UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
REGIONAL JATAÍ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

SARAH FELIPE SANTOS E FREITAS

EDUCAÇÃO FÍSICA E SUS: INDICADORES DA FORMAÇÃO E
ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Jataí - GO

2018

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ **Dissertação** ☐ **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

Nome completo do autor: Sarah Felipe Santos e Freitas

Título do trabalho: EDUCAÇÃO FÍSICA E SUS: INDICADORES DA FORMAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ **SIM** ☐ **NÃO**¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

Assinatura do(a) autor(a)²

Ciente e de acordo:

Assinatura do(a) orientador(a)²

Data: 16 / 09 / 2018

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

² A assinatura deve ser escaneada.

SARAH FELIPE SANTOS E FREITAS

EDUCAÇÃO FÍSICA E SUS: INDICADORES DA FORMAÇÃO E
ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Goiás-Regional Jataí para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Formação Humana e Fundamentos da Educação.

Orientadora: Professora Dra. Cátia Regina Assis Almeida Leal.

Jataí- GO

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Santos e Freitas, Sarah Felipe
EDUCAÇÃO FÍSICA E SUS: [manuscrito] : INDICADORES DA
FORMAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL / Sarah Felipe Santos e
Freitas. - 2018.
103, CIII f.: il.

Orientador: Prof. Cátia Regina Assis Almeida Leal.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Unidade
Acadêmica Especial de Educação, Programa de Pós-Graduação em
Educação, Jataí, 2018.

Bibliografia.

Inclui siglas, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de figuras, lista
de tabelas.

1. Formação em Educação Física. 2. Atividade Física. 3. Práticas
Corporais. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Saúde Pública e Coletiva.
I. Assis Almeida Leal, Cátia Regina, orient. II. Título.

CDU 37

Universidade Federal de Goiás
Regional Jataí
Programa de Pós-Graduação em Educação

Ata de Defesa Pública de Dissertação de Mestrado

Área de Concentração: Educação

Linha de Pesquisa: Cultura e Processos de Ensino e Aprendizagem

Ano de Ingresso: 2016

Aos vinte e dois dias do mês de Agosto de 2018, às 08:00 horas, no auditório do Prédio da Pós-graduação da Regional Jataí da Universidade Federal de Goiás, iniciaram-se os trabalhos referentes à Defesa Pública de Dissertação de Mestrado da candidata **SARAH FELIPE SANTOS E FREITAS** com o trabalho intitulado **“EDUCAÇÃO FÍSICA E SUS: INDICADORES DA FORMAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL”**. A Banca Examinadora, constituída pelos(as) membros: Dr^a. Cátia Regina Assis Almeida Leal (Presidente/Orientadora), Dr^a. Laís Leni Oliveira Lima (Membro Interno), Dr^a. Angela Rodrigues Luiz (Membro Externo), considerou a candidata, Sarah Felipe Santos e Freitas: **APROVADA (X) REPROVADA ()**.

Foi concedido um prazo de 30 dias, para a candidata efetuar as correções sugeridas pela Banca Examinadora e entregar o trabalho em sua redação definitiva. E, para constar, foi lavrada a presente ata, que vai assinada pelos membros da Banca.

Prof^a. Dr^a. Cátia Regina Assis Almeida Leal
Orientadora/Presidente – UFG/REJ

Prof^a. Dr^a. Laís Leni Oliveira Lima
Membro Interno – UFG/REJ

Prof^a. Dr^a. Angela Rodrigues Luiz
Membro Externo- UFG/REJ

Aos meus pais Manoel Divino Freitas e Maria Aparecida Santos Freitas.

Agradecimentos

À minha orientadora Prof^a Dr^a Cátia Regina Assis Almeida Leal por toda parceria e paciência. Agradeço pelos ensinamentos e tempo dedicado a me ensinar. Sou grata pelo carinho e amizade.

À Prof^a Dr^a Angela Rodrigues Luiz, que esteve presente em grande parte da minha vida acadêmica, obrigada pelas contribuições e disposição para o trabalho. Espero encontrá-la muitas vezes ainda na caminhada que tenho pela frente.

À Prof^a. Dr^a Laís Leni Oliveira lima pela disponibilidade e prontidão com que atendeu ao nosso convite. Sou grata a Deus por ter colocado em meu caminho professores como você, que me inspiram e servem de espelho, durante a caminhada que tenho pela frente. Obrigada!

Aos meus pais pelo que me ensinaram durante toda minha vida, a não desistir dos sonhos, por mais que pareçam inalcançáveis.

Aos amigos, pelo apoio, carinho, orações. Sou grata a Deus por ter vocês em minha vida.

A DEUS pela vida.

RESUMO

FREITAS, Sarah Felipe Santos. Educação Física e SUS: indicadores da formação e atuação profissional. 2018. 103f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Goiás- Regional Jataí. Jataí - Goiás 2018.

A pesquisa resulta de uma investigação que teve como objetivo a compreensão dos nexos que permeiam a relação trabalho e saúde na inserção do professor de Educação Física no Sistema Único de Saúde (SUS). São objetivos específicos: compreender os nexos constitutivos do sistema de saúde brasileiro, sua totalidade e suas contradições; compreender a relação da Educação Física com a saúde pública e coletiva; analisar os programas/projetos/políticas do SUS e identificar em quais estão inseridos a profissão Educação Física; compreender o percurso histórico e legal da formação em Educação Física no Brasil; compreender como se materializa a inserção do professor de Educação Física no SUS. Para a compreensão do objeto em seus pormenores, sua essência, sua complexidade e sua totalidade, optou-se pelo método do materialismo histórico-dialético, no qual todas as análises são guiadas pelo entendimento de que o que está posto na realidade só poderá ser abrangido, sem risco de reducionismo, por meio da compreensão das relações materiais que lhe deram origem, observando no objeto toda a sua dinâmica sócio-histórica. A metodologia utilizada na execução da pesquisa empírica foi coleta de dados na plataforma e-MEC (sistema eletrônico de acompanhamento dos processos que regulam a educação superior no Brasil – Ministério da Educação), no Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP), e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os dados evidenciam que a inserção da Educação Física no SUS se dá por meio de programas/projetos/políticas do SUS, a saber, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e Programa Academia da Saúde (PAS). No que se refere à formação, identifica-se que a formação em Educação Física no Brasil tem sido regida pelo setor privado, que tem a licenciatura em Educação Física predominante, e a modalidade de ensino que desponta é a EaD. No que se refere ao quantitativo de matrículas, evidencia-se um aumento contínuo do número de matrículas, ingressos e conclusões nos cursos de Educação Física.

Palavras-chave: Formação em Educação Física; Atividade Física; Práticas Corporais; Sistema único de Saúde ; Saúde Pública e Coletiva.

ABSTRACT

FREITAS, Sarah Felipe Santos. Physical Education and SUS: indicators of professional training and performance. 2018. 103f. Dissertation (Master of Education) - Federal University of Goiás, Jataí, 2018.

The research results of an investigation that purpose the comprehension of the links that permeate the relation between work and health in the insertion of the professor of physical education in the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS). As specific objectives: To understand the constitutive links from the Brazilian health system, its totality and contradictions; Understand the relation of physical education with the public and collective health, analyse the programs/projects/ SUS policies and identify in which are inserted the profession Physical Education, understand the historical course and legal formation of Physical Education in Brazil, Understand how materializes the insertion of the professor of physical education in UHS. For the understanding the object in its details, essence, complexity and totality it has chosen the dialectical-historical materialism method in which all analysis are guided by the knowledge that what is set in the reality can only be understood without being reductionist through the acquaintance of the material relations that gave origins to it, observing in the object all its social-historical dynamics. The methodology used in the fulfillment of the empirical research was data collection in the e-MEC platform. (Electronic monitoring system of the process that orders the superior education in Brazil – Ministry of Education) in National Institute of Study and Educational Research (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP), and the National Cadaster of Establishment (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES). The data shows that the insertion of the Physical Education in the SUS succeeds through programs/ projects/ SUS policies, namely, Psychosocial Care Center (Centro de Atenção Psicossocial – CAPES), Family Health Support Center (Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF) and the Health Fitness Center (Academia da Saúde). As relative to formation, it was identified that the Physical Education in Brazil has been led by the private sector, which has a degree in Prevailing Physical Education, and a teaching modality that emerges is an EAD. As relative to the quantitative of registrations it shows a continuous increase in the numbers of registers, admissions and conclusions in the Physical Education course.

Keywords: Formations in Physical Education; Physical Activity; Body Practices; Sistema Único de Saúde; Public Health and Collective.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Dados gerais dos cursos de Graduação em Educação Física	77
Tabela 2	Locais e quantidade de professores de Educação Física inseridos no SUS	83

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Quantidade de cursos de Educação Física no Brasil por período, considerando: Público/Privado, Licenciatura/Bacharelado, Presencial/EaD	75
Gráfico 2	Quantidade de Matrículas, Ingressos e Conclusões dos cursos de Educação Física	78
Gráfico 3	Quantidade de cursos de Formação em Educação Física no Brasil (2017)	79
Gráfico 4	Quantidade de CAPS existentes no Brasil, ativos, no ano de 2017	85
Gráfico 5	Quantidade de NASF existentes no Brasil ativo, no ano de 2017	86
Gráfico 6	Polos habilitados do PAS, segundo status de construção	87

LISTA DE QUADRO

Quadro	1	Documentos publicados que aproximam a Educação Física, ou alguns de seus conteúdos, com o SUS	47
--------	---	---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura	1	Modalidade, áreas e valores dos polos	65
Figura	2	Estrutura curricular para os cursos superiores de Educação Física segundo a Resolução 03/87	71

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ABED - Associação Brasileira de Educação a Distância
ABS - Atenção Básica à Saúde
APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS - Atenção Primária à Saúde
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CBO - Código Brasileiro de Ocupações
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEB - Câmara de Educação Básica
CES - Câmara de Educação Superior
CNE - Conselho Nacional de Educação
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CONFED- Conselho Federal de Educação Física
COOPERCERES – Cooperativa de Servidores
CREF - Conselho Regional de Educação Física
DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNEF- Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Física
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EaD - Educação a Distância
ESF - Estratégia de Saúde da Família
IES - Instituição de Ensino Superior
INEP - Instituto Nacional de Pesquisa
LDB - Lei de Diretrizes de Base da Educação Nacional
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
MS - Ministério da Saúde
MEC - Ministério da Educação
NAISF - Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família
NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS - Organização Mundial de Saúde
PAS - Programa Academia da Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

PPGE - Programa de Pós Graduação em Educação

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Redes de Atenção à Saúde

REJ- Regional Jataí

REUNI - Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

RUE - Rede de Urgência e Emergência

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SciELO - Scientific Electronic Library Online

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFG - Universidade Federal de Goiás

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

Introdução	17
<i>Delineando do objeto de pesquisa</i>	<i>17</i>
<i>Delineando os caminhos metodológicos</i>	<i>19</i>
<i>Delineando a exposição do objeto</i>	<i>20</i>
<i>Delineando a exposição dos dados</i>	<i>22</i>
1 SUS: UM SISTEMA EM CONSTRUÇÃO	23
1.1 Contexto histórico de criação do SUS	24
1.2 Novos arranjos no SUS: as redes de atenção à saúde	29
1.3 Práticas de Saúde como <i>locus</i> da materialidade do trabalho do trabalhador em saúde	31
1.4 Trabalho e Saúde: o trabalho do trabalhador no SUS	34
2 APROXIMAÇÃO DA EDUCAÇÃO FÍSICA COM O SUS..	44
2.1 Promoção da Saúde e a Política Nacional de Promoção da Saúde	45
2.2 Aproximações entre Educação Física e SUS: o que os documentos evidenciam	48
2.3 Educação Física, conflitos da área e a implicação para o trabalho em saúde	53
2.4 Materialização do trabalho nos espaços CAPS, NASF, PAS, por meio das práticas de saúde	57
2.4.1 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	58
2.4.2 Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF	62
2.4.3 Programa Academia da Saúde - PAS	64
3 APROXIMAÇÕES DA EDUCAÇÃO FÍSICA COM O SUS	69
3.1 A Formação em Educação Física no contexto brasileiro	69
3.2 Inserção da Educação Física no SUS.	81
3.3 Trabalho e Saúde: indicadores da formação e atuação no SUS	88
Considerações Finais	93
Referências	95

Introdução

Delineando do objeto de pesquisa

O objeto de estudo desenvolvido nesse texto está estreitamente ligado à minha formação acadêmica. Graduei-me em Educação Física Bacharelado¹, pela Universidade Federal de Goiás – Regional Jataí (UFG/REJ)², entre 2012 a 2016. Durante esse percurso formativo identifiquei-me com o curso, com os conhecimentos, os desafios e as possibilidades intrínsecas a ele.

Para aquela experiência formativa tracei algumas metas acadêmicas, entre elas, envolver-me organicamente com todas as oportunidades possíveis: monitoria de disciplinas, projetos de ensino, de extensão e de pesquisa. Ao participar delas, várias outras oportunidades se apresentaram, como: elaboração de textos, artigos e participação de vários eventos científicos, sem e com apresentação de trabalhos.

As experiências nas disciplinas de estágio despertaram meu interesse na docência de forma peculiar, confirmando minhas expectativas quanto ao futuro acadêmico profissional. Nessa etapa da formação deparei-me com o universo e debate da Saúde Pública e da Saúde Coletiva, tanto do ponto de vista da compreensão teórica quanto das ações de intervenção em espaços do SUS, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o polo de Jataí do Programa Academia da Saúde (PAS).

Todas essas oportunidades formaram em mim um olhar atento, curioso e abrangente sobre a Educação Física e as contradições próprias dessa área de formação e atuação profissional. Na expectativa de ampliar meus conhecimentos previamente adquiridos nessas experiências das disciplinas de estágio, ao término da graduação, ingressei-me no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Goiás-Regional Jataí (PPGE/UFG/REJ),³ perspectivando desenvolver uma pesquisa que ampliasse meus

¹ O Curso de Educação Física da UFG-REJ possibilita a formação de profissionais capazes de atuar e desenvolver ações político-pedagógicas voltadas à Saúde Coletiva, em instituições públicas e privadas, por intermédio da cultura corporal e esportiva; da formação cultural; da educação e reeducação motora; do rendimento físico esportivo; do lazer, e da gestão de empreendimentos relacionados às atividades físicas, esportivas e recreativas (UFG, 2013).

² A Universidade Federal de Goiás, além de seu Campus da Capital, Goiânia, possui alguns outros, entre eles, o de Jataí, cidade situada na Microrregião do Sudoeste do Estado de Goiás.

³ Título do projeto de pesquisa apresentado como requisito no processo seletivo do PPGE/UFG/REJ: “Educação Física e Saúde Coletiva: perspectivas acerca da formação e atuação no SUS”.

conhecimentos sobre a Saúde Pública e a Saúde Coletiva na aproximação com a Educação Física.

Como movimento natural de todo processo de formação, ao cursar as disciplinas e debruçar-me sobre o objeto de estudo inicial, ele tomou contornos mais definidos. Motivada ainda pelas minhas expectativas e experiências acadêmicas na área, mantenho o foco da pesquisa na Saúde Pública e Coletiva, buscando compreender qual a relação da Educação Física com o Sistema Único de Saúde, identificando de que forma se materializa o trabalho do professor de Educação Física no SUS.

Sabe-se que a formação em Educação Física no Brasil tem sido marcada por várias mediações⁴, nexos⁵ e contradições⁶. Destaco, à guisa de introdução, que compreendo que a

Educação Física é uma prática pedagógica, que no âmbito escolar, tematiza formas de atividades expressivas corporais como: jogo, esporte, dança, ginástica, formas como essas que configuram uma área de conhecimento que poderemos chamar de cultura corporal (COLETIVO DE AUTORES, 1992, p. 50).

Os autores afirmam ainda que a Educação Física é uma área de conhecimento em construção, indicando o próprio movimento e dinâmica da sociedade.

Pensando nessa dinâmica e no fato de que nem sempre essa conceituação foi consensual e tampouco hegemônica, identifica-se, ao longo de sua história, que a Educação Física passa por modificações de conceito, de vinculação a áreas de conhecimento, de estatuto epistemológico, do modo como é praticada, entre outras. É inegável que todas essas mudanças deixam fortes traços na formação.

Diante do desafio de conhecer a complexidade da inserção dessa área de conhecimento no SUS, parti dos seguintes questionamentos: como o trabalho do professor de Educação Física se materializa no SUS? Como está a presença/inserção da Educação Física no SUS? Onde estão alocados os professores de Educação Física no SUS? Quantos são no Brasil?

⁴ É uma categoria central da Dialética. Em um sentido literal, refere-se ao estabelecimento de conexões por meio de algum intermediário. Na epistemologia, o problema apresenta-se como a necessidade de mediação entre o sujeito cognoscente e o mundo a que se refere seu conhecimento, isto é, a “demonstrar a verdade, a saber, a efetividade e o poder, a criteriosidade [Diesseitigkeit] de seu pensamento” (Teses sobre Feuerbach, 2ª tese) (ABBAGNANO, 1998, p. 417).

⁵ Conexão das coisas entre si, na ordem causal ou final. Withhead deu esse nome (nexus) às conexões reais entre as coisas, por ele consideradas como elementos últimos da realidade, juntamente com as próprias coisas e com as percepções (ABBAGNANO, 1998, p. 712).

⁶ Na tradição marxista, as contradições dialéticas se têm caracterizado em contraste com (i) as oposições ou conflitos exclusivos ou “reais” (a Realrepugnantz kantiana), pois seus termos ou polos pressupõem-se mutuamente, de modo a constituir uma oposição inclusiva; e com (ii) as oposições lógicas formais, pois as relações envolvidas são dependentes de significado (ou conteúdo), e não puramente formais, de modo que a negação não leve ao seu cancelamento abstrato, mas à criação de um conteúdo mais abrangente, novo e superior (BOTTOMORE, 1988, p. 74).

Como a formação desta área se articula com cenários mais amplos? A que interesses ela atende?

Motivada por questões dessa ordem, opto, então, por definir como objetivo geral compreender os nexos que permeiam a relação trabalho e saúde na inserção do professor de Educação Física no Sistema Único de Saúde. São objetivos específicos: compreender os nexos constitutivos do sistema de saúde brasileiro, sua totalidade, e suas contradições; compreender a relação da Educação Física com a saúde pública e coletiva; analisar os programas/projetos/políticas do SUS e identificar em quais estão inseridos a profissão Educação Física; compreender o percurso histórico e legal da formação em Educação Física no Brasil; compreender como se materializa a inserção do professor de Educação Física no SUS.

Delineando os caminhos metodológicos

Para tornar factível compreender o objeto de pesquisa anunciado na sua essência, complexidade e totalidade, optou-se pelo materialismo histórico-dialético. Este indica que para compreender determinado objeto é preciso ampliar o olhar para além do que está imediatamente dado, ou aparentemente anunciado, pois, via de regra, nenhum objeto apresenta-se para além da sua aparência fenomênica.

A escolha desse método se dá por acreditar que somente ele permite desvelar o objeto em todas as suas contradições. Se a realidade é contraditória a ciência tem como prerrogativa fazer com que as contradições sejam desveladas. Marx (1978) elucida:

o concreto é concreto porque é a síntese de muitas determinações, isto é unidade do diverso. Por isso o concreto aparece no pensamento, como processo de síntese, como resultado, não como ponto de partida, ainda que seja o ponto de partida efetivo e, portanto, o ponto de partida da intuição e da representação (p. 116).

O ponto de partida dessa pesquisa está alicerçado pelo interesse de compreender como se dá a inserção dos professores de Educação Física no SUS. Para chegar a essa compreensão, fez-se necessário identificar de que forma se constituiu o sistema de saúde brasileiro.

Seguindo a orientação do método, e uma vez definido o ponto de partida, lançou-se mão dos instrumentos metodológicos necessários para desopacizar o objeto. A pesquisa bibliográfica apresenta-se como necessária. Para realizá-la foram eleitas as fontes que se fizeram necessárias tanto para a fundamentação teórica quanto para análise e compreensão do objeto. Dentre os mais utilizados estão: Marx, Lukács, Batistella, Bagrichevsky e Breilh.

Outras fontes bibliográficas foram consultadas, tais como: livros em bibliotecas físicas e virtuais; bases de dados como: Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Portal Domínio Público - Biblioteca Virtual, Site da Associação Brasileira de Educação a Distância (ABED), sites das Instituições de Ensino Superior (IES), entre outros.

Às fontes para coleta de dados foram as plataformas: e-MEC (Ministério da Educação), Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP), e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Concomitante à pesquisa bibliográfica procedeu-se uma busca na base de dados do Ministério da Educação (MEC), especificamente na Plataforma e-MEC num primeiro momento; posteriormente, optou-se por coletar informações em mais dois bancos de dados, INEP e CNES, por acreditar que os dados fornecidos por essas instituições seriam necessários para compreender o objeto na sua essência.

É possível enquadrar essa etapa como pesquisa documental. Segundo Lüdke e André (1986), essa pesquisa se constitui numa valiosa técnica de abordagem de dados qualitativos desvelando aspectos de um problema. São considerados documentos quaisquer materiais escritos que possam ser usados como fonte de informação.

Para Carvalho (1989), esses documentos podem ser classificados de duas formas: fontes primárias, que são os documentos propriamente ditos, e fontes secundárias, que são dados ou informações elaboradas por institutos especializados e considerados confiáveis.

No primeiro grupo podem-se incluir leis e regulamentos, normas, pareceres, cartas, memorandos, manuais, relatórios, ofícios, atas, estatutos, boletins, folhetos, gibis e materiais didáticos. No segundo, incluem-se revistas, jornais, rádio, televisão, bases de dados, como é o caso do e-MEC, INEP e CNES.

Delineando a exposição do objeto

Na plataforma e-MEC foi possível obter uma diversidade de dados sobre os cursos de formação em Educação Física no Brasil. Os dados coletados foram armazenados em uma planilha do Excel e serão expostos e analisados nesta pesquisa, no capítulo três. Quanto a esses dados, optou-se pela coleta das instituições e cursos em funcionamento. Foram consideradas elegíveis todas as IES públicas e privadas, cadastradas na plataforma e-MEC, que ofertavam curso de licenciatura e/ou bacharelado em Educação Física, na modalidade presencial e a distância, que estivesse em funcionamento no Brasil. Os dados foram coletados

entre os meses de janeiro a julho de 2017 e indicaram a existência de 667 Instituições de Ensino Superior (IES) com 3884⁷ cursos de Educação Física em funcionamento.

No INEP a coleta de dados foi para obter a quantidade de alunos matriculados que ingressaram e que concluíram o curso de Educação Física, na modalidade presencial e EaD. O INEP organiza os dados em planilha do Excel, para todos os cursos do Brasil. Por meio da coleta podemos afirmar que a cada ano que se passa há um aumento significativo na quantidade de pessoas cursando Educação Física. Dado que corrobora o encontrado no e-MEC, que diz que a quantidade de cursos tem aumentado.

No site do CNES a coleta de dados foi feita por meio de uma planilha que o próprio sistema gera, na qual há a possibilidade de identificar quais são e onde estão os professores de Educação Física que têm vínculo com o SUS. Evidencia-se a partir desta coleta que há no SUS a quantidade de 7926 professores de Educação Física atuando nos diversos programas/projetos/políticas do SUS. Identifica-se que o SUS reconhece a Educação Física como profissão da Saúde e insere esses profissionais em seus programas/projetos/políticas. Espera-se da formação a preparação destes professores para esse locus de atuação, mas espera-se que os profissionais estejam afinados com os princípios e diretrizes do SUS, o que fará diferença na atuação do mesmo.

No que diz respeito à produção para as áreas, tanto da saúde pública e coletiva quanto da Educação Física e Educação, esse trabalho pretende dar contribuições, já que pouco tem se discutido quando o assunto é saúde pública e coletiva relacionando com a inserção/atuação/formação do professor de Educação Física no SUS.

Considera-se, ainda, que os resultados desta pesquisa possam servir de subsídios para a criação de estratégias de mudanças e adequações no contexto da formação dos professores de Educação Física, considerando a reorientação da formação preconizada pelas políticas públicas de saúde e de educação.

