

Educação Física e Saúde Coletiva

Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção



Alex Branco Fraga
Felipe Wachs
(Organizadores)


UFRGS
EDITORA

Série Esporte, lazer e saúde: investigação, documentação e impacto social

Educação Física e Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO
GRANDE DO SUL

Reitor

José Carlos Ferraz Hennemann

Vice-Reitor e Pró-Reitor
de Coordenação Acadêmica

Pedro Cezar Dutra Fonseca

EDITORA DA UFRGS

Diretora

Jusamara Vieira Souza

Conselho Editorial

Ana Lígia Lia de Paula Ramos

Cassilda Golin Costa

Cornelia Eckert

Flávio A. de O. Camargo

Iara Conceição Bitencourt Neves

José Roberto Iglesias

Lúcia Sá Rebello

Mônica Zielinsky

Nalú Farenzena

Sílvia Regina Ferraz Petersen

Tania Mara Galli Fonseca

Jusamara Vieira Souza, presidente

Educação Física e Saúde Coletiva

Políticas de Formação
e Perspectivas de Intervenção

Alex Branco Fraga
Felipe Wachs
(Organizadores)

Série Esporte, Lazer e Saúde

Ministério
do Esporte



UFRGS
EDITORA

© dos autores
1ª edição: 2007

Direitos reservados desta edição:
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Capa: Flavio Gonçalves
Revisão: Gabriela Carvalho Pinto
Editoração eletrônica: Vanessa da Silva/ Gênese Artes Gráficas

E24 Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção / organizado por Alex Branco Fraga e Felipe Wachs. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

(Série Esporte, Lazer e Saúde).

Inclui referências.

1. Educação física. 2. Saúde coletiva. 3. Esporte. 4. Formação profissional – Políticas. 5. Práticas corporais – Comunidade. 5. Cultura corporal urbana. 6. Educação física – Psicanálise – Intervenção. I. Fraga, Alex Branco. II. Wachs, Felipe. III. Série.

CDU 796

CIP-Brasil. Dados Internacionais de Catalogação na Publicação.
(Ana Lucia Wagner – Bibliotecária responsável CRB10/1396)

ISBN 978-85-7025-929-5

Apresentação

O livro *Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção* é o principal resultado do projeto *Estilo de vida ativo versus sedentarismo: efeitos de um programa de promoção de atividade física e saúde na cultura corporal urbana*, desenvolvido pelo Núcleo UFRGS da Rede Cedes (Centro de Desenvolvimento do Esporte Recreativo e do Lazer) do Ministério do Esporte. Aqui estão reunidos trabalhos de investigação desenvolvidos em diferentes lugares; trabalhos estes que se articulam em torno do processo de formação e das possibilidades de atuação em educação física dentro dos princípios da saúde coletiva.

Madel Luz abre o livro com a discussão sobre a incipiente presença de práticas corporais no sistema de saúde a partir de resultados encontrados em estudos socioantropológicos do Grupo de Pesquisa Racionalidades Médicas e Práticas em Saúde da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

Vera Maria da Rocha e Carla Centurião estruturam seu texto na crítica à formação dos profissionais de saúde enraizada no modelo biomédico e hospitalar. Elas discorrem, tendo como base as diretrizes curriculares dos cursos da área da saúde, sobre a possibilidade de organizarmos o processo de formação de saberes e competências baseado no princípio da integralidade e voltado para a atuação multiprofissional.

A formação universitária em educação física é discutida a partir de uma perspectiva crítica por Marcos Bagrichevsky. O texto privilegia a reflexão sobre políticas de formação a partir da experiência de elaboração e implementação do curso de licenciatura em educação física do Instituto Blumenauense de Ensino Superior (IBES) em Blumenau, Santa Catarina.

Ricardo Ceccim e Luiz Fernando Bilibio partem do entendimento de que o corpo se inscreve na cultura pela potência dos seus gestos, posturas, movimentos, imitação e, além de tudo, pela criação de signos. A reflexão sobre o cuidado em saúde dos profissionais de educação física, inspirado na defesa e afirmação da vida, é o fio condutor de um texto que busca potencializar o olhar fronteiro da educação física/saúde coletiva.

Yara Carvalho aborda a experiência em desenvolver práticas corporais junto ao Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa da Universidade de São Paulo (USP). A autora trabalha diversos conceitos, princípios e diretrizes que orientam as intervenções e pesquisas no referido centro para discutir a importância da formação em serviço, bem como da realização de pesquisas que aproximem a educação física da saúde coletiva.

José Geraldo Damico, ao escrever seu artigo, parte da sua experiência profissional junto à comunidade do Campo da Tuca, em Porto Alegre, articu-

lando saberes pertinentes à educação física e suas possíveis conexões com a psicanálise para discutir as possibilidades de intervenção nas unidades básicas de saúde. Também tece críticas sobre a lógica sanitária eminentemente biomédica, e defende a integralidade como princípio do cuidado para melhor atender as demandas em saúde pública.

