para Pizarro (2014, p.466, tradução nossa) “a entrevista etnográfica não é simplesmente uma transmissão de saberes onde somente conta aquilo que foi falado, trata-se de um evento comunicativo construído progressiva e cooperativamente por ambos os interlocutores”. Desta forma, como resultado da prática de coprodução discursiva entre o participante da pesquisa e o pesquisador, vão sendo gerados conjuntos de categorias nativas que orientam o processo de aproximação entre o objetivo da pesquisa e o material empírico prospectado.

Para Guber (2001, p.79-80, tradução nossa) “a entrevista etnográfica requer um alto grau de flexibilidade que se manifesta em estratégias para descobrir as perguntas e para identificar os contextos nos quais as respostas ganham sentido”. Foi por isto que as respostas transmitidas pelos participantes da pesquisa na comunidade de San Juan de Atacuari (BUITRAGO, 2015) desencadearam a formulação de novas perguntas com a finalidade de entender de forma sistemática a empiria de referência a partir da interpretação da fala dos atores. Em outras palavras, o desenvolvimento deste tipo de entrevista no local da pesquisa permitiu a reorganização das perguntas previamente traçadas tendo como base as respostas produzidas a partir das memórias, das vivências e das experiências culturais dos participantes daquela comunidade.

Do descobrimento à prática: procedimentos metodológicos da entrevista etnográfica

Escolhemos a entrevista etnográfica como método principal de pesquisa para desenvolver o trabalho com os povos indígenas amazônicos porque nossa intenção era entender, decodificar e construir uma analítica dos significados atribuídos por estes povos às diversas manifestações corporais próprias dos Ticuna. De acordo com Mello e Rees (2011, p.65), a entrevista etnográfica “é um tipo especial de entrevista que emprega questões visando interpretar os significados culturais que as pessoas vivenciam ao longo de suas vidas”. Desta maneira, e apoiados em Lira et al. (2003, p.59), utilizamos esta estratégia para compreender os “sentidos atribuídos e às experiências dos indivíduos e de seus esquemas interpretativos no que concerne à realidade da vida cotidiana”.

No caso específico da pesquisa em San Juan de Atacuari, a entrevista etnográfica nos permitiu produzir informações detalhadas acerca das vivências e das práticas corporais relacionadas à cultura e à saúde dos povos indígenas amazônicos caracterizadas, principalmente, por saberes e experiências pouco convencionais ao mundo acadêmico. Desta forma, foi possível prospectar os sentidos atribuídos a algumas das manifestações culturais próprias destes povos e os múltiplos significados daquelas práticas corporais para os habitantes da região.

A experiência do processo de produção de dados se iniciou já na viagem que Edwin Buitrago fez desde a cidade de Bogotá (Colômbia) até Leticia (Amazonas), depois de já ter obtido informações e autorizações prévias em contato por *e-mail* com entidades governamentais e privadas daquele país. Para estruturar de forma adequada a produção

de dados disponíveis até aquele momento, foi necessário dividir o processo denominado “percurso geográfico” em três etapas sequenciais.³ Estas etapas foram definidas da seguinte forma:

Percurso Geográfico na produção de dados da pesquisa

Percurso Geográfico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etapa de levantamento documental na cidade de Letícia. 2. Etapa de negociação de acesso no Município de Puerto Nariño. 3. Etapa de imersão na Comunidade Indígena pesquisada.
---------------------	--

Neste percurso geográfico, na primeira etapa (Produção de dados na cidade de Letícia) foi feito o levantamento de informações (quantitativas) existentes sobre a comunidade indígena pesquisada em diversas instituições governamentais e privadas do departamento do Amazonas (Governo do estado, Secretaria de saúde, Secretaria de educação, etc). A segunda etapa foi desenvolvida no município de Puerto Nariño, localizado há quatro horas da capital do departamento. Neste lugar, os dados de viés informacional foram obtidos em duas fases: a primeira por meio do levantamento documental na prefeitura municipal (secretaria de educação, saúde e esportes); e a segunda relacionada às negociações com a Associação de caráter privado que representa diversos povos indígenas habitantes da região.

³ Cada uma das informações descritas se encontra registrada no diário de notas da pesquisa, iniciado a partir do dia da chegada à cidade de Letícia.

Na terceira etapa de produção de dados, logo na chegada à San Juan de Atacuari, o pesquisador de campo foi apresentado pelo Curaca⁴ às pessoas consideradas mais representativas da comunidade: a enfermeira, o gestor de saúde, o inspetor da polícia, e autoridades policiais que cuidam a zona de fronteira com o Peru, com as quais teve os primeiros contatos e informações sobre como as pessoas levavam a vida naquela localidade.