⁷ Quando começamos a coletar os dados, nos deparamos com a seguinte realidade: havia instituições de ensino que ofertavam mais de um curso em municípios diferentes, com matrizes curriculares diferentes. Então, optamos por coletar todos os cursos de todos os municípios que estivessem em funcionamento. Consideramos para essa tabulação cursos presenciais e EAD, levando em consideração a existência de um curso em cada polo existente. Com isso, o quantitativo de cursos em funcionamento é 3884 sendo ofertados por 667 instituições; a coleta foi realizada em 2017. Se separarmos as modalidades presenciais e EAD, encontramos um total de 630 IES presenciais, com 1217 cursos presenciais, e 37 IES EAD, com 2667 cursos. Esse dado se aproxima dos dados contidos na tese de doutorado de Luiz (2016), que encontra o total de 1267 cursos de Educação Física na modalidade presencial; a coleta de dados da pesquisadora foi feita em 2015 e a mesma não utiliza dados dos cursos EAD.

Delineando a exposição dos dados

O referencial teórico serviu de base para a construção dos capítulos. Abordou-se o percurso histórico de organização do SUS, seus princípios e diretrizes e sua forma organizacional. Identificou-se que é por meio das Práticas de Saúde que se dá a materialidade do trabalho do trabalhador em saúde. A partir daí, nos embasamos em Marx para discorrer acerca da categoria trabalho.

No segundo capítulo, o foco foi a trajetória legal e documental da aproximação da Educação Física com o SUS, tendo como eixo norteador as práticas de saúde, que são a materialidade do trabalho do trabalhador no SUS. No capítulo identificou-se os locais no SUS onde há atuação do professor de Educação Física e como se efetiva o trabalho desta área nas políticas e programas do sistema de saúde.

No terceiro capítulo, abordou-se a historicização do contexto de implementação dos cursos de Educação Física no Brasil, tendo como fonte de coleta de dados o e-MEC, o INEP e o CNES. Com base nos dados coletados no e-MEC, evidencia-se o panorama geral dos indicadores da formação em Educação Física no Brasil, com o propósito de identificar como a formação em Educação Física comparece/configura-se. Cientes do panorama e número de cursos de Educação Física no Brasil fez-se necessário saber indicadores relacionados à formação. No INEP, a coleta de dados foi da quantidade de matrículas e de conclusões nos cursos de Educação Física no Brasil. No CNES, a coleta realizada deu-nos os locais e a quantidade referente aos professores de Educação Física que estão atuando no SUS.

Conclui-se evidenciando que no SUS existem programas/projetos/políticas que inserem a Educação Física como área componente das equipes multiprofissionais. Evidencia-se que são 667 IES ofertando 3884 cursos e que o número de matrículas nos cursos de Educação Física só aumenta, além de a inserção desta área no SUS ser efetivada principalmente por meio dos programas/projetos/políticas CAPS, NASF e PAS.

1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM SISTEMA EM CONSTRUÇÃO

Este capítulo tem como objetivo compreender os nexos constitutivos do sistema de saúde brasileiro, sua totalidade e suas contradições. Do sistema de saúde, a parte que nos interessa é a que trata das linhas de cuidado em saúde, pois nestas estão a materialidade do trabalho do trabalhador. Essa materialidade se efetiva por meio das práticas de saúde, que serão a base norteadora para desenvolvimento de todo capítulo. Busca-se problematizar o tema saúde como processo objetivo, em suas múltiplas determinações, mas sabendo que ela se apresenta como dimensão particular de um processo de complexidade maior, a constituição do ser social. Para entender melhor a relação Saúde e Trabalho, nos debruçaremos a seguir na compreensão da indissociabilidade desses conceitos.

A Constituição Federal de 1988 traz as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi instituído em 1990 com a denominada Lei Orgânica da Saúde. Na Constituição de 1988 fica garantida a saúde a todos os cidadãos, tendo o Estado a responsabilidade de executar as políticas sociais e econômicas que promovam a redução de doenças, garantindo para a população melhores condições de saúde (BRASIL, 1988).

A criação do SUS se deu por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e recuperação da saúde e a organização e funcionamento dos serviços correspondentes. A primeira lei orgânica do SUS detalha os objetivos e atribuições, os princípios e diretrizes, a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (Federal, Estadual e Municipal), a participação complementar do sistema privado, recursos humanos, financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento desse sistema (BRASIL, 1990).

O SUS nasce a partir dos movimentos organizados pela sociedade civil, que tinham críticas ao modelo de saúde vigente. Surge da crítica ao modelo de saúde que a considerava apenas como ausência de doenças e a partir dos movimentos organizados da sociedade civil. A partir desse contexto, passou-se a preocupar com a promoção da saúde, relacionando-a a qualidade de vida da população levando em consideração os aspectos sociais, históricos e culturais (BRASIL, 2000).

A garantia de acesso aos serviços de saúde no Brasil está assegurada tomando como referência a aplicação cotidiana dos princípios organizativos e doutrinários do SUS. De acordo com Brasil (2015), a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde do SUS e aponta para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção. As RAS terão como centro coordenador a Atenção

Básica à Saúde (ABS), que, por sua vez, organizará os fluxos e contrafluxos nos pontos de atenção secundários e terciários mediante sistemas logísticos, auxiliados por estruturas de apoio, tudo gerido por um sistema de governança interfederativo e transversal.

1.1 Contexto histórico de criação do SUS

No final dos anos de 1970 e início dos anos de 1980, o aumento das carências sociais, principalmente nos grandes centros urbanos, e o afrouxamento do regime autoritário desencadeou o surgimento de vários movimentos populares de caráter reivindicatório, dando início ao movimento da Reforma Sanitária.

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira nasce na segunda metade de 1970 no bojo das lutas pela liberdade democrática contra a ditadura, movimento esse que se ampliava em todos os segmentos da sociedade. Além dos movimentos sociais, as entidades emblemáticas nesse período foram o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES – e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO –, criados em 1976 e 1979, respectivamente.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde e a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, nos anos 1980 foram importantes para as muitas conquistas que aconteceram no processo de reorganização do sistema de saúde no Brasil.

Segundo Brasil (2005), nos anos 1980, com os movimentos sociais pela democratização do Estado e debates na Assembleia Nacional Constituinte, houve uma empolgação com os valores éticos e sociais de direitos de cidadania que resultaram na criação de um Sistema Único de Saúde, com universalidade, igualdade, integralidade e participação da comunidade, contidos na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas: nacional, estaduais e municipais.

A Constituição Federal define que

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1998, p. 1).

A Constituição brasileira estabelece que a saúde é um dever do Estado. Aqui, deve-se entender Estado não apenas como o governo federal, mas como Poder Público, abrangendo a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios. A implementação e a gestão do SUS são, portanto, também obrigações das municipalidades, que devem trabalhar integradas às

demais esferas de governo na construção de políticas setoriais e intersetoriais que garantam à população acesso universal e igualitário à saúde.

Para tanto, o SUS, em seu arcabouço de leis, normas, resoluções e diretrizes, é um marco definitivo na garantia do direito à saúde do cidadão brasileiro, por determinar um caráter universal às ações e aos serviços de saúde no país (BRASIL, 2000). Ainda que sua instituição formal tenha se dado na Constituição Federal de 1988, suas origens remontam há muito mais tempo, a partir da crise do modelo médico assistencial privatista que se hegemonizou na segunda metade do século XX, induzido pelo processo da industrialização brasileira.

O SUS trouxe uma nova concepção de saúde, agora ampliada, passando a considerar como determinantes outros fatores que, direta ou indiretamente, estão associados quando se pensa em saúde e qualidade de vida como os aspectos econômicos, sociais e culturais, que são as múltiplas determinações. Adicionado a isso, está também uma visão integrada das ações e dos serviços de saúde. Logo, o caráter inovador está na criação de condições para a superação de uma visão de saúde pública que se concentrava na doença.

Uma vez constituído o SUS, houve a necessidade de regulamentação deste sistema, o que aconteceu em 1990, com a promulgação das duas Leis Orgânicas da Saúde: a Lei 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, e também a Lei 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e dá outras providências.

Para que o SUS funcione e coloque em prática o que foi descrito na Constituição de 1988 e nas Leis Orgânicas de Saúde, são necessárias políticas públicas, programas, projetos e financiamentos para sua consolidação.

A Constituição Federal de 1988 atrelou o financiamento do sistema nas três esferas do governo, possibilitando, dessa forma, receita suficiente para custear o funcionamento do SUS. A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, regulamenta os valores mínimos que devem ser aplicados pelas três esferas do governo anualmente no financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

De acordo com a Lei Complementar 141/2012, a União investirá em saúde o valor aplicado no ano anterior acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) dos dois anos anteriores. Já os estados terão de aplicar 12% de suas receitas, e os municípios,

15%. O Distrito Federal deverá investir 12% ou 15% conforme a origem da receita (BRASIL, 2012a).

Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde, a saber: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde; e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde.

É responsabilidade da União coordenar os sistemas de saúde de alta complexidade e os laboratórios públicos. Por meio do Ministério da Saúde, a União planeja e fiscaliza o SUS em todo o País. O MS responde pela metade dos recursos da área; a verba é prevista anualmente no Orçamento Geral da União (BRASIL, 2003).

É papel dos governos estaduais criar suas próprias políticas de saúde e executar as políticas nacionais aplicando recursos próprios (mínimo de 12% de sua receita), além dos repassados pela União. Os estados também repassam verbas aos municípios. Além disso, os estados coordenam sua rede de laboratórios e hemocentros, definem os hospitais de referência e gerenciam os locais de atendimentos complexos da região (BRASIL, 2003).

É dever do município garantir os serviços de atenção básica à saúde e prestar serviços em sua localidade, com a parceria dos governos estadual e federal. As prefeituras também criam políticas de saúde e colaboram no desenvolvimento das políticas nacionais e estaduais, aplicando recursos próprios (mínimo de 15% de sua receita) e os repassados pela União e pelo estado. Igualmente os municípios devem organizar e controlar os laboratórios e hemocentros. Os serviços de saúde do município também são administrados pelos municípios, mesmo aqueles mais complexos (BRASIL, 2003).

Para que fosse possível atender de forma integral o usuário do sistema, foi necessário criar princípios doutrinários para reger o SUS. Esses princípios têm como objetivo garantir os direitos que a população tem ao precisar de atendimento. São eles: universalidade, integralidade e equidade.

O princípio da universalidade garante a saúde como um direito de todos e como dever do Poder Público, responsável por manter serviços e ações que garantam esse princípio. Tem como maior desafio assegurar serviços e ações de saúde para todos aqueles que necessitem do sistema, independente de classe social, cor, sexo etc. (BRASIL, 2000).

O princípio da integralidade deve garantir a atenção ao usuário de acordo com a necessidade específica de cada um ou de determinada comunidade, caracterizando um atendimento integral. As ações são direcionadas para atender crianças, mulheres, idosos, portadores de doenças mentais, dentre outros. Uma das preocupações para que esse princípio

tenha êxito está na humanização dos serviços prestados e na consolidação das políticas realizadas no âmbito do SUS (BRASIL, 2000).

O princípio da equidade garante a redução das desigualdades sociais e regionais do país buscando um maior controle dos serviços prestados, assegurando o atendimento de acordo com a necessidade do indivíduo (BRASIL, 2000). “Com isso, destaco o entendimento de que a equidade, mais do que tratar todos iguais, teria um valor de justiça, ou seja, de se buscar dar mais a quem precisa mais” (SOUZA, 2003, p. 76). Prossegue o autor:

Do ponto de vista dos princípios, a universalidade significa que o SUS é para todos e a integralidade significa que é tudo. Assim, o nosso desafio é assegurar *tudo para todos*. Esse é um grande desafio, porque se fosse tudo para alguns, ou alguma coisa para todos seria muito mais fácil. Mas tudo para todos é o grande desafio e, ao mesmo tempo, é a grande riqueza do SUS. Entendo que se pensarmos numa perspectiva de que o SUS seja para alguns, ou seja, parcial, que não garanta a integralidade, ele se desintegra no ar, porque essa que é a grande riqueza, que é o grande desafio que infelizmente não é bem entendido. Ou, pelo menos, bem defendido por todos. Pesquisas de opinião têm demonstrado que a parcela da população que não utiliza o SUS tem uma visão extremamente negativa do SUS. Talvez, porque vivenciar o SUS, defender e se comprometer com o SUS, é antes de tudo um ato de desprendimento, de solidariedade. Infelizmente a parcela da população que paga, muito caro, um plano ou seguro de saúde não consegue fazer esse exercício e de certo modo isto é até compreensível (SOUZA, 2008, p. 76).

Além dos princípios doutrinários, do ponto de vista do funcionamento do SUS, deve-se considerar seus princípios operacionais, os quais buscam garantir um melhor funcionamento do sistema. Dentre esses princípios estão a descentralização, a regionalização e hierarquização e a participação comunitária.

A descentralização torna o município responsável pela saúde pública de sua população a partir da transferência dos recursos do Fundo Nacional de Saúde aos municípios, o que permite diminuir fraudes e identificar com maior precisão quais são as necessidades eminentes do município (BRASIL, 2000).

A hierarquização é o princípio que garante a organização dos serviços em níveis de saúde crescentes de complexidade. O atendimento prioritário acontece nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o atendimento secundário acontece nos hospitais de pequenos portes e, caso seja necessário um maior suporte para problemas de alta complexidade, o usuário é encaminhado para os hospitais de referência.

A regionalização é o princípio operacional que garante a articulação entre gestores estaduais e municipais, buscando a eficiência e efetividade do SUS. Geralmente municípios com mais habitantes são contemplados com hospitais de referência, o que permite fornecer atendimento para toda a região ou estado, proporcionando à população acesso, integralidade e

resolutividade no serviço de saúde. Porém, para que isso ocorra, é necessário organização, união e parceria entre municípios (BRASIL, 2000).

A participação popular, instituída com base na Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, estimula a participação dos usuários na gestão do SUS, assumindo importância na fiscalização e no controle da verba que é direcionada ao Sistema. Nessa Lei foram instituídas as Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde como espaços destinados aos usuários e profissionais do SUS, para formularem estratégias que cooperem com o funcionamento do Sistema (BRASIL, 1990).

Os Conselhos de Saúde existem nas três esferas do governo e são compostos por representantes de diversos segmentos da sociedade. Eles definem a composição dos representantes e as normas de funcionamento.

As Conferências de Saúde são formadas por representantes de diversos segmentos sociais que possuem como propósito promover reuniões para propor diretrizes, avaliar a situação da saúde e formular políticas de saúde, também realizadas em todas as esferas administrativas de governo.

O SUS se divide ainda por níveis de atenção: primário, secundário e terciário (básica, média e alta de complexidade). À atenção básica ou primária, cujo carro-chefe é o Programa de Saúde da Família, cabe resolver a grande maioria dos agravos à saúde, além do “recrutamento” dos níveis subsequentes – é da Atenção Primária a tarefa de definir quando um paciente deve ser referenciado aos demais níveis, se houver necessidade do uso desses recursos. Na atenção básica há a utilização de baixa tecnologia, para atender as principais demandas de saúde da população.

Para a expansão, a qualificação e a consolidação da Atenção Básica à Saúde nos municípios brasileiros, o Governo Federal focaliza suas ações na Estratégia Saúde da Família (ESF) com o propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2009). A aposta na atenção básica como “porta de entrada” preferencial do SUS produziu a mudança do próprio objeto da assistência, que deixou de ser a doença para ser a saúde e sua promoção.

Como destaque nessa mudança de atendimento em níveis, podemos citar as equipes multiprofissionais. Esta é considerada uma importante estratégia para reorganização do processo de trabalho em direção a uma abordagem mais eficaz e integral.

A Atenção Secundária ou média complexidade refere-se às ações e serviços de saúde que atendem agravos de saúde da população, sobretudo em ambiente ambulatorial ou hospitalar, com maior aporte tecnológico e apoio para diagnóstico e tratamento. Por sua vez,

a Atenção Terciária ou alta complexidade refere-se a um conjunto de procedimentos que demandam alta tecnologia e alto custo, oferecendo serviços qualificados e normalmente representados pelos hospitais.

Fazem parte do SUS: centros e postos de saúde, hospitais (incluindo os universitários), laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, além de fundações e institutos de pesquisa.

Ao longo dos 30 anos de sua existência, o SUS vem progredindo com a reestruturação contínua de suas leis, resoluções, portarias, políticas e programas de saúde, visando reafirmar seus princípios e diretrizes e qualificar a atenção em saúde. Contudo, a busca pela integração na atenção em saúde não é tarefa fácil, especialmente, pelo caráter multifatorial envolvido na dinâmica de funcionamento deste complexo sistema, que abrange diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária), fontes diversificadas de financiamento, profissionais de diversas formações e especialidades.

Aliado a isso, soma-se o desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo, efetividade e o elevado peso da oferta privada, com seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde (BRASIL, 2009). A evolução do processo da gestão do SUS traz a ideia de rede para sua efetiva consolidação. Desse modo, de acordo com Brasil (2009), as Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram descritas pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia de reestruturação, especialmente no que se refere à superação do modo fragmentado de operar a assistência e a gestão em saúde, com vistas a assegurar aos usuários o conjunto de ações e serviços que necessitam, com efetividade e eficiência.

1.2 Novos arranjos no SUS: as redes de atenção à saúde

Como estratégia para melhoria do atendimento aos usuários, para promoção da integralidade das ações e para não deixar que as ações sejam realizadas de forma fragmentadas, foram criadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

As RAS têm como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde para prover uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios do SUS. A Rede de Atenção à Saúde

fundamenta-se na compreensão da Atenção Básica de Saúde como primeiro nível de atenção, a partir do qual é realizado e coordenado o cuidado em todos os demais pontos da rede de atenção.

A estrutura operacional das RAS expressa alguns componentes principais: centro de comunicação (Atenção Primária à Saúde), pontos de atenção (secundária e terciária), sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica, de teleassistência e de informação em saúde), sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde) e sistema de governança (da rede de atenção à saúde) (MENDES, 2009).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 4.279/10, estabelece diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS. As redes estabelecidas na portaria dividem-se em: Rede Cegonha, estabelecida por meio da Portaria nº 1.459/11; Rede de Urgência e Emergência (RUE), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 1.600/11; Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 3.088/11, para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 793/12; e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, pela Portaria GM/MS nº 438/14 (OLIVEIRA, 2016).

De acordo com a Portaria GM/MS nº 4.279/2010, que institui as Redes de Atenção à Saúde no SUS, é possível se identificar seis características importantes e inerentes à sua matriz conceitual (BRASIL, 2010): i) Formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção; ii) Atenção Primária/ Básica como ordenadora das ações; iii) Planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica; iv) Ofertar atenção contínua e integral; v) Cuidado multiprofissional; vi) Compartilhar objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos.

Nessa perspectiva, as redes têm sido propostas para lidar com projetos e processos complexos de gestão e atenção em saúde, em que há interação de diferentes agentes e que se manifesta uma crescente demanda por ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde e por participação da sociedade civil organizada (MENDES, 2011).

Para Brasil (2009), isto significa que para haver a real substituição do modelo de saúde hegemônico (hospitalocêntrico, hierarquizado e fragmentado) pelo modelo de redes integradas de saúde é imprescindível, entre outros aspectos, a organização dos processos de trabalho, de modo que a atenção passe a ser integral, multiprofissional e interdisciplinar.

Para isso, nesse contexto, entende-se que a ESF tem o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades por meio de uma visão mais integral do sujeito, da comunidade e do contexto social e familiar que o indivíduo está inserido (MENDES, 2011).

Segundo Brasil (2009), a RAS também prevê a atuação do Programa Academia da Saúde na Atenção Básica à Saúde como ponto de atenção e prestação de cuidados às pessoas com sobrepeso e obesidade, visando a prevenção e o tratamento, constituindo o polo desse programa como ponto de contato na linha de cuidado para pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Este novo modelo de atenção se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, promovendo o desenvolvimento de ações intersetoriais, por meio da participação da comunidade e humanização das práticas em saúde (BRASIL, 2012a).

1.3 Práticas de Saúde como locus da materialidade do trabalho do trabalhador em saúde

A implantação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), em 2004, propôs a humanização como norteadora das práticas de saúde em todas as instâncias SUS. Para que isso se materialize, são necessários alguns elementos que melhorarão as práticas de saúde, com base no modelo de atenção à saúde organizado em redes. São eles: acolhimento, vínculo, integralidade da atenção, resolutividade, responsabilização.

O eixo principal desta política é o acolhimento, que, segundo o Ministério da Saúde, “é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo o usuário e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários” (BRASIL, 2006a, p. 21).

Por meio do acolhimento, espera-se desempenhar o exercício dos princípios do SUS de universalidade e equidade na relação entre serviços de saúde com os usuários (CAMPOS et al, 2010). Ele não se limita apenas no ato de receber, mas também a uma sequência de ações e modos que compõem o processo de trabalho em saúde (MAMUMOTO, 1998). O acolhimento propõe que seja organizado o serviço de saúde de forma que o usuário seja o centro, partindo dos princípios: atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde; reorganizar o

processo de trabalho, saindo do modelo medicocêntrico para equipe multiprofissional; aprimorar a relação entre usuário e equipe de saúde (FRANCO et al, 1999).

Mas não só no acolhimento, as práticas de saúde em geral devem centrar-se nas necessidades dos usuários e em seu cuidado, e não mais em procedimentos e especificidades profissionais. A presença de profissionais com diferentes formações, que se articulam e compartilham ações, colabora para a ampliação da capacidade de cuidado de toda a equipe multidisciplinar, facilitando a gestão do cuidado integral do usuário e a coordenação das RAS.

O acolhimento é uma ação de responsabilidade das equipes da APS, e deve estar presente em todas as relações do usuário com a equipe de saúde, constituindo-se uma das práticas das relações de cuidado. O acolhimento é uma diretriz da PNH que não necessita de precedentes para que seja executada, bem como nenhum profissional qualificado para tal prática.

Segundo Carvalho (2008), o acolhimento nada mais é do que a humanização do atendimento, das relações entre os trabalhadores da saúde com seus usuários, garantindo o acesso a todas as pessoas ao ouvir seus problemas de saúde, de forma qualificada, sempre com uma resposta positiva e com a responsabilização pela solução do seu problema.

Seguindo a mesma linha de pensamento, Malta et al. (2000) afirmam que o acolhimento é uma estratégia de mudança no processo de trabalho alterando as relações entre profissionais e usuários. A equipe de saúde deve utilizar de todo seu conhecimento para prestar a assistência de qualidade, a fim de ampliar suas intervenções com a promoção de saúde de forma rápida, resolutiva e humanizada. Neste processo é muito importante que tanto o profissional quanto o usuário estabeleçam uma relação de vínculo e confiança, em prol de juntos, buscarem soluções para suas necessidades.

O vínculo diz respeito à ligação entre usuário e o profissional/equipe de saúde. Essa relação deve ser construída desde o primeiro contato do indivíduo com o serviço de saúde, por meio de uma interação inicial que gere confiança e empatia. A noção de vínculo nos faz refletir sobre a responsabilidade e o compromisso (MERHY, 1994). Assim sendo, ele está em consonância com um dos sentidos de integralidade. Afirmo o autor:

criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal (Merhy, 1994, p. 138).

Por isto o vínculo, que por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permite o aprofundamento do processo de

corresponsabilização na saúde, o que, por si só, configura um sólido potencial terapêutico (BRASIL, 2012a).

O vínculo pode ser entendido também como dispositivo que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, entre o objetivo e o subjetivo, culminando na realização de atos terapêuticos conformados a partir do coletivo e do individual, favorecendo a formação de outros significados para a integralidade da atenção à saúde (SANTOS et al, 2010).

Cabe salientar que todas as ações da equipe de saúde devem buscar a integralidade da atenção, de modo a superar a assistência fragmentada gerada pelo modelo de atenção verticalizado. Para garantir a integralidade é necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, incluindo a atenção hospitalar. Dessa forma, será mais provável que as ações empreendidas sejam de fato resolutivas.

A resolutividade é a capacidade do sistema de resolver situações relacionadas à saúde/doença dos usuários e/ou atendê-los de forma adequada em todos os níveis de atenção. Pode-se dizer também que é a capacidade das equipes de agilizar os serviços, a fim de alcançar resultados de modo eficaz e eficiente. É essencial promover a responsabilização pela saúde da população. No contexto do processo de cuidado, é obrigação comum a todos os atores envolvidos.