Felipe Wachs, a partir de sua experiência no atendimento a um adolescente com diagnóstico de esquizofrenia, apresenta o modo como foi “capturado” pela luta antimanicomial. Fundamentado no aporte teórico foucaultiano, situa o processo de constituição dos manicômios para discutir a emergência do movimento das reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil, bem como os limites e possibilidades de atuação da educação física no âmbito da saúde mental.

Dagoberto de Oliveira Machado desenvolve, a partir de uma experiência vivenciada ao acompanhar uma agente de saúde, uma reflexão sobre acessos. Em três movimentos discute: a formação que lhe deu acesso àquela vivência; o Programa de Saúde da Família como acesso do sistema de saúde; e a inserção na educação física de discussões relacionadas ao campo da saúde coletiva.

Alex Branco Fraga, Igor Ghelman Sordi Zibenberg, Rute Viégas Nunes, Felipe Wachs e Dagoberto de Oliveira Machado apresentam o processo de constituição do desenho investigativo e a agenda dos investimentos analíticos resultantes da pesquisa *Estilo de vida ativo versus sedentarismo: efeitos de um programa de promoção de atividade física e saúde na cultura corporal urbana*.

A *Carta de Porto Alegre* fecha o livro. Este material foi elaborado no “Seminário de Educação Física e Saúde Coletiva: inserção no SUS” realizado na capital gaúcha nos dias 23 e 24 de junho de 2006. O documento foi sistematizado por uma equipe indicada pelos participantes na plenária final do evento, visando ressaltar as contribuições que emergiram do debate que contou com a presença dos(as) autores(as) que assinam os textos deste livro.

Os textos aqui reunidos procuram fomentar políticas de formação, intervenção e pesquisa na zona fronteira entre educação física e saúde coletiva. Nossa intenção foi a de organizar um livro situado nesse *entre-lugar* que começa a ser aberto, de modo ainda incipiente, no mundo do trabalho e no universo acadêmico. Somos gratos ao Ministério do Esporte e à Editora da UFRGS por nos permitir dar vazão ao que aí vem sendo produzido para, quem sabe, de algum modo afetar (e sermos afetados) pelas produções que estão porvir. É, portanto, um “livro-convite”. Sintam-se convidados. Boa leitura!

Sumário

Educação física e saúde coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde.....	09
<i>Madel T. Luz</i>	
Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social.....	17
<i>Vera Maria da Rocha</i> <i>Carla Haas Centurião</i>	
A formação profissional em educação física enseja perspectivas (críticas) para atuação na saúde coletiva?.....	33
<i>Marcos Bagrichevsky</i>	
Singularidades da educação física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional.....	47
<i>Ricardo Burg Ceccim</i> <i>Luiz Fernando Bilibio</i>	
<i>Práticas corporais e comunidade: um projeto de educação física no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (Universidade de São Paulo).....</i>	63
<i>Yara M. Carvalho</i>	
Das possibilidades às incertezas: instrumentos para intervenção do profissional de educação física no posto de saúde.....	73
<i>José Geraldo Soares Damico</i>	
Educação física e o campo da saúde mental: uma reflexão introdutória.....	87
<i>Felipe Wachs</i>	
A educação física bate à porta: o Programa de Saúde da Família (PSF) e o acesso à saúde coletiva.....	99
<i>Dagoberto de Oliveira Machado</i>	

Significados de atividade física e saúde em caminhantes: das camadas metodológicas à construção de uma agenda analítica	113
<i>Alex Branco Fraga</i>	
<i>Igor Ghelman Sordi Zibenberg</i>	
<i>Rute Viégas Nunes</i>	
<i>Felipe Wachs</i>	
<i>Dagoberto de Oliveira Machado</i>	
 Carta de Porto Alegre.....	 127

Educação física e saúde coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde

Madel T. Luz

Introdução: origens deste tema de discussão a partir de atividades de pesquisa

Este artigo se destina a propor a profissionais e estudantes da área de conhecimentos e intervenções designada institucionalmente “grande área saúde” algumas reflexões sobre o papel estratégico da subárea de saberes e práticas denominada geralmente *educação física*, quanto a sua inserção tanto nos serviços públicos de saúde como na formação de profissionais do campo das ciências biomédicas. As reflexões dirigem-se, sobretudo, à subárea mencionada, no sentido de dotar este campo disciplinar de instrumentos úteis em relação à terapêutica, à prevenção de doenças e à promoção da saúde humana.

A proposta se apóia em interpretações de resultados observados em práticas corporais desenvolvidas pelo Grupo de Pesquisas Racionalidades Médicas e Práticas em Saúde no Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) desde fins da década passada.¹

A partir do ano de 1998, o segundo eixo deste grupo de pesquisas CNPq promoveu o estudo socioantropológico de várias práticas corporais, comumente denominadas “atividades físicas”. Entre as práticas observadas incluem-se algumas tradicionalmente pertencentes ao campo da educação física: a ginástica aeróbica, a hidroginástica, o alongamento, a musculação, além de outras que não pertencem à tradição ocidental, de exercícios envolvendo o corpo, mas crescentemente incorporadas ao conjunto de atividades da área, tais como a ioga, o *tai chi chuan*, a capoeira e a dança de salão, para mencionar as que estudamos em espaços abertos e em academias.