Uma vez instalado, o pesquisador de campo reservou três dias para conhecer a comunidade (localização, infraestrutura, população, atividades diárias, experiências individuais, etc.) e iniciar aproximações aleatórias com seus habitantes para “quebrar o gelo” ou barreira que pudesse haver entre ele e a população local.

Passar oito semanas naquele lugar permitiu ao pesquisador ganhar a confiança das pessoas da comunidade para poder captar elementos como os costumes, as práticas culturais e, fundamentalmente, quem era reconhecido dentro da comunidade pelos saberes que possuíam. Nesse processo de reconhecimento e de interação com a comunidade, foram realizados vários encontros e travados muitos diálogos com os habitantes, a partir dos quais tentava conhecer mais um pouco sobre suas vidas, saberes e experiências. Neste momento, foram indicados simultaneamente pela comunidade alguns habitantes (com uma faixa etária compreendida entre 26 e 94 anos) por possuírem saberes de caráter ancestral (o Xamã, o médico tradicional, o artesão, os que falavam o idioma, os que se envolviam diretamente com atividades próprias da

⁴ Os curacas são os líderes políticos do povo (ou comunidade) indígena frente às diversas instituições municipais, departamentais ou nacionais. Têm como função ser o articulador entre os interesses coletivos e as diversas entidades (públicas ou privadas) para dar solução aos aprimoramentos e necessidades que a comunidade vivencie. No Brasil, são conhecidos com o nome de Caciques.

cultura indígena local), saberes sobre a história do povo local (aqueles que construíram a comunidade, a parteira, contadores de histórias, etc.) ou saberes da sociedade moderna (o professor da escola, o gestor de saúde, o guarda indígena, o operador do gerador de energia, etc.).

No transcorrer deste processo nos foi possível conhecer as limitações reais apresentadas no campo frente ao planejamento teórico-metodológico estruturado inicialmente. Foram realizadas 16 conversas⁵ com aquelas pessoas indicadas pelos moradores da própria comunidade e que foram selecionadas conforme o conhecimento ou saber pelas quais eram reconhecidos. Os encontros para as conversas foram acordados levando em conta duas situações: a primeira relacionada com a disponibilidade de cada um dos indicados (estabelecida em comum acordo com o objetivo de não interferir em nenhuma das suas atividades cotidianas) e a segunda, que dependia especificamente das condições geográficas e meteorológicas da região para o deslocamento do pesquisador de campo até o lugar escolhido pelo participante.

Em três casos foram necessários o acompanhamento dos filhos,⁶ já que alguns dos indicados não falavam espanhol (só falavam sua língua materna); outros pela sua idade corria-se o risco de não entenderem as perguntas, e outros simplesmente porque era muito difícil entender o

⁵ Denominamos o encontro final de “Conversa” porque o termo “entrevista” gerava uma desconfiança inicial pelo fato de que para eles entrevista é um acontecimento jornalístico realizado com pessoas especiais, que sabem mais do que um membro qualquer da comunidade, e só pode ser concedida por quem possui conhecimento escolarizado. Por este motivo, o pesquisador de campo achou mais apropriado usar o termo conversa, já que neles representa um elemento cultural de caráter habitual, no qual é mais fácil falar sobre suas histórias de vida e suas experiências.

⁶ Os filhos compreendiam e falavam, de forma entendível, o espanhol e alguns conceitos escolares básicos que, possivelmente, os pais não entenderiam.

que falavam, já que (desde a perspectiva do pesquisador de campo) eram constantes as misturas entre o espanhol, sua língua materna e palavras que somente existem ou têm significado na região.

Nesta terceira etapa de produção de dados, antes de iniciar a conversa final com cada um dos indicados, o pesquisador de campo colocou em prática o passo a passo do protocolo ético exigido em pesquisas com seres humanos, que estava dividido em três fases importantes:

- A primeira consistia em solicitar a permissão para fazer uso do gravador durante o tempo da conversa (solicitação prévia à conversa).
- A segunda consistia na solicitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de forma verbal ou escrita (em alguns dos casos), ao final da conversa, já que muitos dos entrevistados não sabiam ler nem escrever.
- E uma terceira, que consistia na permissão para tirar uma fotografia do colaborador da conversa.