Os diferentes profissionais e a equipe na qual se inserem devem compreender a importância de sua responsabilidade pelo cuidado integral do usuário, assumindo-a durante as etapas da linha de cuidado e nos diversos pontos de atenção. Por outro lado, também se deve incentivar a autonomia e a corresponsabilização por parte da população e/ou do indivíduo cuidado, a fim de potencializar os resultados e ampliar a capacidade de autocuidado à saúde (BRASIL, 2012a).

As linhas de cuidado têm por objetivo coordenar a assistência contínua mediante a pactuação e o compartilhamento de tarefas dos diferentes pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e dos profissionais (BRASIL, 2010). Essas linhas pressupõem o envolvimento dos profissionais no cuidado, superando respostas fragmentadas às necessidades dos usuários. Cuidado em saúde significa dar atenção, tratar, respeitar, acolher o ser humano.

A proposta pensada para vencer os desafios de ter uma assistência integral à saúde começa pela reorganização na rede básica e vai somando-se a todas outras ações assistenciais, seguindo o que nos diz Cecílio e Merhy e Franco (2003):

“... uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores...” (p. 599).

Para analisar o modo como o trabalho em saúde se organiza para atingir seu fim (a produção do cuidado), é necessário atentar-se para o fato de que estamos diante de um terreno complexo (Merhy, 1994).

O cuidado em saúde é uma dimensão da integralidade que deve permear as práticas de saúde. As pessoas carecem de se sentir cuidadas, acolhidas em suas necessidades de saúde. É no cuidado que encontra-se materialização do trabalho do trabalhador em saúde do SUS. Para entender melhor a relação Saúde e Trabalho nos debruçaremos a seguir na compreensão da indissociabilidade desses conceitos.

1.4 Trabalho e Saúde: o trabalho do trabalhador no SUS

O ser social se diferencia dos animais pela sua capacidade de transformar a natureza, de tal modo que ao transformá-la ele transforma a si próprio. Ontologicamente, podemos dizer que o trabalho constitui o ser humano enquanto tal: por meio dele a humanidade cria e recria o mundo em que vive, isto é, produz a sua vida socialmente e, portanto, individualmente. Sobre o processo de trabalho, Marx deixa claro que

é atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer as necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre o homem e a Natureza, condição natural eterna da vida humana e, portanto, independente de qualquer forma dessa vida, sendo antes igualmente comum a todas as suas formas sociais (MARX, 1985, p. 153).

Antes de tudo, o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo – braços e pernas, cabeça e mãos –, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana, atuando, assim, sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza (Marx, 2004, p. 211).

O primeiro ato humano e social, segundo os apontamentos marxistas, é a criação das condições materiais para a sua sobrevivência (MARX, ENGELS, 2007). A categoria fundante

desse processo de transformação homem/natureza é o trabalho, definido por Lukács (1979) como “[...] o ponto de partida da humanização do homem, do refinamento de suas faculdades, processo do qual não se deve esquecer o domínio sobre si mesmo”.

Lukács (1979) afirma que o trabalho seria a categoria central em *O capital*. Por isso ele inicia sua exposição descrevendo o trabalho enquanto trabalho útil, formador de valores de uso, ação humana comum a todas as formações sociais, enquanto simples relação entre os homens e a natureza visando produzir um bem útil.

Para Lukács (1979), como o ser social é precedido pelo desenvolvimento da vida, em particular pelo desenvolvimento dos hominídeos, herdamos a condição de que sem a transformação da natureza não há qualquer reprodução social possível na exata medida que não há qualquer reprodução biológica dos indivíduos.

Portanto, converter a natureza nos meios de produção e de subsistência é a razão primeira da vida dos humanos: vivemos em sociedade porque apenas assim podemos produzir o indispensável à nossa reprodução biológica e, portanto, para que o atendimento da condição primeira da reprodução social.

Em *O Capital*, Karl Marx (1983) afirma que a base de cada sociedade humana é o processo de trabalho, seres humanos cooperando entre si para fazer uso das forças da natureza e, portanto, para satisfazer suas necessidades. O produto do trabalho deve, antes de tudo, responder a algumas necessidades humanas. Deve, em outras palavras, ser útil. Marx chama-o valor de uso. Seu valor se assenta primeiro e principalmente em ser útil para alguém.

À luz do capitalismo, os produtos do trabalho tomam forma de mercadorias, que são feitas não para serem consumidas pelos trabalhadores, mas sim para serem comercializadas no mercado. São produzidas para serem trocadas. Desse modo cada mercadoria tem um valor de troca. Assim, Marx (1985) evidencia dois pontos:

[...] Primeiro, ele quer produzir um valor de uso que tenha um valor de troca, um artigo destinado à venda, uma mercadoria. Segundo, ele quer produzir uma mercadoria cujo valor seja mais alto que a soma dos valores das mercadorias exigidas para produzi-la, os meios de produção e a força de trabalho, para as quais adiantou seu bom dinheiro no Mercado (p. 155).

Marx (1983) assinalou que a troca de mercadorias na sociedade capitalista é principalmente um meio de obter valores de uso, as coisas das quais as pessoas necessitam. Cada produtor toma sua mercadoria e vende-a por dinheiro para comprar outra mercadoria de outro produtor; assim Marx aponta o caráter de exploração do sistema capitalista, dizendo que

o operário encontra-se alienado, afirmando que a alienação é quando o trabalhador vê com estranheza o produto que ele criou, e o produto por ele criado pertence a outro.

Assim como o trabalho alienado [1] aliena do homem a natureza e [2] aliena o homem de si mesmo, de sua própria função ativa, de sua atividade vital, ele o aliena da própria espécie (...) [3] (...). Ele (o trabalho alienado) aliena do homem o seu próprio corpo, sua natureza externa, sua vida espiritual e sua vida humana (...). [4] Uma consequência direta da alienação do homem com relação ao produto de seu trabalho, a sua atividade vital e à vida de sua espécie é o fato de que o homem se aliena dos outros homens (...). Em geral, a afirmação de que o homem está alienado da vida de sua espécie significa que todo homem está alienado dos outros e que todos os outros estão igualmente alienados da vida humana (...). Toda alienação do homem de si mesmo e da natureza surge na relação que ele postula entre outros homens, ele próprio e a natureza (MARX, 2009, p. 33).

O trabalho alienado torna o homem desumanizado. Para Marx, o trabalho alienado tem um sentido negativo e é vinculado ao trabalho que, ao invés de realizar o homem, o escraviza. O trabalho alienado faz com que o homem troque o verbo SER pelo TER, sua vida passa a ser medida pelo que ele possui, não pelo que ele é.

Marx (1964), em seus escritos, ainda anuncia as consequências do fato de o trabalhador se relacionar com o produto do seu trabalho, como com um objeto estranho:

A realização do trabalho surge de tal modo como desrealização que o trabalhador se invalida até à morte pela fome. A objetivação revela-se de tal maneira como perda do objeto, que o trabalhador fica privado dos objetos mais necessários, não só à vida, mas também ao trabalho. Sim, o trabalho transforma-se em objeto, que ele só consegue adquirir com o máximo esforço e com interrupções imprevisíveis. A apropriação do objeto manifesta-se a tal ponto como alienação que quanto mais objetos o trabalhador produzir tanto menos ele pode possuir e mais se submete ao domínio do seu produto, do capital (p. 159).

Dessa forma, o que acontece é que o trabalhador, ao invés de reconhecer-se no produto do seu trabalho, o vê como algo que lhe é alheio, estranho. Os objetos produzidos pelo trabalho do homem não servem para satisfazer as necessidades do trabalhador, mas, sim, as necessidades do capital.

Por meio da análise da obra *Manuscritos de Marx*, Silvestre e Calazans (1995) fizeram um apanhado geral e ressaltaram em seu trabalho que há três determinações econômicas ligadas ao trabalho alienado. Segundo Marx (1964), em primeiro lugar está à relação sujeito-objeto, onde há estranhamento quanto ao produto do trabalho. Aquilo produzido pelo trabalhador, que antes estava ligado inegavelmente a sua marca no mundo, passa agora a ser alheio a ele.

Em segundo lugar, a atividade do trabalho, estando fortemente atrelada à alienação do trabalho (ação e comportamento) do indivíduo, é causada pelo processo de produção

comandado pelo capital, independentemente da consciência do trabalhador. Assim, o homem tem sua essência, que é realizada pelo trabalho, ignorada quando o trabalho e seu produto tornam-se alheios a ele. "Marx, portanto, preocupa-se em relacionar o trabalho alienado às condições objetivas do processo de trabalho, onde o trabalhador perde toda a sua individualidade e aparece como ser abstrato genérico" (SILVESTRE; CALAZANS, 1995, p. 173).

Por fim, em terceiro lugar, há a mercantilização do processo de trabalho, que causa o estranhamento do trabalho e de seu produto, bem como a falta de consciência em relação ao processo de produção e de si mesmo.

Como resultados do trabalho alienado existem alguns desdobramentos, próprios da lógica de funcionamento do capitalismo. Marx parte da situação do trabalhador no processo produtivo para constatar que, quanto mais riqueza produz, mais pobre ele – trabalhador – se torna, e que se torna também uma mercadoria mais barata quanto mais mercadorias produz, ou seja, “com a valorização do mundo das coisas aumenta em proporção direta a desvalorização do mundo dos homens” (MARX, 2008, p. 80).

Outro desdobramento trata-se da propriedade privada, que torna possível essa forma deturpada de trabalho. Dessa maneira, o trabalho alienado e a propriedade privada estão em uma relação dialética, a qual permite o aprofundamento das relações de dominação presentes no capitalismo.

De fato, segundo Marx, a propriedade privada é o resultado do trabalho alienado e não o contrário:

A propriedade privada é, portanto, o produto, o resultado, a consequência necessária do trabalho exteriorizado, da relação externa (äusserlichen) do trabalhador com a natureza e consigo mesmo. A propriedade privada resulta, portanto, por análise, do conceito de trabalho exteriorizado (entäusserten), isto é, de homem exteriorizado (entäusserten), de trabalho estranhado (entfremdeten), de vida alienada (entfremdeten), de homem alienado (entfremdeten). Herdamos certamente o conceito de trabalho exteriorizado (entäusserten) (de vida exteriorizada (entäusserten)) da economia nacional como resultado do movimento da propriedade privada. Mas evidencia-se na análise desse conceito que, se a propriedade privada aparece como fundamento, como razão do trabalho exteriorizado (entäusserten), ela é antes uma consequência do mesmo, assim como também os deuses são, originariamente, não a causa, mas o efeito do erro do entendimento humano. Mais tarde essa ação se transforma em ação recíproca. (MARX, 2008, p. 87-88. Grifos em itálico no original).

É no capitalismo que podemos observar com clareza o que Marx chama de “mistério” da propriedade privada: ela é o produto do trabalho exteriorizado e o meio através do qual o trabalho se exterioriza, a “realização dessa exteriorização” (MARX, 2008, p. 88).

A divisão do trabalho também é um desdobramento do trabalho alienado e tem como consequência a desumanização do trabalhador. Este, à medida que deve executar tarefas repetitivas e fracionadas, que impedem uma compreensão geral do processo produtivo, termina por desempenhar uma função que, seguramente, poderia ser realizada por uma máquina. Dessa forma, o seu trabalho impede completamente o desenvolvimento das capacidades humanas. Além disso, conforme observam Marx e Engels (1987, p. 46): "Divisão do trabalho e propriedade privada são expressões idênticas: a primeira enuncia em relação à atividade aquilo que se enuncia na segunda em relação ao produto da atividade".

A ruptura do trabalho no sentido ontológico, e sua transformação em trabalho alienado, é um dos sustentáculos do sistema capitalista. É por meio desta divisão que o trabalhador fica impedido de ter uma compreensão abrangente do resultado final do seu trabalho, executando, apenas, tarefas repetitivas, que não proporcionam o desenvolvimento das suas potencialidades.

Mas só passou a existir efetiva divisão do trabalho quando se instalou uma separação entre trabalho manual e trabalho intelectual. Enquanto o fazer e reflexão andarem juntos nesse processo, o indivíduo pode de algum modo, realizar-se em seu trabalho.

É só com o trabalho industrial, no modo de produção especificamente capitalista, que se dá de fato a divisão entre trabalho manual e trabalho intelectual. No modo de produção especificamente capitalista (trabalho industrial), o processo de trabalho é desmontado pelo capital que o remonta à sua própria lógica.

A alienação é, então, total. O trabalhador torna-se propriedade do capital. As forças intelectuais da produção desenvolvem-se apenas num aspecto, em função dos operários serem classificados e distribuídos segundo suas aptidões específicas.

De acordo com Marx, capital e trabalho apresentam um movimento constituído de dois momentos fundamentais: trabalho e alienação, promovendo a coisificação ou reificação do mundo, isto é, tornando-o objetivo, sendo que suas regras devem ser seguidas passivamente pelos seus componentes. A tomada de consciência de classe e a revolução são as únicas formas para a transformação social.

A desigual distribuição dos poderes e dos recursos econômicos e sociais produzidos pela lógica do sistema capitalista determina a estrutura das classes sociais e também as suas desigualdades, bem como os fenômenos de saúde e doença e a natureza dos serviços no setor de saúde. Para Stachtchencko e Jenicek (1990), as noções de promoção da saúde e prevenção das doenças estão de fato baseadas em paradigmas diferentes.

A década de 1960 foi bastante rica em análises que criticavam o modelo da história natural da doença, propondo uma abordagem mais ampla, que considerasse as relações da saúde com a produção social e econômica da sociedade (Batistella, 2007).

O conceito de saúde como ausência de doença surge no paradigma biomédico. Esse modelo procura a doença apenas no corpo do indivíduo, não entende que a causa do adoecimento pode ser fatores sociais. Segundo Batistella (2007),

a ruptura desse sistema teórico será realizada com o advento da clínica moderna. O hospital, anteriormente concebido como lugar de exclusão dos doentes e miseráveis do meio social e de exercício de caridade, transforma-se, gradativamente, em local de cura (p. 6).

A primeira tentativa de superar essa visão de que saúde é ausência de doença veio após a Segunda Guerra Mundial, em 1948, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) anunciou um novo conceito para saúde como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Apesar do avanço surgiram muitas críticas a esse conceito, pois se trata de algo utópico, subjetivo e inalcançável. Como diz Batistella (2007):

A expressão ‘completo estado’, além de indicar uma concepção pouco dinâmica do processo – uma vez que as pessoas não permanecem constantemente em estado de bem-estar –, revela uma idealização do conceito que, tornado inatingível, não pode ser usado como meta pelos serviços de saúde. Por outro lado, afirmasse a sua carência de objetividade: fundado em uma noção subjetiva de ‘bem estar’, implicaria a impossibilidade de medir o nível de saúde de uma população (p. 3).

É possível dialogar com o conceito de saúde formulado pela OMS a partir das reflexões adotadas por Caponi (1997):

o que chamamos de bem-estar se identifica com tudo aquilo que em uma sociedade e em um momento histórico preciso é valorizado como ‘normal’(...) Para Canguilhem, as infidelidades do meio, os fracassos, os erros e o mal-estar formam parte constitutiva de nossa história e desde o momento em que nosso mundo é um mundo de acidentes possíveis, a saúde não poderá ser pensada como carência de erros e sim como a capacidade de enfrentá-los (p. 300-301).

Outros conceitos surgem, e um deles é o vinculado ao paradigma da saúde pública. Entre 1800 e 1808 surge o conceito de saúde pública, que consiste em um conjunto de ações e serviços de caráter sanitário, que tem como objetivo combater e prevenir as doenças. Essas medidas eram impostas para a população, tinham o caráter autoritário e eram medidas pontuais. Os programas de saúde pública ficaram reduzidos à assistência médica especializada. Existia nessa época o sanitarista, que era o profissional que tinha perfil de

liderança e era responsável por fiscalizar se a população estava tomando as medidas corretas com relação à saúde.

Considerando o paradigma Positivista/Biomédico de ciência, o conceito de saúde atrelado a esse paradigma foi por muito tempo hegemônico, conhecido também como modelo biomédico, trouxe várias contribuições para área da saúde. A saúde, por meio deste paradigma, é entendida como o estado de ausência de doença, tendo o médico, como agente, atuando em um hospital. Neste modelo, o centro das atenções é a patologia em si, a doença. O médico tem como objetivo o controle da evolução da doença e o retorno ao estado de não doente, esse é o objetivo de todas as atividades em saúde que são norteadas por esse modelo.

Skalinski e Praxedes (2003) relatam que por volta de 1980 os conteúdos e práticas de Saúde Pública no Brasil geraram debates que resultaram na aplicação do termo Saúde Coletiva para designar as novas projeções dessa disciplina, colocando-se como recurso da luta popular e da crítica e propondo uma ação para a mudança radical e utilizando-se do método materialista-dialético.

O conceito de saúde coletiva surge na década de 1970 para tentar transpor os conceitos de saúde construídos até então e buscar uma forma de superar a crise no campo da saúde. Nesse contexto entende-se que o conceito de saúde deve levar em consideração as múltiplas determinações socio-históricas. A prática da saúde coletiva requer do profissional uma atitude que vai além da observação, diagnóstico e prescrição de tratamento ao paciente como indivíduo isolado. Podemos afirmar que o conceito de saúde coletiva está alicerçado no paradigma crítico de ciência (materialismo histórico).

Não se pode negar as contribuições trazidas à humanidade pelas descobertas microbacteriológicas e pelo aperfeiçoamento das técnicas e das análises quantitativas. Para Breilh (1991), o materialismo histórico é o ponto de vista mais objetivo para o conhecimento dos determinantes da deterioração da saúde das majorias e deve ser fortalecido e implementado para proporcionar uma reflexão crítica e obter ação científica emancipadora.

Essa perspectiva, articulada com o interesse popular, deram início à linha progressista nas ciências da saúde, mas, para Breilh (1991), foram Marx e Engels que estabeleceram a possibilidade da renovação, pois introduziram os caminhos para a compreensão dos fenômenos geradores, permitindo observar as relações entre biológico e social.

Como o próprio Marx (2008, p. 47) afirmou, “não é a consciência dos homens que determina o seu ser; ao contrário, é o seu ser social que determina sua consciência”. Tudo isso implica considerarmos a saúde como um processo objetivamente existente (aqui tomado como

objeto de estudo), exterior à consciência dos homens, ainda que seja expressão das ações destes.

Sendo assim, o paradigma crítico de ciência no campo da saúde considera a saúde em seu sentido amplo. Este paradigma entende que a saúde é resultante 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. A saúde nesse paradigma é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1996a). Este modo de entender a saúde abrange aspectos individuais e coletivos, envolvendo questões ambientais e sociais.

O SUS incorpora essa perspectiva de saúde em seu arcabouço de leis, normas, resoluções e diretrizes. Isso é um marco definitivo na garantia do direito a saúde do cidadão brasileiro, por determinar um caráter universal às ações e aos serviços no país (BRASIL, 2000).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde adotou o conceito mais abrangente de saúde, e para o exercício pleno deste, precisariam estar garantidos: trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre processos e ambientes de trabalho; boa alimentação para todos; moradias higiênicas e dignas; educação e informações plenas; qualidade do meio ambiente; transporte seguro e acessível; repouso; lazer; segurança; participação popular na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde; direito à liberdade, à livre organização e expressão; acesso igualitário e universal aos serviços setoriais em todos os níveis.

O trabalho é um dos fatores que tem maior relação com as condições de vida, de saúde e modos de vida do homem. No que se refere à saúde pode-se dizer que esta é indissociável do trabalho. Laurell (1989), afirma que:

Em termos muito gerais, o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção (p. 16).

Para essa autora, a saúde possui caráter social, estando pautada no padrão de reprodução social que é historicamente determinado pelo modo como nos apropriamos da natureza. Esta ideia foi desenvolvida em tom de crítica ao caráter destrutivo do capital.

Laurell (1978, p. 60), partindo das definições expostas acima, afirma que o conceito “processo de trabalho” é pertinente para entender as conexões entre trabalho e saúde, pois,

“por um lado, especifica a relação entre o trabalho, os instrumentos de trabalho e o objeto de trabalho, e por outro, abre a possibilidade de estudar o caráter histórico do trabalho”.

Desta forma, compreende-se que o processo de trabalho em saúde é inteiramente dependente da relação entre sujeitos, sendo assim, um trabalhador isolado é incapaz de executar as ações em saúde, cuja produção se realiza no espaço partilhado com o usuário (MERHY, 2002).

É a partir das práticas de saúde que haverá a possibilidade de construções que possam ter impactos positivos nos problemas de saúde, no sentido de que tais construções pressupõem a inter-relação dos envolvidos, e é nas práticas de saúde que encontramos a materialidade do trabalho do trabalhador no SUS, por meio do cuidado, do acolhimento, do vínculo, da escuta, da atenção e outras práticas de saúde.

Vale ressaltar que tal abordagem acolhedora e vinculante é necessária para que os profissionais de Atenção Primária ofereçam os cuidados em saúde de forma integral, atingindo igualmente as pessoas com queixas físicas e/ou com algum grau de sofrimento emocional, incluindo os portadores de transtornos mentais. Assim, ao identificar-se capaz de apoiar as pessoas por meio da construção do vínculo, o profissional está exercendo o cuidado integral em saúde.

Merhy (1994) propõe refletir como têm sido nossas práticas nos diferentes momentos de relação com os usuários. O autor afirma que uma das traduções de acolhimento é a relação humanizada que os trabalhadores e o serviço como um todo têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários.

No momento que se encontram, ambos devem atuar para possibilitar respostas positivas diante dos problemas de saúde. Torna-se imprescindível, portanto, o vínculo, o envolvimento e coparticipação entre esses sujeitos. Nesse sentido, é primordial acolher as singularidades e perceber que ambos – profissional e usuário – são sujeitos ativos do processo da produção de saúde. Somente assim será possível a produção do cuidado em saúde, que consideramos como sendo a materialização do trabalho do trabalhador no SUS.

Podemos fazer a mesma analogia no que se refere aos conteúdos da Educação Física (Atividade Física/Prática Corporal⁸) que são trabalhados no SUS. O conceito de Atividade Física tem sido ligado à área da saúde no decorrer da história, sob uma visão hegemonicamente biológica. Já as Práticas Corporais estabelecem um diálogo com outras áreas, numa perspectiva holística, ou seja, vê o indivíduo como um todo e não como um ser

⁸ Os conceitos, bem como os conflitos da área ao utilizar os termos, serão abordados no desenvolvimento do próximo capítulo.

fragmentado. É interessante destacar que as Práticas Corporais não descartam o conceito de Atividade Física, tornando possível obter resultados amplos, tanto numa perspectiva como noutra, sendo ele fundamentado no paradigma crítico.

Evidencia-se que a cada nova leitura encontra-se diferenças entre os termos Atividade Física e Práticas Corporais, um sob influência das Ciências Biológicas e outro das Ciências Humanas e da Saúde. Apesar desse contexto, muitos profissionais e pesquisadores, inclusive do campo da Educação Física, parecem utilizar o termo Prática Corporal como sinônimo de Atividade Física, o que pode induzir a confusões ou falta de clareza frente à prática e atuação no SUS.

No início, o conceito de saúde esteve ligado à doença; depois passa a centrar-se na prevenção e promoção da saúde. Quando isso acontece fica em evidência que cada conceito de saúde se vinculou ou esteve amparado por um paradigma de ciência. O trabalho alienado resulta em práticas de saúde alienadas, o trabalho no seu sentido ontológico promove práticas de saúde libertadoras.

O próximo capítulo trará a inserção e relação da Educação Física no/com o SUS, abordando a trajetória legal da relação dessa área com o SUS, tendo como base documentos e leis de regulamentação. Será feita análise dos espaços de atuação do Professor de Educação Física, e ainda, a materialidade do trabalho deste no SUS.

2 APROXIMAÇÃO DA EDUCAÇÃO FÍSICA COM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O objetivo deste capítulo é identificar como se dá a aproximação entre a Educação Física e o SUS, tendo como eixo norteador as práticas de saúde, que são a materialidade do trabalho do trabalhador no SUS. Para isso, analisaremos os documentos de regulamentação das políticas e programas do SUS, que são espaços de atuação do professor de Educação Física.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem por objetivo consolidar e reafirmar os princípios do SUS, além de favorecer a promoção da equidade e melhores condições de vida, proporcionando melhoras na saúde individual e coletiva, por meio da redução dos riscos à saúde provenientes de determinações sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2007).