As técnicas de investigação da pesquisa, todas qualitativas, conforme a tradição das ciências sociais, incluíram observação participante, etnográfica, entrevistas estruturadas ou abertas com praticantes e profissionais, e documentação fotográfica e sonora.

Madel T. Luz é professora titular do Instituto de Medicina Social da UERJ, socióloga, doutora em ciências sociais pela Universidade de São Paulo (USP).

¹ O Grupo Racionalidades Médicas e Terapêuticas Alternativas, coordenado pela autora deste texto, iniciou suas atividades no IMS/UERJ em 1992, tornando-se grupo CNPq em 1994, tendo desenvolvido desde então três fases de atividades. Ver a página <www.racionalidadesmedicas.pro.br>, acessível também através do link <www.ims.uerj.br>.

Tais técnicas foram conduzidas, sob nossa orientação, por bolsistas de iniciação científica, de mestrado e de doutorado, no município do Rio de Janeiro, entre 1998 e 2004 inclusive.²

Foi realizado, também no mesmo período, como projeto de dissertação de mestrado, posteriormente tese de doutorado, um estudo antropológico sobre musculação e fisiculturismo por um aluno³ de pós-graduação do Grupo Racionalidades Médicas no Programa de Antropologia Social do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais (IFCS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

A finalidade básica deste eixo de pesquisas do grupo foi buscar sentidos e significados atribuídos por profissionais e praticantes às atividades corporais com relação à saúde. Durante o desenvolvimento, entre 1994 e 1997, a segunda fase da investigação tematizou relações entre racionalidades médicas e práticas terapêuticas, “complementares” ou não. Para além da demanda social por outras racionalidades médicas, ou por terapias alternativas, as atividades envolvendo exercícios corporais estavam em alta na sociedade civil brasileira, sendo buscadas por um crescente número de indivíduos de diferentes classes sociais. Evidenciou-se também, no material de pesquisa, que essa procura era estimulada não apenas pela cultura da *mídia* e pelos modelos simbólicos de corpo que propõe, mas pelos próprios profissionais da saúde, sobretudo os médicos. Com o conselho de desenvolver “atividades físicas”, pelo menos dois terços de nossos entrevistados foram encaminhados a várias modalidades, inclusive musculação (prevenção/combate da osteoporose, por exemplo) e aeróbica (perda de peso, controle de doenças cardiovasculares) mesmo em faixas etárias avançadas. Pudemos perceber, de acordo com a literatura da área de saúde coletiva, que o campo disciplinar biomédico atual inclui modelos ou paradigmas diversos de *saúde/doença*: um modelo de *combate/intervenção* diante das patologias; um modelo de prevenção das mesmas, centrado no controle de riscos, e um modelo de *promoção da saúde*, centrado na busca da conservação ou expansão da vitalidade humana, vista como totalidade irreduzível através de atividades e hábitos saudáveis em relação à alimentação, ao trabalho, à sociabilidade, à sexualidade e à vida emocional, ao lazer, enfim, ao viver em geral. Poderíamos mesmo levantar a hipótese do ressurgimento de um modelo neo-higienista, ou neovitalista no campo biomédico, assumido institucionalmente pelas organizações internacionais de saúde pública, como a Organização Mundial de

² As atividades de campo dos subprojetos do projeto desenvolveram-se, de fato, desde fins de 1997, e prolongaram-se até o primeiro semestre de 2005, com o estudo, por bolsistas de iniciação científica, de atividades artísticas, como o teatro e a dança, e seu papel terapêutico.

³ César Sabino, autor de textos sobre atividades corporais e fisiculturismo na cultura atual, alguns em co-autoria com a autora deste artigo, atual pesquisador associado do Grupo Racionalidades Médicas e Práticas em Saúde. O estudo que realizou teve co-orientação nossa, em função da proximidade com a abordagem do grupo.

Saúde (OMS), através de conferências mundiais e programas adotados nos últimos quinze anos, pelo menos.

É importante salientar neste momento que este “modelo” ou, se preferirem, “paradigma”,⁴ se rege por uma lógica inteiramente distinta da lógica hegemônica do combate (e mesmo prevenção) às patologias, tendendo a centrar-se na restauração ou expansão da vida do ser humano, visto como um todo indivisível, considerado parte e expressão, ao mesmo tempo, do meio ambiente natural, social, psíquico emocional e espiritual (pois a dimensão espiritual é considerada no modelo!).

Nossas questões de pesquisa (sentidos e significados) em relação às atividades “físicas” sobre a saúde defrontaram-se com essas transformações institucionais, culturais e pessoais em andamento na sociedade, evidenciando para os pesquisadores que a confluência destes “rios de significados” se encaminha para a mesma “foz”: as atividades corporais e sua crescente importância em relação aos processos de vida/saúde/doença. Em outras palavras, para empregar a expressão sociológica clássica, as atividades corporais voltadas para a saúde, mais que uma moda voltada para a “forma física”, ditada pela *mídia*, são um *fato social* complexo, presente na vida cultural contemporânea, que como tal suscita interpretações da parte das ciências sociais e humanas.