Nenhum colaborador manifestou restrição ao uso do gravador e ao TCLE ao finalizar a conversa. Somente um dos participantes não autorizou ser fotografado, pois de acordo com sua crença, quem se deixa fotografar pode “ficar preso no papel”.⁷

Outro episódio interessante no processo de busca pelo consentimento dos entrevistados ocorreu no momento da solicitação do TCLE para o Wimba,⁸ que se tornou um

⁷ Palavras traduzidas pelo seu filho de acordo com o que o participante da conversa falava na sua língua.

⁸ Em virtude da preservação da identidade, e do bom uso da informação prestada pelos participantes durante a pesquisa, os participantes foram identificados com os nomes dos animais mitológicos oriundos das muitas histórias que cada um deles relatou nas conversas. Mantivemos neste texto o mesmo nome atribuído ao participante na dissertação de mestrado. (BUITRAGO, 2015)

dos participantes da pesquisa devido a sua sabedoria e experiência de vida com diversos povos indígenas amazônicos. Ao lhe explicar as exigências formais que precisamos cumprir no meio acadêmico para desenvolver este tipo de trabalho, ele respondeu o seguinte: “Eu não entendo o mundo acadêmico, você não precisa permissão para falar do que nós falamos aqui” (tradução própria). Respondeu dessa forma porque para ele a permissão estava implícita na própria conversa, pois em sua cultura só se fala para alguém algo que esta pessoa está autorizada a escutar, por isso, estranhou o fato de que falar com alguém, para o mundo acadêmico, não fosse o mesmo que autorizar a escutar. Assim, em respeito a sua crença, a autorização se deu com a própria gravação da conversa.

Tal como havia sido estabelecido antes da viagem do pesquisador de campo a San Juan de Atacuari, as conversas foram organizadas a partir de um roteiro de entrevista semiestruturada, que serviu de referência para os diversos encontros com os participantes da pesquisa. Dada a configuração específica do grupo de entrevistados, foi necessário fazer uma série de adaptações no referido roteiro a cada conversa, pois fatores como a linguagem, a não compreensão de algumas perguntas e o sentido usual de termos, que para o pesquisador tinham outra conotação, geraram perguntas muito mais interessantes para o aprofundamento da lógicaêmica da conversa. Um trecho do diário de notas do pesquisador de campo ilustra bem este processo:

O mais curioso da nossa primeira conversa foi que as perguntas realizadas nas primeiras entrevistas foram modificadas completamente pela necessidade que eu tinha de me aproximar da linguagem usada na comunidade. É por isso que as perguntas planejadas no roteiro foram

repensadas sem levar em conta um padrão específico estruturado, simplesmente as conversas foram desenvolvidas conforme o sentido e o rumo da conversa. É por isto que decidi adotar tópicos ou temas que facilitaram a boa interpretação tanto pelo colaborador como pelo pesquisador. (DIÁRIO DE NOTAS)

Discutindo e implementando

Terminada a produção das informações no campo, foi indispensável realizar a estruturação, organização e sistematização das 16 conversas por meio de um processo de transcrição geral. Este processo considerou a transcrição total das conversas do modo mais fiel possível à conversação original realizada com cada um dos participantes. As transcrições foram adaptadas⁹ e formatadas dentro do modelo adotado pelo projeto “Garimpendo Memórias” do Centro de Memória do Esporte (CEME)¹⁰ da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança (ESEFID) da UFRGS, com a finalidade de tornar inteligíveis as conversas no momento da leitura. Na perspectiva do pesquisador de campo, essas adaptações não mudaram o sentido nem os significados que os participantes deram a cada uma das conversas. Em busca de maior fidelidade, as conversas foram transcritas somente no idioma espanhol, língua materna do pesquisador de campo e a oficial do país no qual a comunidade indígena pesquisada está localizada, já

⁹ As adaptações foram realizadas levando em conta as necessidades para fazer entendível a leitura e compreensão da conversa. Foram adaptadas palavras que não existem no espanhol, mas que têm sentido e são compreendidas unicamente pelos habitantes indígenas de diversos povos nesta zona geográfica Amazônica.

¹⁰ Informações adicionais estão disponíveis em: <<http://www.ufrgs.br/ceme/site/entrevistas>> Acesso em: 22 Nov. 2015.

que ao tentar fazer a tradução para o português corríamos o risco de que muitas palavras ou sentidos não possuíssem uma tradução específica ou, simplesmente, mudarmos o significado que havíamos captado no momento da conversa.