A PNPS foi instituída pela Portaria MS/GM 687/06, a qual confirmou o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS e, a partir de então, foi inserida na agenda estratégica dos gestores do SUS e nos Planos Nacionais de Saúde subsequentes, ampliando as possibilidades das políticas públicas existentes (BRASIL, 2007).

Dentre as suas diretrizes estão: o estímulo às ações intersetoriais, o fortalecimento da participação social e o incentivo a pesquisa em promoção da saúde. Destaca-se ainda que a PNPS propõe ações específicas para as Atividades Físicas/Práticas Corporais na rede básica de saúde e na comunidade. A partir da publicação da PNPS a Atividade Física/Práticas Corporais⁹ têm sido uma das áreas prioritárias nas ações de promoção da saúde no SUS, e constitui-se o primeiro documento, dentre as políticas e programas do SUS, que aparece o binômio da área Atividade Física/Práticas Corporais.

No entanto, só a partir de 2008, com a criação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), a Educação Física foi contemplada como uma das profissões inseridas no âmbito do sistema de saúde brasileiro para atuar em equipes multiprofissionais. Nas diretrizes para atuação no NASF, publicada pelo Ministério da Saúde, a Atividade Física/Práticas Corporais aparecem fazendo parte de uma das áreas estratégicas para atuação em saúde.

Com o objetivo de contribuir para a promoção da saúde e modos de vidas saudáveis no processo de produção do cuidado na Atenção Básica foi criado o Programa Academia da

⁹ Os termos estão separados por barra porque é assim que o SUS em seus documentos fazem referência aos mesmos. Aparece desta forma pela primeira vez no documento de regulamentação da PNPS, da qual falaremos no decorrer do capítulo.

Saúde (PAS). Que também tem em um dos seus eixos articuladores a Atividade Física/Práticas Corporais.

Na PNPS, CAPS, NASF e PAS fica evidente a aproximação da Educação Física (ou alguns termos peculiares a essa área) com o sistema de saúde brasileiro. Esse elemento levanta indagações que esse capítulo se propõe a desenvolver, entre elas estão: quando se inicia essa aproximação? Por via de qual(is) política(s) ou programa(s) do SUS? Como ela se desenvolve? Como se materializa o trabalho do trabalhador, dentro de cada uma dessas políticas e programas?

Com o propósito de desenvolver essas reflexões que nos cercam é que se dá continuidade ao capítulo. Para isso utilizou-se leis, portarias e regulamentações que regem o sistema de saúde brasileiro, bem como as diretrizes para a atuação em saúde, para traçar os caminhos dessa aproximação e entender seus desdobramentos.

2.1 Promoção da Saúde e a Política Nacional de Promoção da Saúde

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) tinha como tema “Democracia é Saúde” e constituiu-se em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida (BRASIL, 1986). No Brasil, pensar outros caminhos para garantir a saúde da população significou pensar, entre outras coisas, a redemocratização do país e a constituição de um sistema de saúde inclusivo.

As discussões sobre promoção da saúde em território nacional começaram em meados de 1980 com os debates sobre a reforma sanitária, ganhando maior destaque durante a 8ª CNS em 1986, quando a sociedade/população participou de forma efetiva das discussões. Essa conferência é considerada um marco para a discussão de saúde em território nacional, e foi durante ela que aconteceram as primeiras conversas sobre a importância de universalizar um sistema de saúde (BRASIL, 2007).

Corroborando a discussão da 8ª CNS, a Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS, garantindo, assim, a saúde como direito de todos e dever do Estado, sendo o mesmo responsável por criar políticas sociais e econômicas que promovam a redução de doenças, garantindo para a população melhores condições de saúde (BRASIL, 1988).

Embora os princípios da promoção da saúde já tivessem sido incorporados pelo movimento da reforma sanitária na Constituição Federal de 1988 e SUS, somente em 2006 a promoção da saúde foi institucionalizada, com a aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) pela Comissão Intergestores Tripartite (MALTA et al., 2009).

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2010b).

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde/doença em nosso país – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde (BRASIL, 2007).

Lançada em 2006, a PNPS tem por objetivo consolidar e reafirmar os princípios do SUS, além de favorecer a promoção da equidade e melhores condições de vida, proporcionando melhoras na saúde individual e coletiva, por meio da redução dos riscos à saúde provenientes de determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2014).

A PNPS foi instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, e ratificou o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS. A partir de então, a PNPS foi inserida na agenda estratégica dos gestores do SUS e nos Planos Nacionais de Saúde subsequentes, ampliando as possibilidades das políticas públicas existentes (BRASIL, 2014).

Em sua cartilha a PNPS aponta ações prioritárias, algumas delas são: alimentação saudável, prática corporal e Atividade Física, prevenção e controle do tabagismo, prevenção da violência, estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável, controle da morbimortalidade com orientação sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas. Essa abordagem da Promoção da Saúde serviu para o fortalecimento das ações de promoção em todas as esferas do SUS (MALTA et al, 2014).

Também como maneiras de fortalecimento da PNPS são determinados os princípios que fundamentam a atuação no campo da promoção da saúde, são eles: equidade, participação social, autonomia, empoderamento, intersetorialidade, intrasetorialidade, sustentabilidade, integralidade e territorialidade. É a partir da Publicação da PNPS que a Atividade Física/Práticas Corporais tem sido uma das áreas prioritárias nas ações de promoção da saúde.

A aproximação da Educação Física com o SUS se evidencia a partir de alguns documentos. Para fins de apresentação eles foram agrupados de acordo com a data da publicação e compõem o Quadro 1.

Quadro 1: Documentos¹⁰ publicados que aproximam a Educação Física, ou alguns de seus conteúdos, com o SUS.

Título da Publicação	Responsável pela publicação	Relação com a Educação Física
Resolução 218/97 – Nomeia e reconhece e aponta várias profissões como possíveis compositoras do Conselho nacional de Saúde.	MS	Reconhece os profissionais de Educação Física como profissionais de saúde de nível superior.
Portaria GM/MS 336/02 - Atualiza a portaria que criou os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e classifica-os por ordem de complexidade.	MS	Identifica-se o potencial de atuação do profissional de Educação Física no atendimento à saúde mental, especialmente em atendimento ao Projeto Terapêutico Singular.
Portaria 1065/GM/05 - Cria os Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde.	MS	Prevê a Atividade Física como uma das modalidades de ação em saúde e cita a inserção do professor de Educação Física na composição da equipe multiprofissional.
Cartilha sobre: A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.	MS	Identifica os níveis de Atividade Física da população e sua relação com fatores de risco e de proteção à saúde.
Portaria 687/06 - Aprova a PNPS.	MS	Aponta como um dos eixos de trabalho promover ações de Práticas Corporais/Atividades Físicas.
Portaria 154/08 - Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.	Secretaria de Atenção à Saúde	Inserir o professor de Educação Física em equipe multiprofissional.
Portaria 719/11 - Institui o Programa Academia da Saúde (PAS) da Saúde - PAS - no âmbito do SUS.	MS	Cria o programa cujo objetivo geral é a orientação de Práticas Corporais/Atividades Físicas e de lazer e modos de vida saudáveis.
Portaria 256/13 - Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos NASFs.	Secretaria de Atenção à Saúde	Informa, dentre outras coisas, que para atuação em Saúde o professor de Educação Física pode ser graduado em quaisquer modalidades, a saber: licenciatura e bacharelado.
Lei 12.864/13 - Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080/1990.	Presidência da República	Inclui a Atividade Física como fator determinante e condicionante da saúde.
Portaria 2.681/13 - Revoga a portaria 719/11.	MS	Amplia o objetivo geral do PAS que passa a ser contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, e informa em como um de seus eixos as Práticas Corporais/Atividades Físicas.
Portaria 849/17 – Inclui práticas complementares na PNPIC	MS	Inclui, entre outras coisas, a biodança, a dança circular e a Yoga na Política Nacional de Práticas integrativas e Complementares (PNPIC).

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Para fins de análise, os documentos que compõem o quadro acima foram agrupados por temas similares: os que abordam a inserção dos profissionais de Educação Física como profissão de saúde de nível superior no SUS, os que abordam programas e conteúdos que

¹⁰ Todos os documentos consultados estão disponíveis no sítio do Ministério da Saúde e são de domínio público.

poderiam ser trabalhados pela Educação Física no SUS e os que abordam os programas CAPS, NASF, PAS, nos quais efetivamente a Educação Física está presente. A análise procura evidenciar os conflitos da área que comparecem nos documentos do SUS, identificando no último tópico como se materializa o trabalho do trabalhador no SUS.

2.2 Aproximações entre Educação Física e SUS: o que os documentos evidenciam

No que se refere ao primeiro conjunto de documentos, a evidência da aproximação entre a Educação Física e o SUS aparece, inicialmente, na Resolução nº 218/97 do Conselho Nacional de Saúde, que reconhece a Educação Física como profissão de nível superior da área da saúde, junto com outras profissões, como Medicina, Fonoaudiologia, Enfermagem, Biomedicina, Farmácia, Nutrição (BRASIL, 1997). A resolução, além de reconhecer a Educação Física como um curso da área da saúde no SUS, afirma que o trabalho interdisciplinar e a presença de diferentes profissões é importante para consolidar o Sistema e, especialmente, para o avanço da concepção de integralidade.

A próxima portaria em que o professor de Educação Física é citado é a 1065/GM/05. Ela diz respeito à criação dos Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família (NAISF). Esse documento é significativo para a análise em questão quando dá ênfase à necessidade de contratação de profissionais que tenham formação em Educação Física para implantação do núcleo de Atividade Física no NAISF.

O objetivo do NAISF era garantir suporte técnico em áreas específicas – Atividade Física e Saúde, Saúde Mental e Reabilitação – às equipes da Estratégia de Saúde da Família responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas em saúde. Entretanto, essa proposta constitui-se como o embrião da criação do NASF.

Em seguida o MS cria, pela Portaria GM 154/08, o NASF, visando apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, metas das ações e a resolutividade da Atenção Primária. O trabalho no NASF é baseado nos princípios da integralidade e da interdisciplinaridade.

Ele é composto por profissionais de diversas áreas, entre eles fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, educador físico¹¹ e psicólogo. A Composição dos profissionais nos NASFs se dá conforme a necessidade de cada região de abrangência das equipes da ESF.

Somente com a criação e consolidação do NASF a inserção da Educação Física no SUS ganha materialidade, pois a partir dela os profissionais/professores¹² de Educação Física

¹¹ Termo mantido conforme aparece no documento.

passaram a compor efetivamente as equipes multiprofissionais na Atenção Básica. Documentos anteriores fazem menção à Educação Física por seus conteúdos de abrangência, mas nenhum a insere na equipe de trabalho em saúde. Somente depois de 11 anos do reconhecimento do professor de Educação Física como profissão de nível superior, pela Resolução 218/97, essa profissão começa sua atuação efetiva no SUS.

Outra pontuação importante sobre a atuação da Educação Física na saúde pública está na Portaria 256/13. Ela diz respeito a modalidades de formações em Educação Física que podem atuar no NASF:

Entende-se por PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE, o profissional de nível superior, graduado em Educação Física em quaisquer das duas modalidades de curso existentes, a saber: licenciatura e bacharelado em Educação Física (BRASIL, 2013a, p. 3; Grifo no documento).

Fica evidente a partir da leitura do documento que para atuação no SUS o professor de Educação Física pode ser formado em quaisquer modalidades, Licenciatura ou Bacharelado. O SUS incorpora o debate que se tem na área quanto às modalidades de formação e os locais de atuação de cada uma.

No plano da legalidade, não há impedimentos para o professor formado em curso de Licenciatura atuar em espaços não escolares, já para atuar em instituições escolares, segundo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9394/96), é necessária a diplomação em curso de Licenciatura. Então, com base na LDB o Bacharel em Educação Física não pode atuar em espaços escolares.

Esse fato põe em dúvida uma resolução interna do CONFEF, que afirma que licenciados formados a partir das atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Física (DCNEF) não podem atuar fora do âmbito escolar. Porém, de acordo com Brasil (2005) e com os Pareceres 12/2005 (CNE/CEB) e 400/2005 (CNE/CES), nenhum conselho profissional pode intervir na autonomia universitária, pois essas instituições são reguladas pelo Conselho Nacional de Educação, órgão normativo e regulatório da educação brasileira. De acordo com Brasil (2005),

[...] todas as licenciaturas em Educação Física no Brasil estão sujeitas ao cumprimento da Resolução CNE/CES nº 1/2002. Portanto, todos os licenciados em Educação Física têm os mesmos direitos, não devendo receber registros em campos de ação diferentes (p. 3).

¹² Ao longo do texto, quando nos referirmos ao professor de Educação Física com os termos educador físico e profissionais de educação física, estamos mantendo os termos conforme aparecem nos documentos. Quando não nos referirmos aos documentos, utilizaremos o termo professor de Educação Física.

Compreende-se, portanto, que, a despeito dessa regulamentação, esse é um debate que está aberto, pois há diferentes interpretações dessa legislação nos distintos estados da federação. Taffarel e Santos Júnior (2010), ao elaborar a crítica sobre a divisão na formação inicial em Educação Física, enfatizam que o principal objetivo dessa divisão é desregulamentar o trabalho por meio do ajuste especializado da formação inicial. Para a autora, esses mecanismos fragilizam o trabalhador pela via do esvaziamento teórico e pela delimitação nos campos de trabalho.

Desde a aprovação das Diretrizes Curriculares para Graduação em Educação Física, o sistema CREF/CONFEF tem se articulado no sentido de consolidar a fragmentação da formação entre Licenciatura e Bacharelado, e o faz por meio de ações que reforçam a fragmentação, ao enfatizar os campos de intervenção de um ou do outro.

A Licenciatura e o Bacharelado são tratados pelo sistema CREF/CONFEF como áreas com campos de conhecimento e de intervenção distintos. Em seus textos é sugerido, e por vezes afirmado, que tanto a formação no curso de licenciatura é impeditiva para atuar na área do bacharelado quanto à formação no curso de bacharelado é impeditiva para atuar na área do licenciado. Isto fragiliza a área e coloca os professores em constantes confrontos por não saberem as áreas de atuação.

No que se refere ao segundo conjunto de documentos, ou seja, os que abordam assuntos pertinentes à Educação Física, identifica-se os que tratam de conteúdos como Oficinas Terapêuticas, Atividade Física, Promoção da Saúde, Biodança, Yoga e Danças Circulares. São eles: Portaria GM/MS 336/02, Cartilha sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no SUS, Lei 12.864/13 e Portaria 849/17.

Os CAPS são formalmente instituídos pela Portaria 224/92, do MS, como unidades locais/regionalizadas. A Portaria GM/MS 336/02 regulamenta e informa que eles são serviços de atenção diária em saúde mental, de caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico, tendo a responsabilidade de atender pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, trabalhando sob a lógica da territorialidade.

Os documentos que regulamentam os CAPS não definem a presença do professor de Educação Física em sua equipe de trabalho, no entanto, em suas ações há margem de interpretação para a presença desse profissional, à medida que desenvolve atividades que estão compreendidas no escopo de ação da Educação Física, como exemplo as atividades contidas e descritas no Projeto Terapêutico Singular (PTS).

A cartilha sobre DCNT, publicada em 2006, objetivou descrever as ações que o SUS colocaria em prática para enfrentar problemas de saúde pública relacionados às DCNT. A cartilha traz levantamentos acerca do panorama epidemiológico brasileiro, no que diz respeito a essas doenças (BRASIL, 2005a), e descreve a natureza delas (dieta, sedentarismo, dependência química - tabaco, álcool e outras drogas).

A partir disso o MS estabelece metas de enfrentamento a essas doenças e produz documentos colocando a promoção da saúde como eixo integrador e articulador das agendas dos serviços e da formulação de políticas públicas saudáveis. Nesse contexto, a Atividade Física aparece como uma das estratégias de intervenção para redução das DCNT.

Lei nº 8.080/90, modificada pela Lei nº 12.864/13, inclui Atividade Física como fator determinante e condicionante da saúde. Ao considerá-la elemento para definir os níveis de saúde, a inclui no mesmo patamar das demais determinações: alimentação, moradia, saneamento, trabalho, renda, entre outros.

O último documento desse conjunto é a Portaria 849/17, que inclui na Política Nacional de Práticas integrativas e Complementares (PNPIC), que são, dentre outras coisas, a biodança, a dança circular e a Yoga. As práticas corporais são incluídas nessa política por meio da Medicina Tradicional Chinesa.

Os quatro documentos descritos não abordam a Educação Física como curso ou área de conhecimento, mas discorrem acerca de seus conteúdos que são fundamentais para o cuidado em saúde, logo, quem tem competência para desenvolvê-los são os professores de Educação Física.

Os fazeres da Educação Física estão presentes no terceiro conjunto de documentos e programas do SUS que foram analisados. São eles: PNPS, NASF, Programa Academia da Saúde (PAS). Além disso, termos antes inexistentes nos documentos do SUS começam a aparecer, como, por exemplo, as Práticas Corporais.

A PNPS é o primeiro documento encontrado no âmbito do SUS que faz referência aos termos Atividade Física/Práticas Corporais separados por barra, e é o primeiro documento que aparece o termo Práticas Corporais. Isso nos leva a pensar que o SUS passa a levar em consideração outros objetos de estudo da Educação Física, além da Atividade Física e para além da Atividade Física, para a implementação de projetos e programas dentro do sistema de saúde. Significa dizer que o SUS incorpora o debate/conflito da área acerca dos termos Atividade Física/Práticas Corporais¹³.

¹³ Mais adiante serão abordados os termos e seus conceitos para área.

Outro marco no processo de consolidação e fortalecimento das Atividades Físicas/Práticas Corporais é a criação, em 2008, do NASF. O principal objetivo para criação do NASF foi apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica e aumentar a resolutividade, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2013b).

É a partir do NASF que a Educação Física passa a compor uma equipe multiprofissional. Em 2009, o MS lança as diretrizes para atuação no NASF indicando que este é composto por nove áreas estratégicas, dentre elas Atividades Físicas/Práticas Corporais.

Com a criação do NASF, o professor de Educação Física ganha notoriedade na portaria de regulamentação que o cita nominalmente como sendo uma das profissões que devem compor a equipe multiprofissional. Poderão compor o NASF as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): Médico Acupunturista, Assistente Social, Professor de Educação Física, 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 (BRASIL, 2013b).

De acordo com Scabar, Pelicioni e Pelicioni (2012), o NASF possui como enfoque a promoção da saúde e o cuidado da população, procurando responder aos novos e antigos desafios da morbidade dos brasileiros, ampliando a oferta das práticas integrativas e ofertando a melhor tecnologia disponível para algumas das doenças crônicas.

Podemos citar mais um programa que foi criado pensando em novas possibilidades, na maior resolutividade e na atenção primária, que foi o PAS, instituído pela Portaria 719/11. Quando lançado, o Programa tinha como principal objetivo:

[...] contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de Práticas Corporais e Atividade Física e de lazer e modos de vida saudáveis (BRASIL, 2011, art. 2º, p.52).

Nesse sentido, no momento da criação do PAS, em 2011, é possível identificar o destaque que recebe as Práticas Corporais/Atividade Física, como um dos eixos norteadores do programa, e comparecendo no seu objetivo principal.

Em 2013, segundo o MS, visando ampliar ainda mais e fortalecer o Programa na Atenção Básica, uma nova portaria foi publicada, revogando a Portaria n. 719/2011. A Portaria n. 2.681/2013 revisitou o objetivo geral, resultando na seguinte redação “[...] contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da

população a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados” (BRASIL, 2013c, p.37), deixando o objetivo geral mais amplo (no ponto de vista do MS), expandindo também nessa mudança o escopo de atuação dos profissionais e implementa os eixos de trabalho no PAS .

Os termos Práticas Corporais/Atividade Física saem do objetivo geral para compor os eixos de trabalho desse programa. Do ponto de vista da área de Educação Física, esta mudança não foi interessante, uma vez que esses termos são objetos específicos de estudo desta área, e ele estando no objetivo geral do programa nos daria maior visibilidade a ela.

As práticas corporais são descritas no primeiro eixo de desenvolvimento das ações do Programa Academia da Saúde e as atividades são desenvolvidas nos polos por profissionais do programa e são potencializadas pelos profissionais do NASF, da ESF e da UBS, de acordo com os seguintes 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; Mobilização da comunidade.

Segundo Silva (2017), as diretrizes reforçam que o PAS é um equipamento da Atenção Básica, de referência no combate às DCNT e espaço privilegiado para Promoção da Saúde, proteção do cuidado em saúde, e ambiente facilitador de aprendizagem sobre modos de vida saudáveis.

Após a descrição desse conjunto de documentos em que localizamos a relação existente do SUS com a Educação Física, partiremos para análise dos nexos conflitantes que permeiam a inserção do professor de Educação Física no SUS.

2.3 Educação Física, conflitos da área e a implicação para o trabalho em saúde

O conceito de saúde sempre esteve relacionado à sociedade. Cada indivíduo tem um conceito de saúde que depende das suas condições socio-históricas, socioeconômicas e socioculturais. A relação saúde-doença passou, no decorrer da história, por mudanças, e sofreu influências de paradigmas de ciências diferentes. No âmbito do SUS, encontra-se ainda de atuações que são pautadas na fundamentação do paradigma positivista ou biomédico, mas também vemos no sistema a superação desse modelo adotando o paradigma crítico de ciência.

Evidencia-se por meio dos documentos que o conceito de saúde passou por mudanças no decorrer da história e é nessa evolução/modificação do conceito saúde-doença que identifica-se os paradigmas de ciência. O paradigma Positivista/Biomédico foi dominante por

muito tempo. Posteriormente, após as conferências, a carta de Ottawa e após a constituição do SUS, surgem algumas modificações no conceito de saúde, há uma maior amplitude de reflexões, sendo considerado no SUS o conceito ampliado de saúde, orientado pelo paradigma Crítico. No início o conceito de saúde esteve ligado à doença, depois passa a centrar-se a saúde na prevenção e promoção. Quando isso acontece fica em evidência que cada conceito de saúde se vinculou ou esteve amparado por um paradigma de ciência.

Bem como os diferentes conceitos de saúde estiveram ligados a paradigmas de ciências diferentes, também a Educação Física e seus conteúdos estão amparados por teorias do conhecimento que se vinculam a esses paradigmas. Alguns documentos do SUS trazem à tona um conflito já evidenciado na Educação Física, que está relacionado aos termos Atividades Físicas/Práticas Corporais.

A partir da publicação da PNPS começa aparecer nos documentos do SUS o termo Práticas Corporais, que surge acompanhando o termo Atividade Física, este já sendo utilizado em outros documentos. Os documentos do SUS parecem evidenciar, a partir de então, um dos conflitos da área.

No documento de regulamentação da PNPS está contido no texto as palavras Atividades Físicas/Práticas Corporais desta forma, separados por uma barra, como sendo ações prioritárias. Para Damico e Knuth (2014), a diferenciação desses termos na Educação Física produz sentidos de poder e saber extremamente conflitantes e duais. Assim como os conceitos de saúde estiveram ligados a paradigmas diferentes, a Educação Física como área do conhecimento também sofre influências de paradigmas antagônicos.

O MS lança vários glossários para facilitar o entendimento das pessoas quanto às terminologias utilizadas na Saúde, pelos documentos do SUS. Um desses diz respeito à promoção da saúde. Os termos Atividade Física e Práticas Corporais aparecem nesse glossário.

O glossário aborda a Atividade Física como qualquer movimento corporal que produza gastos de energia acima dos níveis de repouso; relaciona-se a caminhadas, corridas, práticas esportivas e de lazer (BRASIL, 2012b, p. 17). Já as Práticas Corporais são expressões individuais ou coletivas do movimento corporal, advindas do conhecimento e das experiências, e devem contemplar as vivências lúdicas e de organização cultural (BRASIL, 2012b, p. 28).

De acordo com o MS, as doenças cardiovasculares constituem a primeira causa de morte (27,4%) na população brasileira; na faixa etária de 30 a 69 anos essas doenças são responsáveis por 65% das mortes, o que ainda constitui um problema social por esta ser uma

faixa etária de plena produtividade (BRASIL, 2002a). A mudança de hábitos de vida com a introdução de atividades físicas torna-se uma questão social de grande importância e a atenção básica um espaço privilegiado por ser a ESF um instrumento de acompanhamento das famílias de forma contínua promovendo saúde e prevenindo agravos.