A educação física como campo complexo de conhecimento e intervenção voltado para o corpo e a saúde

Em primeiro lugar, deve ser ressaltada a complexidade desta área, pois embora esteja contemporaneamente situada no campo biomédico, na grande área da saúde, tendo disciplinas básicas comuns a todo este campo, tais como a fisiologia e a anatomia, partilhando inclusive o quadro epistemológico (conceitos e teorias) biomecânico moderno, a educação física é herdeira de um conjunto de saberes e práticas tradicionais ligado ao treinamento do corpo e/ou seu adestramento, que antecedeu a medicina moderna e a clínica das especialidades. Esses saberes/práticas podem estar ligados seja à tradição militar, seja ao esporte, seja à tradição circense, remontando a muitos séculos de atividade na cultura ocidental, e possivelmente há milênios em culturas orientais, tais como a da China e da Índia, através das artes marciais, por exemplo.

A destreza, nesse contexto, tanto pode estar ligada à habilidade pessoal ou de grupo, ou mesmo coletiva, podendo sinalizar harmonia e beleza dos

⁴ Ambos os termos, “modelo” e “paradigma”, são controversos no campo da saúde coletiva. Aqui são empregados como categorias analíticas que designam, ambas, estruturas discursivas mais ou menos fechadas, em termos de lógica, caracterizadas por apresentarem normatividade epistemológica (conceitos e teoria) em disciplinas ou áreas científicas.

corpos, caso das artes circenses e do desporto, como pode estar ligada ao treinamento militar para as guerras.

Uma outra tradição do campo biomédico, no plano das práticas, liga-se à dança, que em períodos históricos da cultura ocidental (Grécia e Roma antigas e Idade Média, por exemplo) associa as práticas corporais de ginástica e as acrobacias com as danças típicas da época: laicas, populares, ou “da corte”, ou religiosas.

Na Europa do século XVIII, aliás, dança, treinamento militar, equilibrismo, malabarismo e artes circenses conviviam culturalmente como formas sociais legítimas de adestrar e conferir habilidades ao corpo. Somente nos dois últimos séculos (XIX e XX) a prática da educação física, em termos de “atividade física”, é incluída como uma *disciplina*, no sentido teórico e prático, nos quartéis, nas escolas, no desporto, que se organiza institucionalmente em diversas modalidades, e em seguida nos hospitais, em termos de “reabilitação” (geralmente pós-cirúrgica), com finalidade terapêutica.

Em todos esses casos, o papel do “exercício físico” é dominante e está ligado, se seguirmos a linha de pensamento de Michel Foucault, à estratégia da submissão dos indivíduos à nação na história moderna, e ao dispositivo disciplinar dos corpos para a atividade produtiva, isto é, o trabalho.

A medicina terá um papel estratégico nesse contexto, organizando os saberes sobre o corpo sob sua hegemonia discursiva. Nesse processo o *corpus* de saberes e práticas denominado há menos de dois séculos como *educação física* passa a sofrer grande influência dos saberes da área médica, buscando durante o século XX legitimação científica, preferencialmente no campo biomédico, como todos os saberes relativos ao corpo, aliás, dada a autoridade e o poder discursivo deste campo. Certamente tem início aí um processo de transformações internas à área, com a “domesticação teórica” das práticas dando origem a um núcleo de disciplinas específicas, logo especializadas, reestruturando discursivamente a educação física como saber/prática científica, embasada em procedimentos rigorosos de protocolos e metodologia de pesquisa, sobretudo a partir da segunda metade do século recém-findo.

Mas o objeto de trabalho dominante da área, isto é, o corpo em movimento, através das *atividades corporais*, não pode ser ignorado, ou deixado em segundo plano, sobretudo na medida em que reúne diferentes tradições de práticas: o(s) esporte(s), a(s) ginástica(s), e a herança circense, que se remanifesta atualmente nas modalidades de equilibrismo, de saltos ornamentais, de ginásticas olímpicas, artísticas etc. Sobre esta complexidade de práticas todo um conjunto de discursos técnico-científicos vem sendo edificado nas últimas décadas, no sentido de unificá-lo em um campo único de saberes e práticas, a educação física. A formação dos profissionais dessa área vem ganhan-

do complexidade em ritmo diretamente proporcional à *complexificação* do campo. Seu papel na grande área da saúde, seja na prevenção de doenças crônicas e agudas, seja na recuperação terapêutica, ou na promoção da saúde, não cessa de aumentar. Entretanto, este crescimento não tem se traduzido, a nosso ver, em incorporação equivalente no Sistema Único de Saúde (SUS).