Para nós, uma das grandes “descobertas” da pesquisa foi justamente o caráter cosmológico atribuído pelos entrevistados às práticas corporais autóctones, em especial os jogos.¹¹ Deparamo-nos com um conjunto de eventos e práticas êmicas que nos abriram os olhos para uma dimensão pouco usual para quem vive conectado ao universo técnico-científico das grandes cidades e imerso no mundo acadêmico. Foi muito interessante notar que o caráter cosmológico está presente tanto nos Jogos Autóctones Indígenas como também nas diferentes esferas da vida comunitária daqueles povos indígenas, entre elas o cuidado com a saúde. E tais “achados” emergiram por meio da entrevista etnográfica, permitindo-nos estabelecer uma rede de relações e acontecimentos durante o desenvolvimento da pesquisa que transcenderam o objeto de estudo próprio daquela dissertação de mestrado.

Levando em conta tudo o que foi produzido por meio da entrevista etnográfica, e para dar conta de processar o volume de dados dentro do foco do estudo, organizamos os achados da pesquisa em quatro etapas processuais visando elaborar uma codificação que permitisse agrupar as diversas unidades de significado que daí emanaram. Estas etapas foram desenvolvidas da seguinte forma:

¹¹ O jogo autóctone indígena apresenta uma dimensão que vai muito além do ato de jogar e de seu sentido meramente lúdico. Ele tem um significado simbólico imerso em uma relação estrutural com o pensamento cosmológico, ponte de conexão entre dois mundos (horizontal – vertical) que dá sentido a uma dimensão inscrita no universo indígena. No presente texto, nosso objetivo não é realizar uma discussão do termo autóctone em relação e os significados que este adquire nas manifestações corporais dos povos indígenas, mas foi desenvolvido de modo mais detalhado na dissertação de mestrado de Buitrago (2015).

Etapas processuais para a análise dos dados

1. **Leitura e releitura das conversas:** Feitas com a finalidade de identificar tanto elementos convergentes quanto divergentes na fala de cada um dos colaboradores da pesquisa.
2. **Interpretação, etiquetagem e rotulação:** Foi necessário realizar uma interpretação geral de cada conversa para, em seguida, “etiquetar” elementos importantes e de valor significativo para a análise final.
3. **Unidades de significado:** Nesta etapa foram criados códigos gerais que aglutinaram de forma específica cada uma das interpretações realizada na etapa anterior.
4. **Composição entre os diversos códigos textuais:** Tais representações são o resultado das convergências e divergências entre associações das diversas unidades de significado.

Como resultado das etapas anteriores, foram geradas 77 unidades de significado gerais que foram agrupadas de acordo com algumas categorias que havíamos considerado importantes para o objetivo da pesquisa como um todo. Nesse processo, fatos relacionados aos temas do corpo, das práticas culturais, das crenças, dos saberes ancestrais e relacionados à saúde emergiram durante as diversas conversas possibilitando, assim, exemplificar de que modo os participantes da pesquisa atribuíam importância à saúde do corpo e do espírito como parte do equilíbrio entre sujeito e natureza.

Embora cada um dos colaboradores tivesse mencionado a importância da medicina tradicional indígena, os remédios ancestrais, as benzedadeiras e as rezadeiras como parte dos usos e práticas para prevenir ou curar doenças do corpo ou da alma, a referência mais interessante foi a

do participante “Wimba”, a quem a comunidade atribuía a melhora, a cura e a sobrevivência de um grande número de pessoas pertencentes aos diversos povos indígenas da região. Tal distinção é fruto de uma configuração ancestral e cosmológica estruturada em um sistema de ritos não reconhecidos cientificamente, que levava as pessoas a vivenciarem seu processo saúde-doença de forma muito distinta do processo medicalizante prevalente na sociedade urbano-industrial. Este tipo de narração traz em si metáforas que só tinham sentido dentro do estrutura de pensamento cosmológico própria dos povos indígenas, que dá suporte de verdade ao relato do participante da pesquisa de que havia sido escolhido pela própria natureza para aprender a cuidar da saúde do seu povo a partir do diálogo constante entre ele, as plantas e os seres mitológicos.

Dos vários depoimentos prestados pelo participante, em um ele conta ao pesquisador de campo como se deu, desde que era criança, o processo de aprendizagem sobre a medicina tradicional indígena, um saber que lhe foi transmitido diretamente das plantas, em especial da “*Madre Wimba*”, árvore com grandes propriedades medicinais da região que, de acordo com a cultura local, possuiu segredos curativos que só podem ser ensinados a pessoas escolhidas pela própria natureza. Esta planta carrega este nome justamente porque é considerada a mãe de várias espécies medicinais por possuir propriedades que, com o auxílio de um xamã e de alguns seres com características mitológicas, curam doenças tanto do corpo quanto do espírito.