O exercício exerce efeito oposto ao do sedentarismo, aumentando o gasto calórico e melhorando o transporte e captação de insulina. Tanto os exercícios aeróbicos quanto os resistidos promovem um aumento do metabolismo basal, conhecido como metabolismo de repouso, que é responsável por 60% a 70% do gasto energético total, contribuindo para a perda de peso e a diminuição do risco de desenvolver diabetes, hipertensão e outras doenças (CIOLAC, 2004).

Há evidências científicas de que a prática regular de atividade física atua como responsável na melhoria de diversos determinantes de modos de vida saudáveis das pessoas, por proporcionar ganhos referentes ao que alguns autores denominam de três esferas do bem-estar humano: física, mental e social (SILVA, 2010). A atividade física passa a ser amplamente recomendada para promover a saúde e melhorar a qualidade de vida da população e a integrar ações e políticas desenvolvidas pelo poder público no campo da saúde (GARBER et. al., 2011).

O conceito de atividade física tem sido ligado à área da saúde no decorrer da história, sobre uma visão hegemonicamente biológica. Matsudo e Matsudo (2000) afirmam que os principais benefícios à saúde advinda da prática de atividade física referem-se aos aspectos antropométricos, neuromusculares, metabólicos e psicológicos.

A visão de ter a atividade física apenas como fator de prevenção de DCNT, baseada nos saberes da biologia e da epidemiologia, ainda é hegemônica em pesquisas científicas, políticas, programas e práticas de saúde pública, representando um desafio a ser superado (DAMICO e KNUTH, 2014).

O “mito” de que toda atividade física é saúde é amplamente divulgada por meio da mídia (escrita, falada e televisiva), mas Carvalho (2006) chama a atenção das pessoas para o pensar, o falar, o escrever e o agir sobre a doença. A autora ainda diz que não podemos desconsiderar a doença e nem a contribuição que a medicina têm nos proporcionado, no entanto, estejamos atentos para o fato de que, a depender de como se considera o processo saúde-doença, desloca-se “o foco do sujeito doente para o fenômeno doença e se perde o sujeito, transformando a doença em estigma para o doente” (p.35).

Quando pensa-se em saúde e a relacionamos com o professor de Educação Física, nos lembramos de um dos objetos de estudo da área que é o movimento corporal, mas não

qualquer e todo movimento corporal, é o movimento que, segundo Bracht (1989), contenha no movimentar-se um significado, um sentido, conferido num contexto histórico, cultural e social.

Já o conceito de Práticas Corporais trata -se de

Expressões individuais ou coletivas do movimento corporal, advindas do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica, construídas de modo sistemático (na escola) ou não sistemático (tempo livre/lazer). Notas: i) Manifestações da cultura corporal de determinado grupo que carregam significados que as pessoas lhe atribuem, e devem contemplar as vivências lúdicas e de organização cultural. ii) Existem várias formas de práticas corporais: recreativas, esportivas, culturais e cotidianas (BRASIL, 2012b, p. 21).

As Práticas Corporais estabelecem um diálogo com saberes da mesma área numa perspectiva holística, ou seja, vê o indivíduo como um todo e não como um ser fragmentado. É interessante destacar que as Práticas Corporais não descartam o conceito de Atividade Física, mas, para além disto, admite que com ambas obtém resultados tanto numa perspectiva como noutra. Nesse sentido, as Práticas Corporais estão vinculadas às ciências humanas e sociais, artes, filosofia e saberes populares, sem desconsiderar as ciências biológicas e naturais (CARVALHO, 2006).

É comum fazermos associação das práticas corporais com elementos da cultura, como manifestações culturais que se evidenciam com cuidado com o corpo e como práticas culturais. Além disso, as características das práticas corporais indicam as potencialidades de um trabalho pedagógico e terapêutico de formação humana (SILVA, 2001).

Outro ponto a se considerar é a ideia de que a Atividade Física por si só produz saúde. Essa ideia precisa ser desmistificada, repensada e transposta para uma visão ampliada de corpo e de ser humano como uma construção de ser cultural e social. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são locais em que a aplicabilidade de atividades que potencializem apenas as valências físicas devem ser repensadas, pois os usuários do sistema de saúde não estão preocupados com indicadores resultantes dessa perspectiva de Atividade Física. Talvez por isso o melhor termo, e a melhor atividade a ser desenvolvida nesses locais, sejam as Práticas Corporais, por se apoiarem no conceito ampliado de saúde estando de acordo com a perspectiva de atuação no SUS.

Podemos dizer, então, que o termo Práticas Corporais contido nos documentos do SUS é aquele que se aproxima da concepção ampliada de saúde, que reconhece os determinantes sociais do processo saúde-doença sem excluir a importância dos fatores biológicos e ambientais. Os documentos evidenciam também que o termo Atividade Física, quando

aparece nos documentos do SUS, está vinculado ao paradigma positivista, relacionado com a biologia e epidemiologia, que por sua vez ainda é uma visão hegemônica nas práticas de saúde pública, representando um desafio a ser superado ou aliado as Práticas Corporais.

Assim, no contexto do SUS, entendendo a produção da saúde como resultante das determinações sociais da vida, o eixo temático das Práticas Corporais/Atividades Físicas, nos termos previstos na PNPS, se ressignifica, vislumbrando novas possibilidades de organização e de manifestação (BRASIL, 2010b).

Dessa forma, nos documentos de regulamentação do SUS, a barra que separa os dois termos pode relacionar-se com o não interesse do sistema no debate da área, ou com o fato de que os conflitos que permeiam a dicotomia da formação acompanham a área quando esta se insere no sistema. Se levarmos em consideração a Portaria 256/13, que diz que para atuar no SUS o professor de Educação Física pode ser bacharel ou licenciado em Educação Física, evidencia-se essa contradição.

O SUS, mais precisamente a partir da publicação da PNPS, adere à nomenclatura Práticas Corporais/Atividades Físicas para se referir aos conteúdos que serão trabalhados pelo professor de Educação Física.

O professor de Educação Física que atua na saúde pública, em especial na Atenção Básica, deve ter suas ações pautadas nos princípios doutrinários do SUS, a fim de garantir ao sujeito a universalidade, a equidade, a integralidade e a emancipação. De acordo com Scabar, Pelicioni, Pelicioni (2012):

[...] o perfil dos profissionais da rede de Atenção Básica, entre os quais o da Educação Física, deve contemplar posturas que superem a perspectiva individualizante e fragmentária que tradicionalmente abordam os modos de viver. Colocam assim os sujeitos e as comunidades como responsáveis únicos pelas várias mudanças e arranjos ocorridos no processo saúde-doença ao longo da vida [...] (p. 412).

Portanto, a concepção de Educação Física expressa nos documentos do SUS e seus programas vão além do desenvolvimento das habilidades individuais da população, o professor de Educação Física é um ator social que deve trabalhar sob a perspectiva da promoção da saúde, visando o conceito ampliado de saúde, proporcionando à população do território modos saudáveis de vida.

2.4 Materialização do trabalho nos espaços CAPS, NASF, PAS, por meio das práticas de saúde

O SUS é uma política organizada em forma de sistema que representa uma conquista tida após a reforma sanitária, criado na perspectiva de se fazer saúde coletiva. No decorrer da história do SUS, e a partir dos documentos que regulamentam seus programas, notamos que cada vez mais a Educação Física sendo lembrada dentro do Sistema pelos seus conteúdos trabalhados. Neste tópico abordaremos os espaços de atuação do professor de Educação Física no SUS, a saber: CAPS, NASF, e o PAS, dizendo como se efetiva na prática o trabalho do professor de Educação Física.

2.4.1 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Apesar da área de Educação Física estar vinculada desde 1997 com a saúde, pela resolução 218/97 publicada pelo MS, que reconhece a Educação Física como um curso da área da Saúde, essa inserção se deu a partir do ano de 2002, quando os CAPS foram criados, e mesmo assim a presença do professor de Educação Física nesse local guarda proximidade com o projeto terapêutico e com os conteúdos que o professor de Educação Física pode trabalhar nos CAPS. Não há nos documentos de regulamentação dos CAPS a área de Educação Física citada nominalmente, apenas seus fazeres.

O CAPS é um dos serviços de Saúde Mental do SUS, referência para tratamento de pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares. Ele trabalha na perspectiva da inclusão social, se contrapondo à exclusão desumanizante e anuladora da subjetividade, realidade concretizada, outrora, dentro dos muros dos hospícios.

Para Silva (2000), o CAPS é a principal estratégia governamental de desinstitucionalização, podendo agenciar moradia, trabalho e lazer para as pessoas em sofrimento psíquico. É trabalho do CAPS estimular seus usuários a reatarem as interações com a sociedade, como frequentar novamente a casa de um parente, acessar serviços e espaços públicos, voltar a frequentar a escola, quando for o caso, etc.

Oferecer atendimento que consiste no acompanhamento clínico e na reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, ao lazer, ao exercício dos seus direitos civis e ao fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004) é uma das possibilidades que surgiram com a reforma psiquiátrica, contribuindo para a ressignificação do cuidado em saúde mental.

A política de Saúde Mental atual busca reverter o modelo tradicional de assistência, construindo outro modelo, centrado no indivíduo no do seu meio social, assegurando tratamento, fortalecendo a assistência ambulatorial com garantia de distribuição de

medicamentos essenciais à Saúde Mental e obedecendo aos preceitos constitucionais da universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2004). Dessa forma, tem como objetivos:

estruturar formas de tratamento na perspectiva biopsicossocial, considerando não só a condição clínica do paciente, mas promovendo sua recuperação, autonomia, reinserção social e reabilitação profissional; atender na lógica Psicossocial das pessoas com transtorno mental, prestando cuidados em momentos de crise, acompanhando-os e buscando a sua reinserção social na comunidade; acompanhar continuamente o usuário ao longo do seu tratamento, facilitando sua integração na família e comunidade; fortalecer a assistência farmacêutica ambulatorial na saúde mental com garantia de distribuição dos medicamentos essenciais de acordo com diretrizes da Política Nacional de Medicamentos; incrementar as ações inter setoriais de prevenção, promoção e recuperação em Saúde Mental, buscando parceria com outros órgãos, secretarias, instituições ou pessoas, participando de redes de apoio e mobilizando a comunidade no resgate da cidadania (BRASIL, 2004, p. 11).

Esse modelo de atendimento aos usuários dos serviços de saúde mental está calcado no pressuposto de que eles são convidados a participar ativamente no processo de tratamento, por meio de atividades que visem sua reinserção na sociedade, a circulação pelos espaços das cidades e o contato com novas possibilidades e diversas vivências, sejam elas laborais ou de lazer.

Os CAPS desenvolvem papel estratégico na rede básica de saúde (Centros ou Unidades de saúde locais e/ou regionais, Programa de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde) realizando acompanhamento na qualificação e apoio para o trabalho das equipes aos usuários em sofrimento psíquico. Cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico individual, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que individualize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo as necessidades.

A reforma psiquiátrica, há anos em processo no Brasil, tem propiciado transformações nas reflexões sobre a temática da saúde mental, além da implantação de novos modelos de assistência e novas estratégias de cuidado.

Recentes propostas de humanização e integralidade no cuidado em saúde têm se configurado poderosas e difundidas estratégias para enfrentar criativamente os desafios e construir alternativas para a organização das práticas de atenção à saúde no Brasil (AYRES, 2001). O cuidado é o principal elemento para transformar o modo de viver e sentir o sofrimento do portador de transtorno mental e sua família no seu cotidiano.

Dessa forma, como afirma Lima (2011), os serviços que desenvolvem a assistência às pessoas com transtorno mental não podem ser cristalizados e marcados por um cotidiano em que se reproduzem técnicas e protocolos de saúde; devem se ancorar numa perspectiva de

inventividade e fomentar ações voltadas para seus usuários, e não para suas doenças, desenvolvendo práticas de acolhimento, de sociabilidade, de desenvolvimento de potencialidades e de produção de vida e de singularidade.

Compreendido como uma postura de receber, escutar e tratar de forma qualificada e humanizada o usuário e suas demandas, o acolhimento é considerado um instrumento importante na construção de vínculo, além de assegurar, nos serviços de saúde, acesso com responsabilização e resolutividade. Os princípios ligados ao acolhimento podem inclusive contribuir para produção de saúde no campo de saúde mental.

Neste contexto, a proposta de acolhimento contida numa das diretrizes do SUS e da integralidade busca atender a todos os cidadãos que busquem os serviços de saúde. A proposta também prevê que seja garantido a eles a acessibilidade de forma universal e igualitária. Para Franco, Bueno, e Merhy (1999), o trabalho entre o profissional da saúde e o usuário deve visar à produção de relações de escuta e de responsabilização, sendo articuladas com o estabelecimento de vínculos e do compromisso no projeto de intervenção, buscando a produção de algo que possa representar a conquista do controle do sofrimento ou da produção de saúde.

Nesse sentido, o CAPS, serviço destinado ao cuidado de pessoas com transtornos mentais graves e severos, também se inclui na proposta de desenvolver ações humanizadas e acolher os indivíduos de forma a promover um ambiente terapêutico e acolhedor que possa melhorar a qualidade da assistência, favorecendo a relação do usuário/trabalhador.

Ainda como mostra a literatura, a organização das práticas de saúde e das relações terapêuticas na produção do cuidado com ênfase nas tecnologias leves possibilita a forma efetiva e criativa de manifestação da subjetividade do outro, a partir dos dispositivos de acolhimento, vínculo, autonomia e responsabilização contidas nessa organização da assistência à saúde (JORGE, et al, 2006).

No CAPS o trabalho do trabalhador se materializa mediante as práticas de saúde, as mais intrínsecas são cuidado, vínculo, escuta e acolhimento. Quando a pessoa chega deverá ser acolhida e escutada em seu sofrimento. Esse acolhimento poderá ser de diversas formas, de acordo com a organização do serviço. O objetivo nesse primeiro contato é compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham.

No CAPS o trabalho do professor de Educação Física, quando pensado para além dos aspectos biológicos, pode apresentar contribuições relevantes. Contudo, ainda predominam pesquisas que privilegiam a dimensão biológica, desconsiderando outros determinantes no

processo saúde-doença. Essa prática influencia o entendimento dos professores de Educação Física sobre a relação exercício físico e saúde.

Conforme Bagrichevsky et al. (2003, p. 24), é hegemônica no campo a noção de “[...] ‘atividade física (ou aptidão física) associada à saúde’, [...] que busca advogar a existência de uma relação de ‘causa e efeito’, quase exclusiva, entre ‘exercício’ e ‘saúde’”. Essa é uma lógica que reduz “[...] o sujeito a objeto e prioriza aspectos quantitativos e individuais em detrimento da busca pelo significado das ações humanas” (FREITAS et al., 2006, p. 170).

Do ponto de vista dos princípios do SUS e da proposta dos CAPS, a lógica de trabalho deve se diferenciar da perspectiva tradicional, fundamentada no paradigma positivista de ciência. Portanto, o trabalho do professor de Educação Física deve pautar-se em outros referenciais que possibilitem ir ao encontro do que é proposto tanto pelas diretrizes do SUS quanto da atenção à saúde mental.

Na tentativa de romper com essa perspectiva e criar outras possibilidades de ação, é importante que o campo da Educação Física englobe a compreensão de que as dimensões socioeconômicas e culturais também são determinantes da saúde, estabelecendo diálogos com a perspectiva da saúde coletiva, numa perspectiva de análise a partir das múltiplas determinações.

De acordo com Furtado et al. (2015), “o trabalho no campo da saúde mental também apresenta desafios do ponto de vista individual para o profissional”. Em seu artigo sobre o trabalho do professor de Educação Física no SUS com objetivo de analisar as principais características da intervenção, Furtado et al. encontraram nos relatos dos professores de Educação Física que trabalham nos CAPS em Goiânia/GO indícios de que lidar com o sofrimento psíquico dos usuários é um limitador, principalmente no início de suas experiências, quando se deparam com uma realidade com a qual não estão acostumados e que não foi apresentada durante a formação.

Pensando nisso, todas as atividades práticas feitas no CAPS com os usuários devem ser planejadas respeitando a especificidade de cada realidade. Lima (2011) aponta que a ação de cuidar se constitui como a essência do trabalho em saúde mental na reforma psiquiátrica, pois a mesma propõe novos modos de lidar com a loucura a partir de uma crítica contundente à racionalidade médica biologizante.

Identifica-se que os usuários do CAPS apresentam limitações físicas, como falta de equilíbrio, flexibilidade comprometida, falta de coordenação motora e lentidão na execução de movimentos. Esses problemas nos aspectos motores dos usuários do CAPS devem ser

trabalhados a partir de uma perspectiva ampliada de saúde e (por que não?) por um professor de Educação Física.

Pensa-se serem mais adequadas para a realidade encontrada nos CAPS as Práticas Corporais, embora não desconsideramos a importância da atividade física. Corroborando isso, Abib, Wachs e Alves (2008) dizem que

as Práticas Corporais se tornaram uma importante ferramenta terapêutica para o trabalho do CAPS, pois está intimamente ligada à cultura corporal, podendo funcionar como dispositivo de mobilização de interesses dos usuários a ponto de potencializar o seu envolvimento nas comunidades onde vivem, contribuindo para a reinserção social desses sujeitos (p. 13).

Dentro das Práticas Corporais podemos trabalhar diversos conteúdos da Educação Física, tais como ginástica, dança e esportes. Todas as atividades devem ser pensadas a partir do conceito ampliado de saúde, com base nas Práticas Corporais, por serem essas as que vão respeitar a especificidade de cada sujeito, levando em consideração as múltiplas determinações.

2.4.2 Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF

Buscando apoiar a Estratégia de Saúde da Família (ESF), reforçar sua abrangência e resolutividade, bem como a ampliação das ações da Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu no ano de 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

De acordo com Brasil (2010b), no contexto da Atenção Básica, o NASF busca qualificar e complementar o trabalho das equipes de Saúde da Família, atuando de forma compartilhada para superar a lógica fragmentada ainda hegemônica no cuidado à saúde, visando à construção de uma rede de atenção e cuidado e colaborando para que se alcance a integralidade do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde.

A constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais na lógica de trabalho de um NASF. Nessa perspectiva, o NASF deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF. Segundo Boff (1999):

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (p. 3).

A necessidade de orientação do processo de trabalho pelas relações que são estabelecidas durante o encontro entre profissionais e usuários poderia ser potencializada se mediada por uma escuta, que permite acionar as necessidades do usuário e construir vínculos.

Segundo Brasil (2009a), a integralidade pode ser considerada a principal diretriz a ser praticada pelos NASF. Ela pode ser compreendida em três sentidos: (a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; (b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além (c) da organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população.

O conceito de integralidade é também uma das diretrizes do SUS, ao lado da universalidade do acesso, do cuidado organizado em rede, da prioridade das ações preventivas, bem como da equidade da oferta e das oportunidades em saúde. Mas isso implica modificação profunda dos modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde ainda vigentes.

A estratégia essencial é a superação do modelo médico, com a criação de espaços coletivos de discussões, internas e externas, visando alcançar a construção de redes de cuidado. Para tal, é necessário que os profissionais do NASF assumam suas responsabilidades em regime de cogestão com as equipes de Saúde da Família e sob a coordenação do gestor local, em processos de constante construção (BRASIL, 2009a). No NASF o trabalho dos profissionais se materializa por meio da escuta, do vínculo e do cuidado, que estão contidos na Integralidade, umas das diretrizes pilares do SUS.

O processo de trabalho do professor de Educação Física no NASF reflete as dificuldades do processo formativo com ênfase, de forma geral, na dimensão biológica dos sujeitos em detrimento de análises que considerem os aspectos filosóficos, históricos e sociais da relação entre Práticas Corporais e Atividade Física na saúde.

Mendonça (2012) relata que as ações dos professores de Educação Física do NASF de Londrina/PR foram observadas, e que a maioria das ações realizadas tinha como objetivo o aprimoramento das capacidades físicas e a repetição dos movimentos, “sem que haja um espaço de criação, reflexão e contextualização das propostas” (MENDONÇA, 2012, p. 129).

A autora revela de que forma se dá a materialização do trabalho do professor de Educação Física, que é efetivada por atividades com grupos. Os profissionais de Educação Física do NASF do norte do Paraná também realizavam “minipalestras” sobre a “importância da prática da atividade física”. Entre as atividades “prescritas” estão as atividades aeróbicas e

os exercícios resistidos; em menor proporção atividades de alongamento, coordenação motora e atividades lúdicas, com uso de materiais alternativos como pesos com garrafa pet e cabo de vassouras.

De acordo com Souza e Loch (2011), deve se tomar cuidado para que o trabalho no NASF não tenha apenas um direcionamento “clínico”, lembrando que as ações não devem privilegiar apenas populações adoecidas (p. 8/9), deve se pensar no sujeito de forma integral.

A proposta de trabalho do NASF busca superar os modelos convencionais de prestação de cuidado na perspectiva da assistência curativa, especializada, fragmentada e individual, por meio da corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, de atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos que envolvam os usuários e sejam capazes de considerar a singularidade dos sujeitos assistidos (BRASIL, 2009a).

A proposta do NASF busca superar a assistência curativa, especializada, fragmentada e individual, que reduz o indivíduo ao recorte diagnóstico ou a áreas profissionais, em direção à responsabilização compartilhada e gestão integrada do cuidado, por meio de realização de atendimentos conjuntos e projetos terapêuticos que envolvam os usuários e que sejam capazes de superar a singularidade deste (BRASIL, 2009a).

Para a superação das dificuldades encontradas no que tange ao trabalho interdisciplinar proposto pelo NASF, é preciso que ocorra uma revisão crítica dos processos educativos e formativos que vêm sendo desenvolvidos pelas instituições de ensino superior, a fim de que possuam eixos relacionados à Atenção Integral à Saúde e ao Trabalho em Equipe (NASCIMENTO, 2008).

Na resolução dos desafios atuais do trabalho em saúde é essencial que se reflita sobre a formação e sobre o perfil de competência desejada para tais profissionais de saúde, com enfoque não apenas no conhecimento técnico especializado, mas, principalmente, nas habilidades e comportamentos em prol da saúde da população, com responsabilidade social envolvida na ação profissional, tendo como norte o SUS, seus princípios e suas doutrinas.

2.4.3 Programa Academia da Saúde - PAS

Segundo Brasil (2015) “A inAtividade Física é um dos principais fatores de risco de mortalidade em todo o mundo, influenciando consideravelmente no aumento da prevalência de DCNT e na saúde da população”. Para combater a inatividade física são necessárias estratégias para que a população tenha acesso às práticas corporais/atividades físicas.

Como estratégias para combater a inatividade, foram criados em todo o território nacional programas para auxiliarem no aumento da prática de Atividade Física. Vários programas surtiram efeitos e merecem destaque, são eles: o Serviço de Orientação ao Exercício de Vitória/ES criado no ano de 1990; o Programa CuritibaAtiva (PR), criado no ano de 1998; o Programa Academia da Cidade em Recife, criado em 2002; o Programa Academia da Cidade em Aracaju, criado em 2003 e o Programa Academia da Cidade em Belo Horizonte, criado em 2005 (BRASIL 2015). O investimento nesses programas se mostrou uma estratégia benéfica e que trazia à população acesso à prática de atividades físicas, contribuindo, assim, para a reafirmação dos princípios do SUS e da PNPS.

Segundo Silva (2017), os resultados das avaliações demonstraram que houve aumento do acesso e da participação da população nas atividades e na adoção de práticas saudáveis. Essa avaliação positiva contribuiu para novas iniciativas do MS na criação de programas nacionais no âmbito do SUS, voltados para a Promoção da Saúde, que incluíam a atividade física como uma das ações de prevenção e controle das DCNT, em função do crescente número de pessoas com inatividade física (BRASIL, 2013a).

Nessa perspectiva, portanto, o MS lançou o PAS como um modelo de intervenção em Promoção da Saúde. Criado em 2011 o Programa Academia da Saúde (PAS) veio para fortalecer as ações de Práticas Corporais e Atividade Física (MALTA et al, 2014). O programa é incentivado pelo MS por meio de recursos financeiros para a construção dos polos em três modalidades: básica, intermediária e ampliada, figura 1.

Figura 1 – Modalidade, áreas e valores dos polos.