O campo da educação física, através da prática de inúmeras modalidades de exercícios corporais, bem como de atividades esportivas, também em grande desenvolvimento na sociedade brasileira nas últimas décadas, não tem tido, acreditamos, uma inserção significativa no campo biomédico, seja em termos da atenção à saúde, seja em termos da formação dos futuros profissionais do campo. Apenas os fisioterapeutas parecem ter, em sua graduação, a medida da importância, teórica e prática, da atividade corporal no processo saúde/doença, e em práticas saudáveis, coerentemente com o discurso médico.

Na sociedade civil brasileira cresce a cada dia a noção dessa importância, não apenas em função da importância cultural do corpo e sua “forma”, mas também, insistimos, através da crescente consciência social que muitas formas de adoecimento e morte podem ser evitadas apenas movimentando-se o corpo regularmente, e que modos de viver socialmente agradáveis, resultantes da prática grupal de atividades corporais, podem alegrar e expandir a vida, pela partilha social de valores de convivialidade.⁵

Possibilidades de intervenção da educação física no Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), em que pese a crônica insuficiência de recursos humanos, materiais, técnicos e mesmo administrativos que ainda hoje o caracteriza, sobretudo nos grandes centros urbanos, significou uma grande transformação na organização institucional da atenção à saúde da população nas duas últimas décadas. Fruto de uma histórica aspiração de sanitaristas, o sistema, institucionalizado em 1988, tem uma vocação universalista inegável, em uma era de retraimento de direitos sociais imposto pelo regime econômico e social característico do neoliberalismo. Seus princípios de descentralização, acessibilidade, equidade e integralidade no acesso e atendimento dos serviços, além da participação e controle social

⁵ Em análise de entrevistas, e no acompanhamento de praticantes de várias modalidades de exercícios (alongamento, hidroginástica, *tai chi chuan*, por exemplo) pudemos perceber, em nosso estudo, que a melhoria das condições de saúde dos praticantes, sobretudo os de faixas etárias mais avançadas (sessenta anos e mais) estava ligada não apenas à prática constante do exercício, mas sobretudo à partilha de relações e eventos sociais, de formas de convívio cordial das quais estavam afastados por sua condição social (aposentados, donas de casa etc.) ou orgânica (doenças crônicas). Certamente o mesmo raciocínio não se aplica aos jovens praticantes de diferentes atividades aeróbicas e fisicultura, cuja demanda dessas atividades, ligada a aspirações de *status* relativo ao corpo, está implicada no sistema dominante de valores culturais.

por usuários, reafirmam a vocação universalista do sistema, embora o financiamento das políticas de saúde continue enormemente deficitário diante da crescente demanda social, ocasionando muitas vezes um funcionamento caótico, com grande sacrifício para usuários e profissionais da rede, sobretudo em unidades metropolitanas.

Sendo municipalizado em termos de financiamento, gestão e prestação de assistência, o SUS tem alcançado melhor desempenho em municípios de pequeno e médio porte, embora dependa, tanto para a importância quantitativa como para a qualidade de seu atendimento, da vontade política das prefeituras, o que tem sido uma equação de difícil solução. Algumas municipalidades estão perfeitamente imbuídas da missão do poder público em relação à saúde (e às políticas sociais como um todo), enquanto em outras predomina ainda o espírito público pré-democrático tradicional brasileiro, em que estruturas informais de influências familiares, grupais ou político-eleitorais tomam o lugar de diretrizes gerais e normas do sistema, impedindo o avanço de programas, ou mesmo cancelando proposições e desativando programas vitoriosos de atenção e cuidado.

A inclusão de programas ousados, de caráter inovador, na atenção à saúde dos usuários do sistema, propostos e realizados às vezes por equipes profissionais pluridisciplinares é, entretanto, um dado incontestável no sistema, e vem se ampliando nos últimos dez anos. Essa inclusão assinala, por outro lado, uma incontestável disposição de mudança na histórica configuração hierarquizada e médico-centrada dos sistemas de atendimento à saúde.

A institucionalização de medicinas não ortodoxas, por exemplo, como a homeopatia, e a adoção de programas com terapêuticas naturais de comprovada eficiência no atendimento à população, seja a fitoterapia, a acupuntura, ou ainda outras formas de intervenção ditas “naturais”, incluindo práticas auxiliares de terapias,⁶ ligadas a outras racionalidades em medicina e saúde, tais como a ioga, o *tai chi chuan*, o *lian gong*, as massagens, ou mesmo atividades artísticas, empregadas como terapia na prevenção ou recuperação de grupos portadores de patologias ou deficiências específicas, dão ao Sistema Único de Saúde brasileiro um caráter revolucionário, talvez inédito no mundo.

Nesse contexto institucional é que se torna possível e necessária a inclusão de práticas corporais como parte integrante do sistema, tanto em relação à prevenção, como à recuperação e à promoção (expansão) da saúde. O profissional da educação física, quando voltado para a saúde, pode ser um membro da equipe tal como é o médico, o enfermeiro, o fisioterapeuta, o nutricionista etc. Atualmente a educação física tem alguma presença no

⁶ A aprovação recente, depois de quase dois anos de debates e polêmicas, da Política Nacional de Práticas Integradas e Complementares (PNPIC) em saúde, é mais uma demonstração da vontade política inovadora do SUS.

setor educacional, através da rede escolar, mas muito pouco dessa presença influirá realmente na vida adulta dos alunos.