[] cuando era pequeño como esos niños (aproximadamente de 9 años) y así se aprende, mirando sus abuelos, así curaban los abuelos entonces aprendí de un palo (planta) de Wimba [] yo le conversaba “hermana de la Wimba, enséñame, yo también quiero sanar y quiero aprender.

Yo no quiero aprender para hacer maldad a la gente, yo quiero aprender”, “vas a aprender no pasa nada” [respondiendo a la **madre Wimba**]. Ya pues cuando todos estaban durmiendo y tapados, ya ahí si aprendía. Ya de mañanita, tomar jugo para curar el mal de la gente. Ahí tomé ese jugo y ahí si aprendí. Ahí si aprendí. Ahí le hablaba a mi madre Wimba que vivía en el Perú y me decía “¿que vos quieres jovencito?”, “yo quiero aprender” [respondiendo a la pregunta de la madre Wimba]. “¿Tu quiere aprender?” ¡si! [respondiendo] “ya; en este cachimbo va a soplar, ‘Fhuuuu, Fhuuuuuu’, ya, con eso aprende tú, tú vas a aprender tranquilo, no va decir para otro brujo, otro brujo nada, yo te estoy enseñando porque tu aprender de la madre wimba”. [] Tu ser curandero, ahí va a vivir, ahí va a sanar solito, todas las noches a oscura, oscura, oscura, vas a curar tú, ahí vamos a vivir no morir, ahí va a llegar gente, se sana y se va, otros vienen y se sanan otros se van. Así me conocen por el rio, así me conocen, si usted acredita en mí, usted viene y ahí lo curo. Ahí ya viene y ahí ya está curado, ya está sanado. [] con el ojo aquí, eso no se necesita la boca sino pa remedios nomas, yo busco remedios con los ojos, solo busco la planta ella me dice como curar, con eso cura, con eso va a sanar, así es. (WIMBA). Yagua.

No depoimento anterior, é possível perceber que a escolha por aprender este tipo de saber se dá a partir da crença e da relação do participante com as plantas medicinais, neste caso com a “*Madre Wimba*”. É a partir desse diálogo e da interação direta com esta espécie da flora amazônica que é possível, no entender do entrevistado, a

transmissão de saberes específicos mediante rituais com bebidas tradicionais em locais específicos, proporcionando assim um conjunto de experiências sensoriais, cosmológicas e de cura que dão sentido às práticas de saúde reconhecidas pelos povos indígenas habitantes daquela região.



Fotografia I (Edwin Alexander Canon Buitrago) – Artesanato local: representação da transmissão de conhecimentos das plantas e animais ao ser humano.

Neste contexto, passa a ser relativamente fácil entender que o sentido atribuído à saúde não é unívoco, justamente porque lá a saúde se constitui por meio de uma simbologia que polariza as diversas possibilidades de cura a partir de tradições cosmológicas, entre as quais se encontram os saberes curativos da natureza transmitidos a

peças com capacidade de manter a tradição. Por isso que é muito importante prospectar o sentido atribuído aos modos de vida que persistem naquele espaço, pois na medida em que o campo da saúde (nesta perspectivaêmica) demanda uma escuta de entendimento cosmológico diferenciado no processo saúde-doença, as pessoas interatuam neste processo de forma direta por meio de ritos, práticas corporais e saberes que construíram no próprio território.

Comentários finais

Diante das circunstâncias para a negociação de acesso, do tempo disponível para o desenvolvimento da pesquisa e dos achados junto à comunidade indígena de San Juan de Atacuari, a entrevista etnográfica acabou se tornando uma ferramenta importantíssima para a produção de um tipo de analítica sobre a temática dos jogos autóctones que foi além do simples cotejamento das informações prospectadas no campo com a produção disponível na literatura específica.

A entrevista etnográfica como técnica de coleta das informações nos permitiu captar significados que circulam entre os sujeitos daquela comunidade que de outro modo muito provavelmente não nos seria possível, especialmente no que se relaciona às vivências dos participantes da pesquisa com a cultura corporal de movimento dos povos indígenas Amazônicos. A partir dos resultados obtidos neste estudo, chegamos à conclusão de que este tipo de método de pesquisa qualitativa nos permite visualizar de uma forma mais pontual, porém não menos profunda, os sentidos atribuídos às práticas culturais de uma comunidade da qual não temos nenhum conhecimento ou um conhecimento muito periférico. É por isto que a implementação e o uso da entrevista etnográfica em pesquisas desenvolvidas em

um curto espaço de tempo dentro do campo da saúde, especialmente com povos indígenas, pode vir a ser bastante relevante, pois a partir das diversas conversas travadas por meio desta técnica nos foi possível captar a importância da cosmologia nas práticas culturais, entre as quais o cuidado em saúde, dos povos indígenas daquela região.