Modalidade básica <ul style="list-style-type: none"> • composta de espaço de vivência, espaço com equipamentos e espaço multiuso; • área mínima total de 300 m²; • o repasse para essa modalidade é de R\$ 80 mil/polo (oitenta mil reais por polo habilitado).
Modalidade intermediária <ul style="list-style-type: none"> • composta de espaço de vivência com estrutura de apoio, espaço com equipamentos e espaço multiuso; • área mínima total de 312 m²; • o repasse para essa modalidade é de R\$ 100 mil/polo (cem mil reais por polo habilitado).
Modalidade ampliada <ul style="list-style-type: none"> • composta de espaço de vivência com estrutura de apoio, espaço com equipamentos e espaço multiuso; • área mínima total de 550 m²; • o repasse para essa modalidade é de R\$ 180 mil/polo (cento e oitenta mil reais por polo habilitado).

Fonte: Brasil (2014).

O PAS está inserido na Atenção Básica e se articula com a equipe multidisciplinar do território em que está instalado e com o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (BRASIL, 2015). Esse programa contribui para a equidade e tem ações voltadas para o cuidado dos modos de vida saudáveis da população. Tem como eixo central as Práticas Corporais e Atividade Física, mas inclui também as demais ações de Promoção da Saúde com a preocupação em trabalhar com: a alimentação saudável, prevenção de violência, prevenção de tabaco, álcool e drogas e outras (MALTA et al, 2014).

Os eixos previstos na Portaria n. 2.681/2013 que orientam a organização e desenvolvimento das ações e serviços são: 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; Mobilização da comunidade.

Por ser um componente da Atenção Básica e que tem atuação direta com a formação complementar da população, o PAS é de suma importância para articular a participação e contribuir com a resolubilidade do funcionamento do SUS. Para que isso aconteça, o planejamento do polo deve contemplar, além da preocupação com as Práticas Corporais e Atividades Físicas, ações que permeiam o desenvolvimento de autonomia, de equidade e de empoderamento, proporcionando melhores modos de vida à população (BRASIL, 2015).

São diretrizes do PAS: I - configurar-se como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, complementar e potencializador das ações de cuidados individuais e coletivos na atenção básica; II - referenciar-se como um programa de promoção da saúde, prevenção e atenção das doenças crônicas não transmissíveis; III - estabelecer-se como espaço de produção, ressignificação e vivência de conhecimentos favoráveis à construção coletiva de modos de vida saudáveis.

As diretrizes do PAS corroboram o desenvolvimento dos conceitos de multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, que são a maneira de estabelecer um diálogo cauteloso visando a ampliação dos cuidados com a saúde e os saberes e práticas que tratam da educação, relacionando esses assuntos com a saúde (BRASIL, 2015).

A intersetorialidade procura auxiliar na construção de campos e parcerias para que todos os responsáveis pela gestão pública consigam perceber a importância de trabalhar em conjunto para conseguir futuros benefícios (BRASIL, 2015). A autonomia se efetiva por meio da educação em saúde, centrada no método de conscientização crítica dos indivíduos.

A participação social é um mecanismo que procura garantir os interesses dos usuários no acompanhamento, na fiscalização e no controle das ações relacionadas à saúde, auxiliando

no desenvolvimento do Programa (BRASIL, 2015). A cogestão é a divisão de funções entre os Municípios, Estados e o Governo Federal para conseguir a implementação do SUS em todos os territórios (BRASIL, 2015).

Os princípios do PAS, alicerçados nos princípios do SUS, fortalecem a perspectiva de participação popular, visando a “construção coletiva de saberes e práticas em promoção da saúde”; intersetorialidade, porque amplia a capacidade de “construção e desenvolvimento das ações”; interdisciplinaridade, com papel significativo “na produção do conhecimento e do cuidado”; integralidade, como forma de privilegiar o cuidado; intergeracionalidade, que garante “o diálogo e troca entre gerações”; e territorialidade, que estimula o reconhecimento do “espaço como local de produção da saúde” (BRASIL, 2013c, p. 37).

As atividades do PAS, como um estabelecimento de saúde da Atenção Básica, aumentam a potencialidade relacionada à construção de vínculo com os usuários por propiciar o encontro, a criação e o compartilhamento de objetivos coletivos, a ludicidade, entre outros, o que muitas vezes pode não ser possível na prática clínica.

Para Carvalho e Jaime (2015) o programa incentiva a realização das atividades não apenas focadas nas doenças, sem desconsiderar ser necessário buscar respostas para o quadro epidemiológico do território. As DCNTs são um exemplo, sugere-se que as atividades não busquem exclusivamente responder a polarização entre fatores de risco e fatores de proteção para elas, também se sugere não haver a divisão de usuários exclusivamente por condições de saúde ou ciclo de vida, como grupo de idosos ou grupo de hipertensos.

No PAS o trabalho ganha materialidade com o cuidado em saúde, por meio da Atividade Física/Práticas Corporais. A escuta e o vínculo são importantes também nesse processo de incentivo da participação social nas atividades propostas pelo PAS, bem como: caminhada, alongamento, aulas de ginástica, avaliação física e dança, com maior prevalência dos três primeiros.

O PAS é um instrumento essencial no processo de consolidação do professor de Educação Física. Esse programa vem para potencializar a atuação da área de Educação Física no SUS, por meio da Atividade Física/Prática Corporal. Pode-se dizer que o PAS dá uma maior visibilidade à Educação Física dentro do SUS e maior ênfase na promoção da saúde.

O objetivo deste capítulo foi identificar como se dá a aproximação entre a Educação Física e o SUS, aproximação esta que se evidencia por meio dos termos Atividade Física/Práticas Corporais nos documentos de regulamentação das políticas e programas do SUS. Outro ponto importante discutido no capítulo foi como se materializa o trabalho do trabalhador da área de Educação Física no SUS, especificamente nos programas CAPS,

NASF e PAS. Evidencia-se que o trabalho ganha materialidade dentro do SUS a partir das práticas de saúde, tendo como base o conceito ampliado de saúde, e considerando o trabalho na sua concepção ontológica, que é o ato de (re)conciliar o ser humano como automediador da natureza.

3 APROXIMAÇÕES DA EDUCAÇÃO FÍSICA COM O SUS

Nos capítulos anteriores, apontou-se como o SUS surge e como ele se consolida como sistema de saúde. Abordou-se, também, como se dá o trabalho do trabalhador da área de Educação Física nos programas e projetos do SUS. O objetivo deste capítulo é responder algumas inquietações acerca da inserção do professor de Educação Física no SUS. Por meio das análises de dados coletados, nos perguntamos: quais indicadores da formação em Educação Física? Ela tem propiciado a inserção/atuação no SUS? Se sim, onde estão alocados os professores de Educação Física que trabalham no SUS? Quais programas/projetos/políticas do SUS têm dado maior espaço para a atuação do professor de Educação Física?

A coleta de dados se deu por meio das plataformas e-MEC, INEP e CNES. A primeira nos deu dados referentes à formação em Educação Física no Brasil e suas instituições formadoras; a segunda nos deu o quantitativo de matrículas, ingressos e concluintes dos cursos superiores de Educação Física no Brasil; e a terceira nos deu dados relacionados aos profissionais de Educação Física que atuam no SUS, e os locais de atuação.

3.1 A Formação em Educação Física no contexto brasileiro

Segundo Castellani Filho (1988), até a década de 1930 a Educação Física brasileira foi influenciada pela perspectiva médico higienista¹⁴. De índole higienista, os médicos atribuíram à Educação Física a função de manutenção de corpos saudáveis, robustos e harmoniosos, devido aos preceitos sanitários da época e consequentemente, da precária condição de saúde da população. Neste período ainda não se tinha escolas de ensino superior com cursos de Educação Física.

Em seguida, durante o Governo Vargas, com o intuito de formar uma juventude pronta para defender a pátria, a concepção militarista vê na Educação Física um meio de manter os corpos fortes e saudáveis. Segundo Oliveira (1994), a influência militar previa rigidez e disciplina e a preparação do corpo forte e saudável para as guerras. Os militares passam a influenciar as aulas de Educação Física, mesmo as que tinham um cunho pedagógico.

Ao analisarmos a formação profissional, é importante lembrar da fundação em 1922, no Rio de Janeiro, do Centro Militar de Educação Física, que forma a primeira turma de

¹⁴ O percurso histórico da área de Educação Física é marcado por influências de algumas tendências/abordagens. Usaremos apenas essas duas influências (Higienismo e Militarismo) para fins de compreensão do contexto de criação do curso de Educação Física, tendo em vista que essas tendências/abordagens não são objetos do presente estudo.

profissionais neste campo de atuação profissional em 1929, ainda que em caráter provisório. Compunham esta turma oito oficiais instrutores, sessenta monitores, dois médicos militares e vinte professores civis (MARINHO, 1980).

A formação em Educação Física no Brasil foi feita, inicialmente, por escolas militares. Somente a partir de 1939 que surgem escolas civis de formação em Educação Física no Brasil. A primeira foi a Escola Nacional de Educação Física e Desportos (ENEFD), na Universidade do Brasil, atual Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Nela foi ofertado o primeiro curso superior de Educação Física.

A criação da ENEFD se deu por influência dos militares e dos médicos sanitaristas e seus conhecimentos científicos (AZEVEDO e MALINA, 2004). O Decreto-Lei 1212/1939 cria a ENEFD e estabelece a formação profissional do instrutor, das professoras primárias, do treinamento e massagem e da medicina esportiva, todas em um ano (BRASIL, 1939). Azevedo e Malina (2004) descrevem que a formação em licenciatura em Educação Física, naquela época, era concluída em dois anos, e para ingresso era exigido o ensino fundamental concluído.

Azevedo e Malina (2004) afirmam que os cursos de formação em Educação Física, no Brasil, foram implementados nas universidades para a formação de técnicos, com forte influência militar, e não para a formação de professores. Os cursos visavam à formação de técnicos de Educação Física e desportos para atuarem no ambiente escolar, de forma a atender aos objetivos ideológicos do Estado.

Contudo, em 1961, com a publicação da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) no 4.024, a formação do professor em Educação Física adquiriu novas características. A duração do curso foi ampliada para três anos e passou a ser exigida a conclusão de um curso de didática para habilitar estes professores a trabalharem em escolas de primeiro e segundo graus.

Em decorrência desta LDB, ainda na década de 1960, o Conselho Federal de Educação estabeleceu um currículo mínimo aos cursos de formação de professores de Educação Física, atribuindo ao egresso o título de “Licenciado em Educação Física”. Nesse contexto, a área adquire o status de licenciatura da área educacional. O licenciado também poderia obter o título de “Técnico Desportivo” caso cursasse mais duas disciplinas da área esportiva (ISAYAMA et al., 2013).

Na década de 1970 ocorre um crescimento no número de cursos de Educação Física com características diversas, as quais procuram atender, além das demandas escolares, as exigências que surgem fora do ambiente escolar. Claramente começam a emergir duas vertentes no mercado de trabalho para a área: o segmento escolar e o segmento não escolar.

A figura do “licenciado generalista” começa a tomar forma como meio de se adequar a esta nova realidade (LIMA, 1994). No final da década de 1970, os intelectuais da área da Educação Física começam a discutir sobre as adequações curriculares pela qual a área deveria passar em função das novas exigências do mercado de trabalho (OLIVERIA, 1994).

O ambiente não escolar ganhou força como local de intervenção, o que faz surgir os primeiros movimentos organizados para regulamentar a profissão, e o termo “profissional de Educação Física” começa a ser adotado (PRONI, 2010).

O processo de debates e proposições sobre as reformas curriculares para os cursos superiores de Educação Física se estenderam por quase toda a década de 1980, culminando, em 16 de junho de 1987, na aprovação da Resolução nº 03 do Conselho Federal de Educação, que determinou as novas características dos cursos de graduação em Educação Física (OLIVEIRA, 1994; ISAYAMA et al., 2013).

Outro aspecto significativo gerado pela resolução foi o aumento da carga horária, de 1800 para 2880 horas/aulas, que deveriam ser cumpridas tanto para licenciatura quanto para o bacharelado (Resolução 03/87) em quatro anos (SOUZA NETO, 1999).

Esta Resolução também determinou a carga horária e conteúdo mínimos dos currículos. A figura 2 apresenta a estrutura curricular para os cursos superiores de Educação Física segundo a Resolução 03/87 (BRASIL, 1987).

Figura 2- Estrutura curricular para os cursos superiores de Educação Física segundo a Resolução 03/87.

Fonte: Brasil (1987).

A Resolução trouxe contribuições para o processo de formação profissional da área, pois, além de formalizar a criação do curso de bacharelado, ampliou a carga horária mínima e

direcionou os conteúdos mínimos para o processo de formação superior (BRASIL, 1987). Entretanto, mesmo com a publicação da Resolução 03/87, as discussões curriculares na área da Educação Física não cessaram.

Contudo, apesar de o mercado de trabalho apresentar distinção entre os campos de intervenção, ambiente escolar e não escolar, o mesmo não parecia estar devidamente claro no processo de elaboração dos Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos para as IES.

Betti e Betti (1996) comentam que muitos currículos de licenciatura em Educação Física, na tentativa de atender às demandas do mercado de trabalho, não mais restrito ao ambiente escolar, sofreram um inchaço devido à inclusão de conteúdos relacionados às novas áreas de intervenção, como, dentre outras, no exercício resistido, na ginástica aeróbica e na educação física adaptada.

O contexto da formação em Educação Física traz na sua história o embate sobre diferentes propostas, pautadas na distinção entre os currículos de licenciatura e bacharelado, repleta de dualidades. De acordo com os referenciais curriculares dos cursos de licenciatura e bacharelado em Educação Física, na licenciatura:

[...] é o professor que planeja, organiza e desenvolve atividades e materiais relativos à Educação Física. Sua atribuição central é a docência na Educação Básica, que requer sólidos conhecimentos sobre os fundamentos da Educação Física, sobre seu desenvolvimento histórico e suas relações com diversas áreas; assim como sobre estratégias para transposição do conhecimento da Educação Física em saber escolar. Além de trabalhar diretamente na sala de aula, o licenciado elabora e analisa materiais didáticos, como livros, textos, vídeos, programas computacionais, ambientes virtuais de aprendizagem, entre outros. Realiza ainda pesquisas em Educação Física, coordena e supervisiona equipes de trabalho. Em sua atuação, prima pelo desenvolvimento do educando, incluindo sua formação ética, a construção de sua autonomia intelectual e de seu pensamento crítico (BRASIL, 2010a, p. 31).

Já o bacharel

atua no planejamento, prescrição, supervisão e coordenação de projetos e programas de atividades físicas, recreativas e esportivas. Em sua atividade, avalia as manifestações e expressões do movimento humano, tais como: exercício físico, ginástica, jogo, esporte, luta, artes marciais e dança. Pesquisa analisa e avalia campos da prevenção, promoção e reabilitação da saúde, da formação cultural, da educação e reeducação motora e do rendimento físico-esportivo. Planeja e gerencia atividades de lazer e de empreendimentos relacionados às atividades físicas, recreativas e esportivas. Em sua atividade gerencia o trabalho e os recursos materiais de modo compatível com as políticas públicas de saúde, primando pelos princípios éticos e de segurança (BRASIL, 2010a, p. 30).

No que se refere às possibilidades de atuação profissional, há uma diferenciação entre um e outro. Souza Neto (1999) define essa divisão entre licenciatura e bacharelado, de forma que a primeira seria generalista e a segunda, específica:

o professor generalista é compreendido como o profissional formado sob uma perspectiva humanística, com licenciatura plena em Educação Física, podendo atuar tanto em sistemas educacionais formais quanto em não-formais. Já o professor especialista é entendido como o habilitado, o bacharel, aquele que escolheu um ramo particular da Educação Física (desporto, dança, recreação etc.) para se especializar, dentro de um conceito de formação pragmático e técnico (p. 121).

De acordo com Brasil (2004a), a Resolução do CNE n. 07/2004 estabelece as Diretrizes Curriculares para o curso de Educação Física na modalidade Licenciatura, como graduação plena, que deve assegurar, segundo o artigo 4º,

uma formação generalista, humanista e crítica, pautada na conduta ética: §1º O graduado em Educação Física deverá estar qualificado para analisar criticamente a realidade social, para nela intervir acadêmica e profissionalmente por meio das diferentes manifestações e expressões do movimento humano visando a formação, a ampliação e o enriquecimento cultural das pessoas, para aumentar as possibilidades de adoção de um estilo de vida fisicamente ativo e saudável. §2º O professor de Educação Básica, licenciatura plena em Educação Física, deverá estar qualificado para a docência deste componente curricular na educação básica, tendo como referência a legislação própria do Conselho Nacional de Educação, bem como as orientações específicas para esta formação tratadas nesta Resolução (p. 01).

Outra regulamentação implementada foi a Lei nº 9.696/98, que dispõe sobre a regulamentação da profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física (CONFED/CREF's), estes se apresentando com intuito de fiscalizar a atuação dos profissionais da área (ANTUNES, 2007).

Para concretizar os anseios de conquista definitiva do mercado de trabalho da cultura corporal de movimento no espaço não escolar, o setor defensor da regulamentação da profissão busca adequar à formação acadêmica ao modelo fragmentado, com base na formação de especialistas para o respectivo nicho do mercado de trabalho.

A Educação Física caracteriza-se como uma área de conhecimento com múltiplas possibilidades de intervenção. Elas se realizam por meio da ginástica, dança, luta, esporte, jogo e outras inúmeras possibilidades, e podem ser desenvolvidas em diferentes lugares, tais como escola, academias, clubes e outros (SADI, 2002).

De uma forma geral, a Resolução CNE/CES 1/2002 e a Resolução CNE/CES 7/2004 definiram as concepções de formação para os dois graus ou títulos acadêmicos, estabelecendo as prioridades para a formação e o perfil profissional (ANTUNES, 2007).

Neste sentido, a partir de 2002 a formação inicial em Educação Física na modalidade licenciatura forma o professor para atuar na área escolar, educação básica; e o bacharelado forma para atuar em qualquer segmento, exceto o escolar, com atividades como esporte, saúde e lazer.

No plano da legalidade, não há impedimentos para o professor de Educação Física formado em licenciatura atuar em espaços não escolares, já para atuar em instituições escolares, segundo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9394/96), é necessária à diplomação em curso de Licenciatura. Sendo assim, a atuação do bacharel em Educação Física não contempla a área escolar.

Esse fato põe em dúvida uma resolução interna do CONFEF, que afirma que licenciados formados a partir das atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Física (DCNEF) não podem atuar fora do âmbito escolar. Porém, de acordo com Brasil (2005c) e com os Pareceres 12/2005 (CNE/CEB) e 400/2005 (CNE/CES), nenhum conselho profissional pode intervir na autonomia universitária, pois essas instituições são reguladas pelo Conselho Nacional de Educação, órgão normativo e regulatório da educação brasileira. Compreende-se, portanto, que a despeito dessa regulamentação, esse é um debate que está aberto, pois há diferentes interpretações dessa legislação dos distintos estados da federação.

De acordo com Santos e Simões (2008), com o surgimento de um novo panorama educacional, as mudanças no sistema de ensino se acentuaram e o ensino superior não ficou à margem desse processo de intensa transformação. Novos níveis e modalidades de educação, a ampliação do número de docentes, o aumento da oferta de cursos, o maior número de alunos e o surgimento de novas instituições estabeleceram um contexto de crescente demanda e competitividade.

Contudo, este processo dinâmico resultou em novos desafios para a educação, entre eles o de estabelecer a harmonia no crescimento do ensino superior, no que diz respeito à conciliação de aspectos quantitativos e qualitativos, além de considerar o papel crucial que a educação tem para o desenvolvimento do país. Os cursos superiores de Educação Física acompanharam essas transformações, como mostra o Gráfico 1¹⁵.

¹⁵ A delimitação temporal foi feita de forma aleatória, compreendendo o intervalo de 5 períodos históricos.

Gráfico 1 – Quantidade de cursos de Educação Física no Brasil por período, considerando: Público/Privado, Licenciatura/Bacharelado, Presencial/EaD.

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora (e-MEC).

O Gráfico 1 evidencia que no período de 1930 a 1950 ofertou-se 3 cursos, todos em instituições públicas, com grau ou título de licenciatura e na modalidade presencial; no período de 1951 a 1970 ofertou-se 5 cursos públicos e 9 privados, os 14 cursos todos com grau ou título de licenciatura e na modalidade presencial; no período de 1971 a 1990 ofertou-se 83 cursos, 39 em IES públicas e 44 em IES privadas, 74 com grau ou título de licenciatura, 9 com grau ou título de bacharelado, todos na modalidade presencial; no período de 1991 a 2010 ofertou-se 2352 cursos, 245 em IES públicas e 2107 em IES privadas, 2054 com grau ou título de licenciatura, 298 com grau ou título de bacharelado, 785 na modalidade presencial e 1568 na modalidade EaD; no período de 2011 a 2017 ofertou-se 1432 cursos, 64 em IES públicas e 1368 em IES privadas, 751 com grau ou título de licenciatura, 681 com grau ou título de bacharelado, 331 na modalidade presencial e 1100 na modalidade EaD.

Identifica-se que, a partir de 1991, há uma modificação no cenário: ao contrário dos períodos anteriores, predomina a oferta de cursos em IES privadas, 3475, enquanto os cursos ofertados nas IES públicas são de 309. Ainda mantém-se o predomínio da formação em licenciatura, com 2805 cursos, enquanto 979 titulam bacharéis. Apesar da formação em licenciatura prevalecer, chama a atenção o exponencial aumento dos cursos que ofertam o grau ou título de bacharelado. Outra substancial inversão apresenta-se na modalidade da formação, que, até o ano de 1990 (Gráfico 1), a formação em Educação Física no Brasil

mantém-se presencial, mas, entre 1991 e 2017 percebemos que o panorama se inverte, fato que coincide com a implementação dos cursos de bacharelado, bem como a criação da modalidade a distância. Do total de cursos 2668 são da modalidade a distância, enquanto 1216 são na modalidade presencial.

Com a aprovação da LDB, ocorreu uma flexibilização nas modalidades de ensino em decorrência da abertura e veiculação de programas de ensino a distância. Para Lazzarotti Filho, Silva e de Lorenzi (2013), a abertura dos cursos de Educação Física nessa modalidade trouxe desconfiças no que diz respeito a sua capacidade de formação profissional, em função de especificidades e pelo seu caráter de ineditismo.

Do ponto de vista legal, no Brasil, a partir de meados de 1990, a promulgação da LDB (Lei 9.394/96) estabeleceu um marco para a EaD. A partir de então, a mesma passa a ser reconhecida como ferramenta para o desenvolvimento da educação em todas as modalidades de ensino. No Art. 80 aparece a seguinte ideia: “o Poder Público incentivará o desenvolvimento e a veiculação de programas de ensino à distância, em todos os níveis e modalidades de ensino, e de educação continuada” (BRASIL, 1996, p. 43).

Como exemplo, pode-se citar o programa Universidade Aberta do Brasil (UAB), uma política do Governo Federal criada pelo Ministério da Educação no ano de 2005 que busca ampliar e interiorizar a oferta da educação superior no país por meio da modalidade de Educação a Distância (BRASIL, 2006). O Sistema UAB foi instituído pelo Decreto 5.800/2006. No Art. 1º do referido Decreto define-se os objetivos da UAB:

- I - oferecer, prioritariamente, cursos de licenciatura e de formação inicial e continuada de professores da educação básica;
- II - oferecer cursos superiores para capacitação de dirigentes, gestores e trabalhadores em educação básica dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;
- III - oferecer cursos superiores nas diferentes áreas do conhecimento;
- IV - ampliar o acesso à educação superior pública;
- V - reduzir as desigualdades de oferta de ensino superior entre as diferentes regiões do País;
- VI - estabelecer amplo sistema nacional de educação superior a distância; e
- VII - fomentar o desenvolvimento institucional para a modalidade de educação à distância, bem como a pesquisa em metodologias inovadoras de ensino superior apoiadas em tecnologias de informação e comunicação (BRASIL, 2006, p. 01).

O ensino a distância tem se constituído na contemporaneidade como uma modalidade de ensino em processo de expansão. Pela ótica da iniciativa privada essa modalidade de ensino tende a ser reconhecida como um setor lucrativo; pela ótica do setor público, quando aparece como uma política governamental, tende a ser uma possibilidade de democratização

do acesso à educação e da formação de professores por todo o país. Esse é o embate dos projetos.