O profissional volta-se então para as academias de ginástica, ou para os clubes esportivos. A presença deste campo nas áreas de saúde e educação, entretanto, é muito importante, diante do quadro sanitário mundial, em que a maior parte das doenças crônicas da população está associada ao regime alimentar e ao sedentarismo, desde a infância.

Do nosso ponto de vista, a presença das atividades corporais ligadas à educação física no sistema de saúde é ainda incipiente, podendo se ampliar significativamente, tanto na área de prevenção como de recuperação da saúde. Os espaços físicos necessários não precisam confinar-se naquele reconhecidamente restrito das unidades de saúde, podendo utilizar espaços públicos alternativos, como pátios, praças e jardins.

Para que isso aconteça, entretanto, é necessário que tanto gestores como profissionais e estudantes tomem consciência deste papel da educação física e reajam proativamente.

A educação física e a formação dos profissionais para a área da saúde coletiva

Além de uma “consciência sanitária”, é muito importante que os profissionais da educação física presentes e futuros no campo da saúde tenham em mente uma diferença fundamental de funções quando se trata da saúde coletiva, pois não se trata de “treinar” (caso do desporto) ou de “adestrar” (caso da maioria das ginásticas), talvez nem mesmo de “habilitar” (caso da educação escolar) o corpo dos praticantes para o desempenho de atividades físicas, mas, na maioria das vezes, simplesmente, através da atividade, colocar em contato com seu próprio corpo pessoas que jamais se detiveram para “senti-lo” ou “ouvi-lo” como algo seu, vivo, pulsante, com capacidades e limites; tratá-lo como a “sua casa”, para empregar o termo usado por praticantes de meditação.⁷

Esta visão ampliada de parte dos profissionais e alunos da educação física exige que tenham uma percepção do corpo que supere a do modelo biomecânico, e incluam nas suas concepções de corporeidade as categorias de *saúde, vida e vitalidade*, como expressão de um todo que não se esgota no “físico”. Incluímos, mesmo nos movimentos mais usuais de nosso existir como o andar, a dimensão cognitiva, emocional e social, implicada em nossos hábitos culturais e de classe e, em se tratando de praticantes de certas ativi-

⁷ Tivemos o depoimento de uma aluna fisioterapeuta que sua maior dificuldade em tratar pessoas atingidas por deficiências ou doenças crônicas era a incapacidade que tinham de simplesmente respirar! Os pacientes não só ignoravam ser um ente vivente corpóreo, como não conseguiam desempenhar sua primeira função básica, a original!

dades corporais, como o *tai chi chuan*, a ioga, o *chi kun*, e a meditação, entre outras, a dimensão espiritual como parte mais importante do ser vivo.

Assim, cada gesto ou ação corpórea humana literalmente *põe em movimento* uma complexidade irredutível à física newtoniana, dominante no modelo biomecânico. Modelo hegemônico no ensino das profissões da área da saúde, inclusive na educação física, que dificulta o acesso a outras percepções e concepções do corpo e do movimento humanos. Assim como outras percepções e concepções de saúde, vitalidade e autonomia, como sinonímia possível no ensino de graduandos para sua posterior intervenção no campo da saúde.

Acreditamos, ao finalizar este artigo, que modificações no ensino da graduação da área biomédica serão necessárias para a melhor integração da educação física no campo da saúde coletiva. Com a palavra os atores: pesquisadores, professores, alunos da área.

Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social

Vera Maria da Rocha
Carla Haas Centurião

Introdução

É possível, ao longo das últimas décadas, observar algumas mudanças no cenário da saúde pública brasileira. Desde a reforma sanitária iniciada em meados dos anos 1970, passando pela legalização e normatização da saúde como direito constitucional, vimos aos poucos essas mudanças sendo refletidas no contexto das políticas públicas e, de forma mais tímida, nos cursos de graduação. Avanços que, se por um lado representam garantias legais, por outro não estão tão visíveis na prática cotidiana dos serviços prestados e na formação do profissional de saúde. Alguns fatores podem ser apropriadamente indicados como determinantes de uma postura conservadora diante das mudanças que se impõem no contexto atual dos cursos de graduação na saúde: forças políticas e corporativas; mercado de trabalho com valorização tecnicista, desarticulação dos docentes vinculados aos cursos de saúde, precárias condições de alguns serviços, entre outros aspectos (Feuerwerker, 2002).