No que se refere especificamente ao cuidado em saúde, foi muito interessante poder perceber em um dos relatos captados pela entrevista etnográfica a diferença entre as formas de conceber, atuar e tratar a saúde sob o ponto de vista indígena e sob o ponto de vista técnico-científico-medicalizante. Evidentemente, tal comparação não tem por objetivo estabelecer um juízo de valor sobre culturas tão distintas, mas proporcionar uma abertura a formas de produção de saúde pouco conhecidas e com alto potencial de conexão entre sujeito e natureza, que podem reforçar um conjunto de práticas alternativas e complementares à medicina ocidental tradicional e trazer elementos que ajudem a compreender o processo de saúde-doença como uma conjunção de fatores ligados às diferentes formas de viver, praticar e reconhecer o mundo ao qual fazemos parte.

Referências

BASTOS, P.A.P. **Legados do ensino do esporte na escola: um estudo sobre o que professores de educação física pensam em deixar para seus alunos ao final do ensino médio**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2011. Disponível em: < <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/36109>>. Acesso em: 9 nov 2015.

REES, D.K.; MELLO, H.A.B. A investigação etnográfica na sala de aula de segunda língua /língua estrangeira. **Cadernos do IL**, Porto Alegre, n.42, 2011.

BUITRAGO, E.A. **Jogos Autóctones Ticunas na Perspectiva dos Povos Indígenas da Região Amazônica Colombiana**. 2015. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2015. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/115474>> Acesso em: 9 nov 2015.

FINCO, M. **Wii fit: um videogame do estilo de vida saudável**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/26737>> Acesso em: 9 nov 2015.

FINO, C.N. A etnografia enquanto método: um modo de entender as culturas (escolares) locais. In: ESCALLIER, C.; VERÍSSIMO, N. (Orgs.). **Educação e cultura**. Funchal: DCE – Universidade da Madeira, 2008.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: [s.n.], 2009.

GUBER, R. “La entrevista etnográfica” o “el arte de la no directividad”. In: **La etnografía, Método, campo y reflexividad**. NORMA, Argentina, 2001.

LIRA, G.V. et al. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.16, n.1-2, p.59-66, 2003.

STAKE, R.E. **Pesquisa Qualitativa. Estudando como as coisas funcionam**. Tradução: Karla Reis. Porto Alegre, Penso, 2011.

MATTOS, A.C.P. A entrevista etnográfica nos estudos sobre a cultura e as práticas pedagógicas: “eu só quero uma escola com professores...” **Anais da 58ª Reunião Anual da SBPC**, Florianópolis, jul. 2006.

PIZARRO, C. La entrevista etnográfica como práctica discursiva: análisis de caso sobre las pistas meta-discursivas y la emergencia de categorías nativas. **Revista de Antropología** – USP, São Paulo, v.57, n.1, p.462-496, 2014.

WACHS, F. **Educação física e saúde mental: uma prática de cuidado emergente em centros de atenção psicossocial (CAPS)**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2008. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/14069>>. Acesso em: 8 nov 2015.

SOBRE OS AUTORES

Alessandra Xavier Bueno: Graduada em Educação Física pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Saúde Mental Coletiva e Mestre em Ciências do Movimento Humano pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Membro do Grupo de Pesquisa Rede Interstício - Rede Internacional de Políticas e Práticas de Educação e Saúde Coletiva. Membro do POLIFES - Grupo de Estudos e de Pesquisa Políticas de Formação em Educação Física e Saúde.

Alessandro Rovigatti do Prado: Bacharel em Educação Física pela Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo (EEFE/USP). Mestrando pelo Programa de Mestrado Profissional Interunidades “Formação Interdisciplinar em Saúde” pela Universidade de São Paulo. Graduando em Filosofia pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH/USP). Atua como *personal trainer*.

Alex Branco Fraga: Professor Associado da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Editor-chefe da *Revista Movimento*. Coordenador do POLIFES - Grupo de Estudos e de Pesquisa Políticas de Formação em Educação Física e Saúde. Assistant Professor (Status-Only) of Faculty of Kinesiology & Physical Education of University of Toronto.