A UAB é um sistema integrado por universidades públicas que oferece cursos de nível superior para camadas da população que têm dificuldade de acesso à formação universitária na modalidade presencial, por meio do uso da metodologia da educação a distância. Essa modalidade de formação amplia-se nos últimos vinte anos (Gráfico 1), e abrange várias áreas de formação, incluindo a Educação Física.

A ampliação do acesso está evidenciada na Tabela 1. Nela identifica-se o quantitativo referente às matrículas nos cursos de Educação Física no Brasil, segundo o censo da educação superior brasileiro fornecido pelo INEP.

Tabela 1 - Dados Gerais dos Cursos de Graduação em Educação Física.

Ano ¹⁶	Matrículas	Ingressos	Concluintes
2000	69.317	10.344	8.217
2001	79.634	29.729	9.574
2002	96.830	37.526	11.279
2003	116.250	43.305	14.494
2004	136.232	51.247	17.213
2005	159.114	55.701	21.156
2006	171.987	55.837	20.823
2007	183.314	100.797	30.670
2008	100.632	29.415	21.025
2009	91.088	24.410	20.537
2010	172.456	50.319	32.984
2011	213.759	52.420	41.130
2012	186.276	76.443	34.784
2013	193.474	83.222	29.974
2014	238.227	129.232	31.179
2015	275.097	130.168	36.460
2016	305.002	147.342	39.101

Fonte: dados coletados pela pesquisadora (INEP).

Constata-se por meio a Tabela 1 que o número de matrículas, ingressos e concluintes encontra-se em constante crescimento, no ano de 2016 esse crescimento se acentua. Observa-se no Gráfico 1 e na Tabela 1 que os cursos de Educação Física estão em constante crescimento do ponto de vista quantitativo. O número de conclusões também cresceu do

¹⁶ A periodização utilizada está em consonância com os dados que o INEP fornece nos censos da educação superior. O INEP começou a tabular os dados a partir do ano de 1995, mas os dados encontram-se corrompidos, por isso fez-se análise a partir dos dados que estão disponíveis.

ponto de vista quantitativo, mas temos que levar em consideração que a oferta também cresceu.

Esse cenário desencadeia questões que são debatidas pelos pesquisadores da área, dentre elas a fragmentação da área do conhecimento e a formação voltada para o mercado de trabalho. O Gráfico 2 demonstra de forma visual como se dá o crescimento quantitativo do número de matrículas, ingressos e conclusões.

Gráfico 2 – Quantidade de Matrículas, Ingressos e Conclusões dos cursos de Educação Física.

Fonte: dados coletados pela pesquisadora (INEP).

De acordo com Mancebo, Vale e Martins (2015), com relação ao ensino superior, a partir dos anos 2000 o governo federal adota estratégias de expansão de vagas na rede pública, sobretudo por meio das universidades federais, ao mesmo tempo em que incentiva a expansão do setor privado, via financiamento público, por meio de programas de governo que tem como objetivo a pretensa “democratização” do acesso a esse nível de ensino, pondo em dúvida a qualidade do ensino e as condições de oferta.

Segundo Amaral (2008), a criação recente de universidades federais em diversos estados do Brasil, beneficiando importantes regiões metropolitanas, mas especialmente o interior do país, por meio do Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), é um fato que pode ter ocasionado o impacto nos números referentes às instituições e matrículas do setor público federal. Mas seu efeito sobre a participação percentual do setor público no total de cursos (Gráfico 1) e de matrículas (Tabela 1) é sutil diante do crescimento expressivo do setor privado.

Evidencia-se no Gráfico 3 a distribuição dos cursos de Educação Física por região geográfica. Nele identifica-se a predominância dos cursos de Licenciatura, na modalidade EaD, e com destaque para as IES privadas, em todas regiões, com destaque para região Sudeste, que é a que mais oferta cursos de Educação Física.

Gráfico 3 – Quantidade de cursos de Formação em Educação Física no Brasil (2017).

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora (e-MEC).

A formação de professores na área da Educação Física é oferecida prioritariamente em instituições privadas, de acordo com o Gráfico 1, o que em certa medida explica o crescimento desses cursos. Chama a atenção o salto quantitativo de cursos de Educação Física que se dá a partir da criação da modalidade EaD. Interessante destacar que esse fato coincide, também, com a criação dos cursos de Bacharelado. Outro fato que chama atenção é o predomínio das IES privadas.

Esta realidade na oferta de cursos privados de maneira predominante entre as regiões brasileiras é abordada no trabalho de Durhan (2003), que corrobora a presente argumentação ao afirmar que esta oferta de cursos particulares ocorre em função da estreita aderência da expansão do setor privado ao mercado e, portanto, sua concentração nas regiões de maior desenvolvimento econômico.

A expansão da EaD no Brasil apresenta, de fato, contradições importantes sobre a qualidade do ensino superior. Apesar das ressalvas, é evidente que a EaD está em constante

crescimento e é uma modalidade de ensino que vêm formando muitos professores de Educação Física, conforme indicado no Gráfico 1.

Cabe reflexões sobre o aumento contínuo dos cursos EaD e bacharelados vinculados às IES privadas, pois estes representam formas de atender às demandas do mercado e do sistema capitalista, colocando em xeque a qualidade e a finalidade da formação.

Taffarel e Santos Jr. (2010), ao elaborarem a crítica sobre a divisão na formação inicial em Educação Física, enfatizam que o principal objetivo dessa divisão é desregulamentar o trabalho por meio do ajuste especializado da formação inicial. Para Taffarel (2012), esses mecanismos fragilizam o trabalhador pela via do esvaziamento teórico e pela delimitação nos campos de trabalho.

Desde a aprovação das DCNEF o sistema CREF/CONFEEF tem se articulado no sentido de consolidar a fragmentação da formação entre Licenciatura e Bacharelado. E o faz por meio de ações que reforçam a divisão da área ao dar ênfase nos campos de intervenção de um ou do outro.

Santos Júnior (2005) afirma que as competências trazidas nas DCNEF para formação em Licenciatura e em Bacharelado “constitui-se no braço pedagógico do neoliberalismo”, pois tem como características enfatizar o individualismo, exacerbar a competição, flexibilizar e aligeirar a formação, ter o mercado de trabalho como referência de qualidade, invertendo os valores na ou para a formação profissional na área.

A Licenciatura e o Bacharelado são tratados pelo sistema CREF/CONFEEF como áreas com campos de conhecimento e de intervenção distintos. Em seus textos/regulamentações é sugerido, e por vezes afirmado, que tanto a formação no curso de licenciatura é impeditiva para atuar na área do bacharelado quanto a formação no curso de bacharelado é impeditiva para atuar na área do licenciado. Isto fragiliza a área e coloca os professores em constantes confrontos por não saberem as áreas de atuação.

Independentemente desse embate, as novas demandas no campo da saúde, em específico na saúde coletiva, têm impulsionado os pesquisadores da área da formação profissional a estudarem novas formas de conceber a saúde nos currículos dos cursos superiores de Educação Física.

Isso faz com que as IES formadoras repensem a preparação profissional para além da reserva de mercado, direcionando a formação de um perfil profissional que se identifique com o conceito ampliado de saúde, com habilidade para implementar ações coletivas e estimular o empoderamento da população.

3.2 Inserção da Educação Física no SUS

A Educação Física foi reconhecida formalmente como uma das categorias profissionais da saúde em 1997, por meio da resolução nº 287 do Conselho Nacional da Saúde (BRASIL, 1997). Desde então, a atuação do professor de Educação Física no SUS é tema que ganha importância e destaque.

Com o reconhecimento formal da Educação Física como profissão da saúde de nível superior (BRASIL, 1997), ela passa a integrar um rol de profissões que, além de ter diretrizes curriculares próprias, têm em comum a necessidade de adequar seus currículos às determinações gerais das profissões da saúde, que buscam orientar o perfil destes profissionais em função dos princípios e diretrizes que norteiam a dinâmica de trabalho do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2005).

A prática regular de atividades físicas vem sendo identificada como importante estratégia de promoção da saúde e no enfrentamento das DCNT, pois promove uma série de benefícios biopsicossociais, sendo considerada pelo MS brasileiro como prioridade entre as estratégias da PNPS, tanto na rede básica de saúde quanto por meio de ações intersetoriais e de aconselhamento e divulgação (BRASIL, 2010b).

A reforma sanitária brasileira apresentou um grande desafio para os profissionais de saúde, pois, além de garantir a saúde como um direito do cidadão, propôs um novo olhar para o processo saúde-doença, o qual exigiria novas competências e habilidades destas categorias profissionais. Tendo ciência dessa necessidade, a Constituição Federal de 1988, na Seção II, da Saúde, determina que o SUS possua a responsabilidade de “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988).

O sucesso do sistema brasileiro de saúde pública depende diretamente da formação dos profissionais que nele atuarão, os quais precisam ser formados em consonância com as diretrizes e princípios do SUS (SCABAR, PELICIONI e PELICIONI 2012).

A participação da União na ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde está regulamentada pela Constituição Federal do Brasil de 1988, em seu artigo 200 e, posteriormente, pela Lei nº 8.080/90, que regulamenta o SUS.

Na tentativa de tornar a formação dos profissionais de saúde consonante aos princípios e diretrizes do SUS, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação vêm, ao longo dos anos, implementando e apoiando ações na formação acadêmica, como por exemplo a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em

saúde, e algumas IES vem promovendo mudanças curriculares para aproximar a formação às necessidades do Sistema de Saúde.

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Unasus, Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) e o PET-Saúde (com as finalidades de reorientar os processos formativos, a atenção à saúde e a produção de conhecimento em saúde no Brasil) são exemplos de ações conjuntas do MS e o da Educação. Para concretizar estas estratégias necessita-se de uma articulação interinstitucional, nas diversas esferas de gestão de serviços e de formação em saúde (Brasil, 2005).

Motivadas por essas ações indutoras da formação por parte do MEC e MS, algumas IES vêm reorientando a formação para adequar a essa demanda. A inserção da Educação Física na saúde pública tem sido crescente, via programas e políticas públicas. Sendo assim, repensar a formação não seria meramente uma necessidade, mas uma prioridade, para garantir a valorização, a permanência e a ampliação das possibilidades de inclusão da categoria na saúde coletiva e, conseqüentemente, a qualificação da atenção à saúde (BENEDETHI e SANTOS, 2012).

Contudo, a transformação do olhar da Educação Física para a Saúde Pública e vice-versa dependerá do entendimento da concepção de saúde adotada pelos cursos de formação superior em Educação Física, principalmente no desafio de superação da concepção médico-biológica, historicamente consolidada na área.

Além disso, se faz necessário refletir acerca da fragmentação do conhecimento que se evidencia nos currículos da área de Educação Física, o que contribui para um enfraquecimento da interdisciplinaridade em sua intervenção profissional, assim como na construção de habilidades e competências para que o profissional de Educação Física seja inserido num processo de assistência à saúde em equipes multiprofissionais.

A inserção do professor de Educação Física no SUS se evidencia por meio de políticas e programas que possibilitam e demandam da atuação deste profissional. A Tabela 2 evidencia os locais de atuação no SUS e a quantidade de professores de Educação Física que estão inseridos no Sistema.

Tabela 2 – Locais e quantidade de professores de Educação Física inseridos no SUS.

LOCAIS DE ATUAÇÃO	QUANTIDADE
ACADEMIA DA CIDADE	17
ACADEMIA DA SAÚDE	5259
APAE	13
ASSOCIAÇÃO PESTALOZZI	2
CAPS	521
CENTRO DE ATENDIMENTO A SAÚDE DO IDOSO	3
CENTRO DE ATIVIDADES FÍSICAS	1
CENTRO DE REABILITAÇÃO	9
CENTRO DE REFERÊNCIA	3
COOPERCERES	1
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	382
HOSPITAL	29
INSTITUTO DE CEGOS	3
INSTITUTO DE MEDICINA	1
NASF	362
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	15
UBS	941
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	363
VIGILANCIA SANITÁRIA	1
QUANTIDADE TOTAL	7926

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora (CNES).

Esses dados evidenciam que a inserção de professores de Educação Física no SUS se dá principalmente por programas/projetos/políticas que o MS cria para atender às demandas do cuidado em saúde. O CAPS, o NASF e o PAS representam um percentual significativo no total de profissionais que estão atuando no Sistema; juntos, somam o total de 6142.

O CAPS aparece com 521 professores de Educação Física, dado que chama a atenção uma vez que a Educação Física não é umas das opções de profissões que aparece nos documentos para compor a equipe do CAPS. O NASF aparece com total de 362 profissionais, tendo em vista que é o programa que nos insere como componentes da equipe multiprofissional, mas não é a Educação Física área prioritária de composição, embora pudesse contemplar mais profissionais dessa área.

O programa do SUS que mais recebe professores de Educação Física é o PAS, com total de 5259 atuando no programa no Brasil, podendo ser um por polo com carga horária de 40 horas semanais, ou dois com a carga horária de 20 horas semanais. Este é o cenário da

atuação, é assim que a área está inserida no sistema. O PAS recebe o maior número de professores de Educação Física, possivelmente pela sua especificidade, já que o programa foi criado para o enfrentamento das DCNT e execução da PNPS.

O CAPS trata-se de um serviço destinado à população com transtornos mentais do município, que se articula com todos os níveis de complexidade assistencial (atenção básica, hospitalar e de especialidades) e ainda com os outros setores sociais, instituído formalmente pela Portaria 224/92, do MS, como unidades locais/regionalizadas, posteriormente a Portaria GM/MS 336/02 regulamenta e informa que eles são serviços de atenção diária em saúde mental. Seu objetivo é atender à população com acompanhamento clínico e promover a reinserção social dos usuários. Sua finalidade básica é ser um substituto às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

A Reforma Psiquiátrica ampliou a presença de categorias profissionais no atendimento às pessoas em sofrimento psíquico. O Art. 4º da Portaria nº336/GM de 2002 (BRASIL, 2002) indica que para compor a equipe técnica mínima das diferentes modalidades de CAPS alguns profissionais têm presença obrigatória e outros poderão ser inseridos, conforme a necessidade do serviço. É importante ressaltar que a presença da Educação Física não é obrigatória.

Contudo, é a partir do projeto terapêutico que o professor de Educação Física encontra seu lugar nos CAPS. Assim, “[...] os CAPS podem oferecer diferentes atividades terapêuticas, que vão além das consultas e medicamentos, caracterizando o que hoje se denomina Clínica Ampliada” (BRASIL, 2004, p. 17). O Gráfico 4 apresenta a expansão anual dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) desde o ano de 2008¹⁷.

¹⁷ Embora os CAPS sejam instituídos formalmente pela Portaria 224/92, a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE - banco de dados na qual foi feita coleta), só disponibiliza os dados a partir de 2008.

Gráfico 4 – Quantidade de CAPS existentes no Brasil ativo, no ano de 2017.

Fonte: Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE).

Houve um constante crescimento de serviços desde a criação dos primeiros CAPS, mantendo uma taxa anual de crescimento relativamente estável, o que aponta para a consolidação desse modelo de atenção para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, bem como para a ampliação de ofertas de cuidado de base territorial e comunitária. Se pegarmos o ano de 2017 como referência, temos 1.139 CAPS I, 493 CAPS II, 94 CAPS III, 0 CAPSi, 316 CAPS AD e 90 CAPS AD 24h, totalizando 2.132 CAPS no Brasil. Somente no CAPSi há um decréscimo.

Levando em consideração a não obrigatoriedade da Educação Física na composição da equipe multiprofissional, evidencia-se que ter 521 profissionais da área atuando nesse espaço representa uma conquista para área, que tem se consolidado cada vez mais no atendimento aos usuários na saúde pública. Contudo, ao considerar a existência de um professor por CAPS, a atuação dessa área é de 24,43%, com potencial para crescimento a depender da competência e importância que a área vem ganhando no sistema.

Já o NASF, criado pelo MS em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços e aumentar a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações, foi o primeiro programa do SUS que trouxe em seus documentos de regulamentação o professor de Educação Física como um profissional que poderia compor sua equipe multiprofissional. Contudo, esta composição dos profissionais

do NASF é definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos, das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

Regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, o NASF configura-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família, as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o PAS. Esta atuação integrada permite realizar discussões de casos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais.

Várias são as atividades a serem desenvolvidas pelos profissionais que compõem os NASF. O diferencial do trabalho é o apoio às equipes da ESF. Toda proposta deve ser compartilhada com a equipe, seja ela de atendimentos individuais, atendimento ou visita domiciliar, atendimentos em grupo, oficinas de educação em saúde ou estudos de caso, entre outras. O Gráfico 5 traz dados acerca do panorama do NASF no Brasil. Em termos quantitativos, os dados demonstram um crescimento desse programa, desde 2008¹⁸.

Gráfico 5 - Quantidade de NASF existentes no Brasil ativo, no ano de 2017.

Fonte: Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE)

¹⁸ A Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE) disponibiliza os dados referentes ao NASF desde a sua criação em 2008, por isso, trabalhou-se com essa delimitação temporal.

Os dados evidenciam que há um crescimento contínuo de todas as modalidades de NASF de 2008 a 2013, tendo despontado o NASF1, que representa a maior quantidade no Brasil. Posteriormente há o crescimento contínuo do NASF 1, NASF2 e NASF3, contudo, no ano de 2017, o NASF1, NASF2 e NASF3 tem um decréscimo quando refere-se ao ano anterior. Tendo como referência o ano de 2017, está em funcionamento no Brasil a quantidade de: NASF 1 2.259, NASF2 769, NASF3 769, totalizando 3.797 NASF ativos no Brasil.

Levando em consideração que a Educação Física é uma área de composição na equipe multiprofissional no NASF, evidencia-se que ter 362 profissionais da área atuando nesse espaço representa uma conquista para área. Contudo, ao considerar a existência de um professor de Educação Física por modalidade de NASF, a área está representada em 9,53% dos NASF, com previsão de crescimento, uma vez que esta área está prevista na composição da equipe. A tendência é que a área de consolide no programa, já que a promoção da saúde vem ganhando fôlego no sistema.

O MS lançou o PAS em 2011 como um modelo de intervenção em Promoção da Saúde. O aspecto norteador da proposta foi a inserção das práticas corporais e da atividade física como eixo central de suas ações para combater às DCNT, principalmente em relação aos efeitos da inatividade física.

Segundo dados da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), no período de maio/2016, o PAS contemplava um total de 2.847 municípios em todas as regiões do País, com 3.790 polos em algum estágio de construção (obras não iniciadas, obras iniciadas e obras concluídas) e 450 iniciativas municipais reconhecidas pelo Ministério da Saúde como polo similar ao PAS (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Polos habilitados ao PAS, segundo status de construção.

Fonte: Ministério da Saúde - 2017.

Quando o Programa surge em 2011, seu principal objetivo era a promoção de práticas corporais e atividades físicas. Em 2013, no entanto, o objetivo principal do Programa foi ampliado para contribuir com a promoção da saúde, produção do cuidado e modos de vida saudáveis, sendo as práticas corporais um eixo de ação. Portanto, as Atividades Físicas/Práticas Corporais podem ter deixado de ser ações prioritárias, no entanto, evidencia-se que os professores de Educação Física têm no PAS sua principal inserção no sistema de saúde.

De acordo com Silva (2017), para que o PAS tenha sucesso como programa de Promoção da Saúde, é necessário que, pela Epidemiologia Crítica, surjam elementos constituintes fundamentais nas lutas pela transformação da saúde, capazes de combater as determinações sociais pelo controle social apregoado nas políticas de saúde embasadas no conceito ampliado.

Nesse sentido, sejam professores de Educação Física ou dançarinos, psicólogos ou fisioterapeutas, é essencial que os profissionais que atuam no polo estejam alinhados ao objetivo principal do programa e compartilhem uma visão comum sobre a promoção da saúde (BRASIL, 2017).

De acordo com Carvalho (2006b), a atuação no campo da saúde, e mais especificamente no PAS, demanda do professor de Educação Física o domínio de conhecimentos relativos às ciências sociais e humanas, que envolvem a capacidade de identificar, descrever e problematizar questões sanitárias, na tentativa de compreendê-las e interpretá-las.

Levando em consideração que a Educação Física é uma área de composição prevista na equipe multiprofissional do PAS, evidencia-se que ter 5.259 profissionais da área atuando em 3.790 polos existentes significa que possivelmente estamos atuando em mais de 100% deles, e com mais de um professor por polo. O PAS constitui, assim, o maior espaço de atuação/intervenção da Educação Física no SUS.

3.3 Trabalho e Saúde: indicadores da formação e atuação no SUS

Para Marx (1987), o trabalho é um processo consciente por meio do qual o homem se apropria da natureza para transformar seus materiais em elementos úteis para sua vida. No trabalho interagem, segundo Marx, o homem e a natureza, e o homem, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza.

De acordo com Wünsch e Mendes (2015), na medida em que se considera indissociável a relação entre vida e trabalho, fica evidente a relação entre trabalho e saúde, ou seja, o trabalho tem a potencialidade de ser fonte de saúde bem como de adoecimento. Portanto, a saúde do trabalhador depende, sobretudo, dos processos de trabalho.

As formas de compreender a relação entre trabalho e saúde sofreram mudanças que acompanharam as transformações sociais vividas desde o século XIX até os dias atuais. De uma visão biologicista focada no indivíduo, passou-se por uma determinação multicausal dos agravos até uma visão crítica defendida pela saúde coletiva.

Tratar das contradições do processo de trabalho em saúde, do ponto de vista tanto da inserção dos profissionais no mundo do trabalho quanto da sua formação, constitui-se num desafio para todos os que se preocupam com a temática. Impõe-se que a discussão seja enfrentada em uma perspectiva contextualizada, questionando, analisando e revendo as concepções práticas, os compromissos e as escolhas teórico-metodológicas nesta formação.

A realização do trabalho na saúde implica uma relação muito próxima entre os profissionais e os usuários, exigindo elevada capacidade de percepção, compreensão e compartilhamento das demandas que se apresentam na sua essência, nem sempre evidenciadas na aparência, olhar para o usuário considerando as múltiplas determinações em saúde.

É nesse contexto que a reflexão da categoria trabalho em Marx pode trazer subsídios para pensar sobre o processo de trabalho em saúde, buscando uma compreensão mais apropriada sobre sua complexidade na realidade brasileira. Uma visão dialética da necessidade em saúde obriga a reconhecer o caráter social tanto das necessidades quanto dos processos criados para atendê-las.

De acordo com Breilh (1991), o pensamento materialista dialético e histórico contribui para o avanço do saber e para a transformação da prática em saúde, por meio de uma cultura livre e não alienada que favorece o compromisso com as classes subordinadas e da consolidação de um saber crítico que possa revolucionar o pensamento em saúde, apto a compreender a relação entre o biológico e o social.

Contata-se que a Educação Física não escapa dos processos de alienação e estranhamento do trabalho, como qualquer outra área. Ela se modificou nos últimos anos devido à crise do capitalismo, em decorrência das mudanças nas formas de organização do trabalho, acelerando o processo de estranhamento. Somente pela divisão da formação e pela intervenção em duas modalidades diferentes percebe-se a fragmentação e a constante

alienação dos professores frente ao processo e apropriação dos conhecimentos produzidos pela Educação Física.

Autores como Carvalho e Ceccim (2005) e Anjos e Duarte (2009) apontaram que a formação de recursos humanos em saúde tem priorizado o caráter biológico, com centralização de conteúdos, limitando-se à transmissão de informações de forma enciclopédica, e se baseando, quase que exclusivamente, no binômio doença/reabilitação.

Pressupõe-se, assim, que a relação entre formação e atuação exige interação entre ensino e trabalho, para que sejam agregados novos conhecimentos à prática profissional e essa última interogue, reforce ou modifique conteúdos, perfis e competências no ensino (CARVALHO et al, 2008 e MELO et al 2010).

Espera-se que o cuidado integral e a promoção da saúde na perspectiva crítica, estejam incluídos no projeto político-pedagógico dos cursos de formação, pois vêm sendo utilizados como principais ferramentas na tentativa de superação do modelo médico-hegemônico no campo a saúde pública. Para a utilização de tais ferramentas, os serviços básicos de saúde têm ampliado suas equipes, incorporando outras categorias profissionais, como os da Educação Física (ANJOS e DUARTE, 2009).