Lançando o olhar para o processo de formação do profissional, pode-se visualizar, além dos fatores já citados, o predomínio da *medicalização* de problemas de ordem social, abordagem clínica compartimentalizada e a ótica da doença prevalecendo sobre uma abordagem sistêmica. A orientação prevalente nas academias, com características do início do século passado, tem mantido bases curriculares que atribuem maior destaque para o estudo, análise e resolução de quadros centrados na patologia. O novo perfil epidemiológico que se compõe por enfermidades relacionadas ao fazer e viver das pessoas requer uma intervenção complexa e integral, mais voltada para uma saúde promotora do autocuidado, demandando ações que incorporem no cotidiano da *assistência* princípios sociais, formativos e educativos. Não se trata, em absoluto, de negar os avanços que a tecnologia provocou no campo do diagnóstico e no campo terapêutico; porém, restringir a formação de profissionais ao modelo hegemônico médico-centrado pode resultar em uma

Vera Maria da Rocha é mestre em ciências do movimento humano; doutora em educação e especialista em ativação de processos de mudanças na formação superior de profissionais da saúde. É também professora da Escola de Educação Física da UFRGS e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFRN. **Carla Haas Centurião** é mestre em educação e especialista em ativação de processos de mudanças na formação superior de profissionais da saúde. É coordenadora do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e do Núcleo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria (RS).

distância cada vez maior entre os profissionais da saúde e as reais necessidades de saúde de nossa sociedade (Rocha, 2002).

Outro aspecto que Feuerwerker (2002) e Feuerwerker, Llanos e Almeida (1999) destacam sobre o processo de formação se refere à ausência de questões relativas à gestão e organização do setor saúde, mantendo-se distante do controle social, eixo estruturante do modelo de saúde nacional. Controle social, nesse contexto, significa um direito e um dever da sociedade de participar de todas as instâncias envolvidas nas políticas de saúde, desde os debates e decisões sobre suas formulações até aspectos de execução e avaliação (Ceccim; Feuerwerker, 2004b).

Lado a lado, ou como parte do controle social, situamos como atores e interlocutores os profissionais da saúde, de todos os níveis de formação, envolvidos no cuidado, particularmente àqueles de formação superior das 14 profissões determinadas pela Resolução nº 287, do Conselho Nacional de Saúde, a saber: biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional (Brasil, 1998). De forma geral, as características que permeiam esses cursos determinam um perfil de profissional tecnicamente habilitado, voltados para ações fragmentadas, de cunho prioritariamente assistencialista e com escassas manifestações de compromisso social capaz de promover a autonomia sanitária dos cidadãos sob seus cuidados. Quando se discute formação, competência e responsabilidade, trata-se, portanto, de olhar para as práticas inseridas no campo da formação que influenciam diretamente o campo da atenção.

O modelo biomédico

Ao analisar o modelo hegemônico de formação, não se pode deixar de considerar a influência do paradigma cartesiano sobre todas as áreas de conhecimento que pretendiam ter o caráter científico. Foi sob a influência do “método” que a ciência biomédica estabeleceu suas novas diretrizes: eliminação da dúvida; compreensão do todo a partir de suas partes; hierarquia de saberes; enumeração para replicação. Outro legado cartesiano que influenciou a prática biomédica se refere à valorização da mente em detrimento à matéria, estabelecendo um dualismo na concepção da natureza, de forma que de um lado está o *res cogitans*, “a coisa pensante” e, do outro, o *res extensa*, “a matéria”, o corpo. (Prigogine, 2001, p. 23).

Sobre a formação médica brasileira, pode-se afirmar que o marco na sua estruturação tem origem nos Estados Unidos, no início do século passado, a partir de estudos realizados por solicitação da *American Medical Association*, a qual encomendou uma pesquisa nacional sobre as escolas de medicina com

o objetivo de dar a esse ensino uma sólida base científica, além do interesse em canalizar verbas de fundações recém-estabelecidas (Carnegie e Rockefeller) para algumas instituições médicas cuidadosamente selecionadas (Pellegrino, 1987).

O objetivo do estudo era, a partir de seus resultados, reformular o ensino médico de acordo com os ideais de cientificidade que eram preconizados naquela época, substituindo o treinamento baseado na observação empírica pelo rigor objetivo e técnico da metodologia científica. Baseando-se nas ciências naturais, o movimento científico que norteou essa pesquisa foi o positivismo característico dos estudos biológicos no final do século XIX e início do século XX, que tiveram por base o modelo cartesiano-newtoniano (Rocha, 2002). Em 1910, sob a orientação de Abraham Flexner, foi publicado o Relatório Flexner como resultado dessa pesquisa, considerada uma das maiores pesquisas envolvendo o ensino médico americano e canadense.

Além de ajustar o processo de formação em medicina aos preceitos estabelecidos pela ciência, havia indicativos econômicos que propunham atividades profissionais baseadas na produção capitalista, visando prioritariamente o lucro. Segundo alguns estudiosos, esse fato estabeleceu o vínculo entre a medicina e o *big business* que ainda hoje predomina no contexto de assistência à saúde (Centurião, 1997; Capra, 1995).