Carlos Nazareno Ferreira Borges: Licenciado em Educação Física pela Fundação Educacional do Estado do Pará. Bacharel em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Espírito Santo. Mestre e Doutor em Educação Física pela Universidade Federal Gama Filho. Professor Associado da Universidade Federal do Espírito Santo. Docente dos Programas de Pós-Graduação em Educação Física e em Ciências Sociais da UFES. Editor da revista *Simbiótica* (NEI/Ufes). Líder do Centro de Estudos em Sociologia das Práticas Corporais e Estudos Olímpicos (CESPCEO/Cefd/Ufes).

Edwin Alexander Cañon Buitrago: Licenciado em Educação Física pela Universidad Pedagógica Nacional da Colombia. Mestre e Doutorando em Ciências do Movimento Humano pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Membro do POLIFES - Grupo de Estudos e de Pesquisa Políticas de Formação em Educação Física e Saúde.

Fabiana Fernandes de Freitas Brandão: Licenciada e Bacharel pela Universidade Federal de São Carlos. Mestre em Educação Física pela Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo (EEFE/USP). Doutora em Ciências pela Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo (EEFE/USP). Membro do grupo de pesquisa CORPUS - Educação Física + Saúde Coletiva + Filosofia + Artes da Universidade de São Paulo. Professora da Rede Pública de Ensino do Estado de São Paulo.

Fabiana Fernandes Vaz: Graduada em Educação Física pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Saúde Mental pelo Grupo Hospitalar Conceição. Mestranda em Ciências do Movimento Humano pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora da Rede Municipal de Ensino de Canoas/RS. Membro do POLIFES - Grupo de Estudos e de Pesquisa Políticas de Formação em Educação Física e Saúde.

Felipe Quintão de Almeida: Licenciado em Educação Física pela Universidade Federal do Espírito Santo. Mestre e Doutor em Educação pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Espírito Santo. Professor do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal do Espírito Santo. Editor adjunto da *Revista Brasileira de Ciências do Esporte* (RBCE) e do *Cadernos de Formação RBCE*. Diretor Científico do Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte (2013-2017). Pesquisador do Laboratório de Estudos em Educação Física (LeseF/Cefd/Ufes).

Felipe Wachs: Licenciado em Educação Física pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre e Doutor em Ciências do Movimento Humano pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente da Faculdade de Educação Física e Dança da Universidade Federal de Goiás. Membro do POLIFES - Grupo de Estudos e de Pesquisa Políticas de Formação em Educação Física e Saúde. Membro do Labphysis - Laboratório Physis de Pesquisa em Educação Física, Sociedade e Natureza.

Giliane Dessbesell: Licenciada em Educação Física pela Universidade Regional do Noroeste do Rio Grande do Sul. Mestre e Doutoranda em Ciências do Movimento Humano pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora da Rede Municipal de Ensino de Porto Alegre/RS. Membro do POLIFES - Grupo de Estudos e de Pesquisa Políticas de Formação em Educação Física e Saúde. Membro do Grupo de Pesquisa Rede Interstício - Rede Internacional de Políticas e Práticas de Educação e Saúde Coletiva.

Ivan Marcelo Gomes: Licenciado em Educação Física pela Universidade Estadual de Maringá. Mestre em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Doutor em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Espírito Santo. Professor do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal do Espírito Santo. Pesquisador do Laboratório de Estudos em Educação Física (LESEF).

Jayanna de Rezende Bachetti: Licenciada em Educação Física pela Universidade Federal do Espírito Santo. Mestre pela Universidade Federal do Espírito Santo. Coordenadora Pedagógica na Rede de Educação Privada de Vitória. Integrante do Laboratório de Estudos em Educação Física (LeseF/Cefd/Ufes).

Lorena Nascimento Ferreira: Licenciada e Mestre em Educação Física pela Universidade Federal do Espírito Santo. Docente do curso de Educação Física da Faculdade MULTIVIX – Serra. Pesquisadora do Laboratório de Estudos em Educação Física (LeseF/Cefd/Ufes).

Marcelo Skowronski: Licenciado e Bacharel em Educação Física pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Ciências do Movimento Humano pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente da Universidade Estadual do Mato Grosso. Membro do POLIFES - Grupo de Estudos e de Pesquisa Políticas de Formação em Educação Física e Saúde.

Michel Binda Beccalli: Licenciado em Educação Física pela Escola Superior São Francisco de Assis (ESFA). Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), onde concluiu o mestrado. Docente da ESFA. Coordenador PIBID/ESFA. Pesquisador do Laboratório de Estudos em Educação Física (LeseF/Cefd/Ufes).