Mas, a despeito desta inserção no SUS representar uma possibilidade de consolidação como profissão da saúde, para Educação Física ainda se faz necessário pensar o seu “fazer”, de forma a ampliar a sua intervenção para além das questões biomédicas e essencialmente voltadas para o tratamento das doenças crônicas degenerativas.

Evidencia-se por meio dos dados que as IES privadas e a modalidade EaD estão predominando na formação da área de Educação Física, e estão em constante crescimento. Para Lazzarotti Filho et al. (2013), a abertura dos cursos de Educação Física na modalidade a distância trouxe desconfiças no que diz respeito a sua capacidade de formação profissional, em função de especificidades e pelo seu caráter de ineditismo. Os dados da pesquisa indicam um aumento exponencial de novos cursos de graduação em Educação Física, esse crescimento é evidenciado a partir da aprovação do Decreto 5.800/2006, que institui a UAB.

Esse aumento acompanha a criação e ampliação de cursos de Educação Física na modalidade a distância; fato significativo, visto que é um curso com tradição formativa marcada pelas vivências, pelo movimento e pela experimentação corporal. Tamanha expressividade da EaD na oferta dos cursos de Educação Física faz pensar acerca de diversos conceitos, concepções, que se tem sobre a mesma. Que tipo de formação se tem nessa modalidade? A quem ela atende? Questões como essas remete, no mínimo, a maiores investigações sobre o tema.

Chama a atenção o salto quantitativo de cursos de Educação Física que se dá a partir da criação da modalidade EaD. Interessante destacar que esse fato coincide, também, com a criação dos cursos de Bacharelado. Outro fato que chama atenção é o predomínio das IES privadas. Cabe reflexão sobre o aumento contínuo dos cursos EaD e bacharelados vinculados as IES privadas, pois podem representar formas de atender as demandas do mercado de trabalho e do sistema capitalista, colocando em xeque a qualidade e a finalidade da formação.

Evidencia-se também, por meio dos dados, o crescimento quantitativo da área de Educação Física, tanto nos aspectos relacionados à formação quanto nos aspectos de inserção dos mesmos no SUS. É evidente o crescimento numérico, mas e o qualitativo? A inserção da Educação Física no SUS, por si só, não assegura que a formação esteja sendo feita na perspectiva ampliada de saúde, ao contrário, pelo que os dados evidenciam (formação) pode ser que a área esteja reproduzindo práticas de saúde numa perspectiva biomédica e mercadológica.

Os dados evidenciam que são 667 IES ofertando 3884 cursos, que a licenciatura ainda predomina, que a EAD é a modalidade predominante e que as IES privadas também predominam. Dos que concluíram o curso, 7.926 professores estão atuando no SUS. Será que esses professores estão tendo uma formação em consonância com o SUS, com seus princípios e diretrizes?

É preciso problematizar, ainda, que carece mais pesquisas para identificar qual a formação desses 7926 profissionais que estão atuando no SUS. Quando se dá a inserção dos mesmos em cada um dos programas? Quais os projetos políticos pedagógicos das IES formadoras dos cursos de Educação Física? Isto, para saber se a formação tem dado subsídios teóricos necessários para (re)pensar na saúde de forma ampliada, para além dos aspectos biologicistas, tendo como centralidade as práticas de saúde desenvolvidas de forma integral.

A formação profissional e universitária no campo da saúde vem sofrendo, ao longo dos últimos anos, uma série de modificações e redirecionamentos teóricos, práticos e conceituais a fim de atender as demandas e, especialmente, os princípios do SUS. A inserção da Educação Física na saúde, como demonstra os dados, tem sido crescente via programas e políticas públicas. Sendo assim, repensar a formação não seria meramente uma necessidade é fundamental.

As IES precisam (re)pensar a organização do processo de trabalho, que passa pela qualificação da força trabalho dos profissionais, integração dos profissionais na assistência, resgatando o sentido do trabalho ontológico, que se apresenta no SUS como trabalho multiprofissional, qualificando assim, este agente de mudança que irá atuar no sistema de

Saúde brasileiro, que se apresenta na realidade concreta como um lócus de atuação para o professor de Educação Física.

A meta/foco deve ser garantir que o processo de formação e a inserção na saúde pública sejam conduzidos a partir de referenciais e pressupostos afinados com os princípios e diretrizes do SUS, para que seja possível superar as dificuldades até aqui delineadas.

O modelo fragmentado da formação inicial em Educação Física aponta para a necessidade de mudanças significativas pensando na atuação no SUS, sendo necessário (re)pensar um modelo de formação compatível com princípios e diretrizes do sistema de saúde brasileiro, próximo das questões sociais, culturais e políticas, possibilitando assim uma formação crítica aos futuros profissionais, diferente do modelo biomédico tradicional e hospitalocêntrico, centrado apenas na doença.

Considerações Finais

Os estudos relacionados aos indicadores da formação e atuação do professor de Educação Física no SUS ainda são limitados, o que é de certa forma compreensível devido à recente inserção desses profissionais no sistema. Essa pesquisa teve como objetivo geral compreender os nexos que permeiam a relação Trabalho e Saúde na inserção do professor de Educação Física no Sistema Único de Saúde. Como objetivos específicos tivemos: Compreender os nexos constitutivos do sistema de saúde brasileiro, sua totalidade, e suas contradições; Compreender a relação da Educação Física com a saúde pública e coletiva; Analisar os programas/projetos/políticas do SUS e identificar em quais estão inseridos a profissão Educação Física; Compreender o percurso histórico e legal da formação em Educação Física no Brasil; Compreender como se materializa a inserção do professor de Educação Física no SUS.

Constatou-se que após o reconhecimento da Educação Física como área da saúde pela Resolução 218/97 somente após 11 anos a área é incluída nominalmente em um programa do SUS, a saber, o NASF. O CAPS é o primeiro lócus de atuação da área de Educação Física no SUS, mesmo não tendo em sua regulamentação nominalmente o professor de Educação Física como uma das profissões componentes. Posteriormente após a criação da PNPS os afazeres da Educação Física começam ser mais difundidos dentro do sistema, uma vez que essa política tem como um dos eixos de trabalho as Práticas Corporais e Atividades Físicas. Os NASFs são criados para dar apoio à atenção básica, garantindo a promoção da saúde, e aumentar a resolutividade. É neste programa que se insere formalmente o professor de Educação Física como uma das profissões componentes da equipe multiprofissional. Outro programa que garante a permanência da área no SUS é o PAS, programa que foi criado para contribuir com a PNPS e combater a DCNT. Neste, o professor de Educação Física tem um espaço privilegiado de atuação, uma vez que ele pode ser o próprio gestor do PAS.

Por meio da coleta de dados referentes à formação, evidenciou-se que a área de Educação Física encontra-se em constante crescimento quantitativo. Os dados desvelam que com passar dos anos o número de matrículas nessa área só tem aumentado, sucessivamente o número de ingressos e conclusões também aumentam. Há também um crescimento na quantidade de cursos de Educação Física no Brasil, entretanto, esse crescimento está relacionado com as IFES privadas e com cursos EaD.

O crescimento das IES privadas e o aumento da oferta desses cursos na modalidade EaD suscitam inquietações para refletir em que medida essas IES têm

influenciado/afirmado/sustentado a fragmentação da formação e atuação do professor de Educação Física. Esse desdobramento não foi foco desta pesquisa, mas é algo a se pensar para novas empreitadas teóricas.

No que se refere à inserção do professor de Educação Física no SUS, encontrou-se programas (CAPS, NASF e PAS), que são lócus de atuação do professor de Educação Física no SUS. A coleta no banco de dados CNES evidenciou que o PAS é o programa do SUS que mais recebe professores de Educação Física, seguido do CAPS e NASF. Pensando no panorama geral dos indicadores da formação, quando se aumenta o número de IES, o número de cursos aumenta, bem como número de matrículas, de ingressos e de conclusões, ter nos programas/projetos/políticas do SUS um total de 7926 professores atuando, só reforça o quanto é essencial (re)pensar a formação desses professores. Isso suscita futuras reflexões acerca da formação desses profissionais, uma vez que o SUS está os recebendo, mas, em contrapartida, a formação tem que se mostrar em consonância com os princípios e diretrizes desse Sistema que rege a saúde no Brasil.

Identificou-se ainda, que o trabalho da Educação Física no SUS se materializa por meios das práticas de saúde. Esse trabalho deve estar diretamente relacionado às ações do processo do cuidado com ênfase nas práticas de promoção de saúde, a partir das demandas identificadas no território buscando a autonomia e fortalecimento da população. A realização do trabalho na saúde implica uma relação muito próxima entre os profissionais e os usuários, precisa que se olhe o usuário para além da aparência, olhar para o usuário considerando as múltiplas determinações em saúde.

Evidencia-se nesta pesquisa que o trabalho ganha materialidade dentro do SUS a partir das práticas de saúde, tendo como base o conceito ampliado de saúde, e considerando o trabalho na sua concepção ontológica, que é o ato de (re)conciliar o ser humano como automediador da natureza. O trabalho alienado resulta em práticas de saúde alienadas. O trabalho no seu sentido ontológico promove práticas de saúde libertadoras.

Referências

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. 2ª Edição- São Paulo: Martins Fontes, 1998, p.712.
- ABIB, L. T. WACHS, F. ALVES, C. T. As práticas corporais como ferramenta terapêutica no cuidado em saúde mental: o caso do futebol dentro do caps (centro de atenção psicossocial). **Revista Ciências da Saúde**. Livro de resumos. Porto Alegre: UFRGS, 2008. (UFRGS).
- AMARAL, N. C. O financiamento das universidades brasileiras e as assimetrias regionais: um estudo sobre o custo do aluno. In: CHAVES, V. L. J; SILVA JR, J. R. Educação superior no Brasil e diversidade regional. Belém: EDUFPA, 2008.
- ANJOS T. C.; DUARTE A. C. G. O. A educação física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional. **Physis**. 2009.
- ANTUNES, A. C. **Mercado de trabalho e Educação Física**: aspectos da preparação profissional. 2007.
- AZEVEDO, Â. C. B.; MALINA, A. Memória do currículo de formação profissional em Educação Física no Brasil. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**. Campinas, v.25, n. 2, p. 129-142, jan. 2004.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 63-72, 2001.
- BAGRICHEVSKY, M. et al. **A saúde em debate na Educação Física**. Blumenau: Edibes, 2003. v. 1.
- BATISTELLA, C. **Saúde, doença e cuidado**: complexidade teórica e necessidade histórica. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007.
- BENEDETTI, T. R. B.; SANTOS, S. S. F. da. **Educação Física no contexto da saúde**. In: Juarez Vieira do Nascimento, Gelcemar Oliveira Farias. (Org.). Construção da identidade profissional em Educação Física: da formação à intervenção. Florianópolis: Editora da UDESC, 2012, p. 543-556.
- BETTI, I. C. R.; BETTI, M. Novas Perspectivas na Formação Profissional em Educação Física. **Motriz**, Rio Claro, v. 2, n. 1, p. 10-15, Jun, 1996.
- BOFF, L. **Saber cuidar**. Rio de Janeiro: Vozes. 1999.
- BOTTOMORE, T. **Dicionário do Pensamento Marxista**. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Zahar. 1988.
- BRACHT, V. Educação Física: A busca da Autonomia Pedagógica. **Revista de Educação Física**, V.1, Nº. 1, Maringá, 1989.
- BRASIL, C. F. de E. **Decreto-Lei n. 1212, de 7 de abril de 1939**. Cria, na Universidade do Brasil, a Escola Nacional de Educação Física e Desportos. Diário Oficial. Brasília (DF).

BRASIL. M. S. **VIII Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. C. F. de E. **Resolução n. 3, de 16 de junho de 1987**. Fixa os mínimos de conteúdo e duração a serem observados nos cursos de graduação em Educação Física (Bacharelado e/ou Licenciatura Plena). Diário Oficial n.172, Brasília, 1987.

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

BRASIL. M. S. Secretaria Nacional De Assistência á Saúde. ABC do SUS: DOCTRINAS E PRINCÍPIOS. Brasília-DF. 1990.

BRASIL. **Lei n. 8.142, 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área e saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez. 1990.

BRASIL, C. N. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, 23 dez. 1996.

BRASIL. M. S. **Promoção da saúde**. Carta de Ottawa, declaração de Adelaide, declaração de Sundswal e declaração de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, 1996a.

BRASIL. M. S. Resolução N.º 218, de 6 de março de 1997. Reconhecer como profissionais de saúde de nível superior os Profissionais de Educação Física. **Diário Oficial da União** 83, de 5/5/97. 1997.

BRASIL. C. F. **Lei nº 9.696, de 1º de setembro de 1998**. Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física. Diário Oficial da União.

BRASIL. M. S. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério Saúde, 2000.

BRASIL. M. S. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: **manual da hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília, 2002a.

BRASIL. M. S. Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Portaria n.º 336/GM** Em 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília : CONASS, 2003.

BRASIL. M. S. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, C. N. E. **Resolução n. 7 de 31 de março de 2004**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena. Brasília, março de 2004a.

BRASIL. M. S. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção psicossocial**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. M. S. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro** / Brasil. Ministério da Saúde-Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005a.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 3.101, de 03 de novembro de 2005. **Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação básica. **Parecer CNE/CEB 12/2005 e CNE/CES 400/2005** de 02 de agosto de 2005. 2005c.

BRASIL. **Dispõe sobre o Sistema Universidade Aberta do Brasil - UAB**. Decreto nº 5.800, de 8 de junho de 2006.

BRASIL. M. S. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Publicada no DOU de 31/12/2010, seção I, página 89. **Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

Brasil. M. S. **Diretrizes do nasf: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010.

BRASIL, M. E. Secretaria de Educação Superior. **Referenciais curriculares nacionais dos cursos de bacharelado e licenciatura**. Brasília, abril de 2010a.

BRASIL. M. S. 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. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. M. S. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 68, Seção 1, p. 52, do dia 8 de abril de 2011.

BRASIL. M. S. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. M. S. 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, 2012b.

BRASIL. M. S. **Portaria Nº 256, de 11 de março de 2013**. Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Diário Oficial da União. 2013a.

BRASIL. M. S. Portaria Nº 256, de 11 de março de 2013. Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). **Diário Oficial da União**. 2013b.

BRASIL. Portaria n. 2.681, de 7 de setembro de 2013. **Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: 2013c.

BRASIL. M. S. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manuais Técnicos de Implantação do Programa Academia de Saúde: infraestrutura dos polos**. V. 2. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. M. S. **Curso de aperfeiçoamento: implementação da Política de Promoção da Saúde**. Programa Academia da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. M. S. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde: monitoramento nacional da gestão do Programa Academia da Saúde: ciclo 2016** [recurso eletrônico]– Brasília, 2017.

BREILH, J. **Epidemiologia, Economia, Política e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1991.
CAPONI, S. Georges. Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. História, Ciências e Saúde – Manguinhos, IV(2): 287-307, jul-out. 1997.

CAMPOS, G. W. S. et al, Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva** vol.15 supl.3 Rio de Janeiro Nov. 2010.

CARVALHO, F. F. B de; JAIME, P. C. O Programa Academia da Saúde: um estabelecimento de saúde da atenção básica. **Journal of Management and Primary Health Care**, Olinda: PE. v.6, n.1, p. 47-64, 2015.

CARVALHO, M. C. M. de (org.). **Construindo o saber: metodologia científica fundamentos e técnicas**. Campinas: Papirus, 1989.

CARVALHO, Y. M. Promoção da Saúde, Práticas Corporais e Atenção Básica. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO Y. M. Saúde, sociedade e vida um olhar da educação física. **Rev Bras Cienc Esporte**. 2006b.

CARVALHO, C. Ap. et al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arq Ciênc Saúde**. 2008.

CASTELLANI FILHO, L. **Educação Física no Brasil – A História que não se conta**. 3ª ed., Campinas, SP: Papirus, 1988.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface, Botucatu**, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

CIOLAC E. G; GUIMARÃES G. V. Exercício físico e síndrome metabólica. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, vol.10 no. 4 Niterói Julho/Agosto. 2004.

COLETIVO DE AUTORES. **Metodologia do Ensino de Educação Física**. São Paulo: Cortez, 1992.

DAMICO, J. G. S.; KNUTH, A. G. O dês (encontro) das práticas corporais e atividade física: hibridizações e borramentos no campo da saúde. **Movimento**, Porto Alegre, v. 20, n.1, p. 329-350, 2014.

DURHAM, E. **O ensino superior no Brasil: público e privado**. Documento de trabalho. Núcleo de Pesquisas sobre Ensino Superior. São Paulo: USP, 2003.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FRANCO, T. B. et al. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999.

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

FURTADO, R. P. 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.

GARBER, C. E. et al. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. **Med. Sci. Sports. Exerc.** 2011.

ISAYAMA, H. F.; RIBEIRO, C. N.; GOMES, R. O. O multiculturalismo e os currículos dos cursos de graduação em Educação Física. **Rev. Bras. Cien. e Mov.** Brasília, v: 21, n. 2, p. 163-176, 2013.

JORGE M. S. B. et al. Reabilitação psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Rev Bras Enferm** 2006; 59(6):734-739.

LAURELL, A. C. Proceso de trabajo e salud. **Cuadernos Políticos**, México, D.F, n. 17, p. 59-79, jul./set. 1978.

LAURELL, A. C. Social analysis of collective health in Latin America. **Social Science & Medicine**, v. 28, n. 11, p. 1183-1191, 1989.

LAZZAROTTI, F. A.; SILVA, A.; DE LORENZI, P. G. Saberes e práticas corporais na Formação de Professores de Educação Física na modalidade à distancia. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. 2013. 701 – 715.

LIMA, J. R. P. Caracterização acadêmica e profissional da educação física. **Rev. paul. Educ. Fis.** São Paulo. v. 8, n. 2, p. 54-67, jul-dez, 1994.

LIMA, E. J. B. O cuidado em saúde mental e a noção de sujeito: Pluralidade e movimento. **Psicologia Social e Pessoaalidade**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais e ABRAPSO (Associação Brasileira de Psicologia Social). 2011.

LUIZ, A. R. **Ensino sobre saúde pública e coletiva nos cursos de graduação em educação física no brasil**. Tese (doutorado). Universidade federal de Goiás (UFG), Faculdade de Medicina (FM). Manuscrito. 2016.

LUDKE, M. A.; MARLI, E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUKÁCS, G. **Ontologia do ser social. Os princípios ontológicos fundamentais de Marx**. São Paulo: Lech, 1979.

MALTA, D. C; et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiol. Serv. Saúde**. 2009.

MALTA, D. C. et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro. V.24 n.56 p.21-34. Set/dez 2000.

MALTA, D. C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. 2014.

MANCEBO, D.; VALE, A. A. A. ; MARTINS, T. B. Políticas de expansão da educação superior no Brasil 1995-2010. **Revista Brasileira de Educação**. v. 20 n. 60 jan.-mar. 2015.

MAMUMOTO, S. O. **Acolhimento**: um estudo sobre unidade básica de serviços de saúde. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 1998.

MARINHO, I. P. **História geral da educação física**. São Paulo: Cia Brasil Editora, 1980.

MARX, K. **Os manuscritos econômicos e filosóficos**. Lisboa: Edições 70, 1964.

MARX, K. **O 18 Brumário e as Cartas a Kugelmann**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1978.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultural, 1983.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultural. Livro I, Tomo I, 1985.

MARX, K. **Salario, prezzo e profitto**. Roma: Riuniti, 1987.

MARX, Karl; ENGELS, F. **A Ideologia Alemã** (I-Feuerbach). 6. Ed. São Paulo: Hucitec, 1987.

MARX, K. **O Capital**. Vol. 1/1. 22. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

MARX, K.; ENGELS, F. **A Ideologia Alemã**: crítica da novíssima filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas. Org., trad., prefácio e notas de Marcelo Backes. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2008.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo editorial, 2009.

MATSUDO, S. M; MATSUDO, V. K. R. Evidências da importância da atividade física nas doenças cardiovasculares e na saúde. **Revista Diagnóstico e tratamento**, v.5, n. 2, p. 10-17, 2000.

MELLO, A. L. S. F. et al. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. **Interface**. 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, MG: ESP, 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Panamericana da Saúde, 2ª edição. Brasília: 2011. 549 p.

MENDONÇA, A. M. **Promoção da saúde e processo de trabalho dos profissionais de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família** – NASF. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, 2012.

MERHY, E. E. **Em busca da qualidade dos serviços de saúde**: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde Debate**. 2003; 27(65):316-23.

NASCIMENTO, D. D. G. **A Residência Multiprofissional em da Família como Estratégia de Formação da Força de Trabalho para o SUS** (dissertação). São Paulo: Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

OLIVEIRA, V. M. de. **Consenso e Conflito da Educação Física Brasileira**. Campinas – SP: Papirus, 1994.

OLIVEIRA, N. R. de C. **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. - São Luís, 2016.

PRONI, M. W. Universidade, profissão Educação Física e o mercado de trabalho. **Motriz**, Rio Claro, v.16 n.3 p.788-798, jul-set. 2010.

SADI, R. S. **Educação Física, trabalho e profissão**. Campinas: Komedi, 2005.

SANTOS, A. L. P.; SIMÕES, A. C. Desafios do ensino superior em educação física: considerações sobre a política de avaliação de cursos. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 59, p. 259-274, abr./jun. 2008.

SANTOS, E. V., et al. O acolhimento no cotidiano da saúde: um desafio para a enfermagem. **Revista Nursing**, 2010; 12(144): 236-240.

SANTOS JÚNIOR, C. L. **A formação de professores em educação física: a mediação dos parâmetros teórico-metodológicos**. Universidade Federal da Bahia – Faculdade de Educação, Tese de Doutorado, 2005.

SCABAR T. G; PELICIONI A. F; PELICIONI, M. C. F. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). **J Health Sci Inst**. 2012.

SILVA, A. M. Corpo e diversidade cultural. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, v. 23, n. 1, p. 87-98, set. 2001.

SILVA, R. S. e col. Atividade física e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**. v.15,n.1. Rio de Janeiro. Jan. 2010.

SILVA, A. Comunicação e enfermagem em saúde mental - reflexões teóricas. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto (SP), 2000.

SILVA, A. O. **Programa Academia da Saúde**: contribuições para aproximação entre a Promoção da Saúde e Educação. 2017. 163f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Goiás, Jataí. 2017.

SILVESTRE, J. M.; CALAZANS, R. B. **Alienação, fetichismo e valor: fundamentos ontológicos**. Ensaios FEE, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 169-189, 1995.

SKALINSKI, L. M; PRAXEDES, W. L. de A. A abordagem marxista aplicada aos métodos de investigação em saúde. **Acta Scientiarum**. Human and Social Sciences Maringá, v. 25, no. 2, p. 305-316, 2003.

SOUZA, R. R. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. **Cienc Saúde Coletiva**. 2003.

SOUZA, S. C.; LOCH, M. R. A intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família dos municípios do norte do Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.16, n.1, p. 5-10, 2011.

SOUZA NETO, S. **A educação física na universidade**: licenciatura-bacharelado – as propostas de formação e suas implicações teórico-práticas. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação da USP, São Paulo, 1999.

STACHTCHENCO, S.; JENICEK, M. Conceptual differences between prevention and health promotion: research implications for community health programs. **Canadian Journal of Public Health**, 81 :53-5, 1990.

TAFFAREL, C. N. Z. Formação de professores de educação física: diretrizes para a formação unificada. **Kinesis**, Santa Maria, v. 30, n. 1, p. 95-133, jan./jun., 2012.

TAFFAREL, C. N. Z.; SANTOS JÚNIOR, C. L. Formação humana e formação de professores de Educação Física: para além da falsa dicotomia licenciatura x bacharelado. In: TERRA, Dinah Vasconcellos; SOUZA JÚNIOR, Marcílio (Orgs.). **Formação em Educação Física & Ciências do Esporte: políticas e cotidiano**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, Goiânia: CBCE, 2010.

UFG. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Educação Física**: Grau Acadêmico Bacharelado. Jataí: Universidade Federal de Goiás, 2013.

WÜNSCH, P. R.; MENDES, J. M. R. O Trabalho no Contexto da Reestruturação Produtiva: determinações históricas e a relação com saúde. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 14, n. 2, p. 291 - 302, ago./dez. 2015.