Raphael Maciel da Silva Caballero: Graduado em Educação Física pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e em Fisioterapia pelo Centro Universitário Metodista (IPA). Mestre e Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Membro do EducaSaúde - Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde. Membro do POLIFES - Grupo de Estudos e de Pesquisa Políticas de Formação em Educação Física e Saúde.

Thacia Ramos Varnier: Licenciada em Educação Física pela Universidade Federal do Espírito Santo. Mestre em Educação Física pela Universidade Federal do Espírito Santo. Pesquisadora do Laboratório de Estudos em Educação Física (LeseF/Cefd/Ufes).

Valéria Monteiro Mendes: Licenciada em Educação Física pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestre em Educação Física pela Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo (EEFE/USP). Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Membro do grupo de pesquisa CORPUS - Educação Física + Saúde Coletiva + Filosofia + Artes da Universidade de São Paulo. Colaboradora do Grupo Micropolítica e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Valter Bracht: Licenciado em Educação Física pela Universidade Federal do Paraná. Mestre em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Maria – RS. Doutor pela *Universität Oldenburg* (Alemanha). Atualmente é professor titular aposentado da Universidade Federal do Espírito Santo. Foi presidente do Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte (1991/93 e 1993/95). Pesquisador do Laboratório de Estudos em Educação Física (LeseF/Cefd/Ufes). Membro da Rede Internacional de Investigação em Educação Física Escolar (REIPEFE).

Victor José Machado de Oliveira: Licenciado em Educação Física pela Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo. Mestre e Doutorando em Educação Física pela Universidade Federal do Espírito Santo. Docente da Rede Municipal da Serra. Pesquisador do Laboratório de Estudos em Educação Física (Lesef/Cefd/Ufes).

Vinícius Penha: Licenciado e Mestre em Educação Física pela Universidade Federal do Espírito Santo. Professor de Educação Física da Rede Municipal de Educação de Vitória. Docente do Grupo de Capoeira Beribazu. Pesquisador do Laboratório de Estudos em Educação Física (Lesef/Cefd/Ufes), do Núcleo de Educação de Jovens e Adultos (NEJA) e do Observatório da Educação (OBEDUC/Ufes).

Ueberson Ribeiro Almeida: Licenciado e Mestre em Educação Física pela Universidade Federal do Espírito Santo. Doutor em Educação pela Universidade Federal do Espírito Santo. Docente do Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Espírito Santo. Professor e Coordenador Adjunto do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo. Pesquisador do Laboratório de Estudos em Educação Física (LESEF). Membro da Rede Internacional de Investigação em Educação Física Escolar (REIPEFE).

Yara Maria de Carvalho: Licenciada e Bacharel em Educação Física pela Universidade Estadual de Campinas. Mestre em Ciências do Esporte pela UNICAMP. Doutora em Saúde Coletiva na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e Livre-docência em Promoção da Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Pós-doutorado em Ciências Humanas e Saúde pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Pós-doutorado em Antropologia da Comunicação Visual pela Università La Sapienza di Roma, Itália. Pós-doutorado em Filosofia pela Universidad de

Córdoba, Argentina. Professora Associada da USP. Orienta mestrado e doutorado na área de concentração Pedagogia do Movimento Humano/EEFEUSP; e, mestrado profissional no Programa de Pós-Graduação Interunidades “Formação Interdisciplinar em Saúde/FOUSP”. Coordena o grupo CORPUS: Educação Física + Saúde Coletiva + Filosofia + Artes.



Este livro é um dos frutos do projeto interinstitucional “Políticas de formação em educação física e saúde coletiva: atividade física/práticas corporais no SUS”. Os grupos POLIFES da UFRGS, CORPUS da USP e LESEF da UFES desenvolveram, com apoio da CAPES, uma parceria que buscou estimular e qualificar a relação entre Educação Física e Saúde Coletiva. A orientação central foi a formação profissional para o campo da saúde com fundamentação nas ciências humanas e sociais e nos princípios do SUS. Nele o leitor encontrará diferentes cenários de práticas, pesquisas empíricas, relatos de experiências, narrativas e estudos que analisaram políticas, artefatos culturais e midiáticos, os quais se configuram em torno da relação Educação Física e Saúde Coletiva. Este livro é, portanto, uma forma de compartilhar caminhos e, ao mesmo tempo, um modo de afirmar e fortalecer a presença e atuação da Educação Física no campo da saúde.

Realização:

editora



redeunida

Apoio:



www.redeunida.org.br