O desenvolvimento do pensamento científico, a prevalência do dualismo cartesiano entre corpo/alma, o *medical business* e suas influências sobre o ensino médico trouxeram mudanças que reforçaram a forma de atuação dos profissionais da saúde, suas relações e concepções sobre o corpo, sobre o processo saúde-doença. Para Merhy (2006, p. 119), o atual modelo hegemônico de saúde pode ser caracterizado como “liberal-privativista” no qual o usuário é reduzido a um corpo, individual ou coletivo, que porta problemas apenas identificáveis pelos saberes previamente estruturados, o que produz uma objetivação do usuário e do profissional, limitando-os a “cumpridores de rituais” e não como sujeitos da ação e da relação de cuidado. Ao longo da história, essa influência foi e continua sendo determinante do conjunto de saberes e competências ligados aos profissionais, principalmente aqueles inscritos historicamente no campo da “reabilitação” como a fisioterapia, a terapia ocupacional, a fonoaudiologia, entre outros tantos da área da saúde.

Outro aspecto importante a destacar no estudo das escolas médicas proposto por Flexner se relaciona a organização dos cursos: quatro anos como tempo mínimo de formação; currículo estruturado com uma sólida formação em ciências básicas (anatomia, bioquímica, bacteriologia, farmacologia, fisiologia, histologia, embriologia, microbiologia e patologia), centralização do ensino em práticas hospitalares, centros de formação médica atrelados às universidades, inclusão de pesquisas no âmbito do ensino. A ciência e a pesquisa a serem desenvolvidas deveriam inserir-se no contexto biomédi-

co reducionista; em especial, tinham que ser dissociadas de preocupações sociais, consideradas fora das fronteiras da medicina e do alcance científico.

O desenvolvimento do ensino em ambientes hospitalares constituiu-se uma exigência, pois a prática médica deveria desenvolver-se em ambiente no qual estivessem disponíveis as mesmas tecnologias já existentes para os diagnósticos e tratamentos, tornando, dessa forma, o hospital o local ideal para a aplicação da prática clínica (Chaves; Kisil, 1994). Essas características, somadas a uma concentração em partes cada vez menores do corpo, fizeram e ainda fazem com que a medicina moderna perca de vista o paciente como ser humano integral, dificultando a compreensão da interdependência de corpo e mente (Rocha, 2002).

A grande influência do modelo proposto por Flexner na América Latina está relacionado ao fato de que, após a Segunda Grande Guerra, houve um significativo aumento de professores e pesquisadores latino-americanos formados nos Estados Unidos, favorecendo a hegemonia do modelo flexneriano. Como resultado dessa influência, ocorreu uma canalização de verbas provenientes de grandes corporações americanas no fomento de pesquisas e de novas tecnologias e medicamentos. Houve uma uniformização e padronização dos atos médicos, tendo por base uma tecnologia altamente sofisticada e com prevalente instituição de terapêuticas cirúrgicas e medicamentosas. A centralização da atenção hospitalar favoreceu a pouca ênfase dada à prevenção e à atenção ambulatorial, com supervalorização da medicina de caráter curativo e hospitalar centradas na doença e no individual (Chaves; Kisil, 1994).

É importante ressaltar que os avanços oriundos dessa abordagem científica não podem ser desconsiderados nem relegados a um nível secundário. A descoberta de novas drogas, a erradicação de doenças, o controle de epidemias, novas e modernas técnicas cirúrgicas sem dor, transplantes de órgãos nobres, próteses funcionais e estéticas de alta complexidade e por fim as clonagens terapêuticas estão entre os benefícios que podem ser apontados como consequência da influência dos preceitos propostos e do desenvolvimento científico da medicina (Rocha, 2002).

A lógica formadora

A lógica da formação profissional e da atenção centradas na doença conduzem a uma noção de saúde relativa apenas aos aspectos orgânicos, analisados por suas especificidades anatomofisiológicas, tratados de acordo com os sinais e sintomas manifestos, requerendo, para sua resolutividade, uma intervenção em ambiente hospitalar, após uma série interminável de exames que utilizem aparatos instrumentais de alta complexidade tecnológica.

A formação profissional sob a lógica da doença tem um grande investimento da indústria da *medicalização*. Podemos sistematizá-la da seguinte forma:

- *Lógica da doença*
 - órgãos;
 - sistemas orgânicos;
 - sinais;
 - sintomas;
 - seqüelas;
 - *medicalização*;
 - ambiente hospitalar.

A importância dada à revolução científica e sua influência na área da saúde têm favorecido uma atenção centrada na doença e nos aspectos curativos. O indivíduo, a coletividade e os aspectos educacionais e preventivos são relegados a um segundo plano, já que para esses, necessariamente, é preciso levar em consideração a história, as condições emocionais, sociais, culturais e econômicas, que são parte e construção da saúde e da doença, porém não são temas que compõem a base formadora.

Pinheiro (2001), ao analisar as práticas do cotidiano na relação oferta e demanda de serviços como possibilidade de um espaço para construção da integralidade, evidenciou questões que se relacionam com a natureza das causas dos problemas de saúde referidos pela população na busca por serviços de saúde e com a forma de resolvê-los. A autora observou que a natureza das causas dos problemas de saúde possui fatores que cruzam campos de conhecimento distintos do campo biomédico, portanto desenhando uma complexidade a ser compreendida. Para a resolução dos problemas, as respostas apontaram para “soluções terapêuticas” e “soluções sociais”, como se ambas fossem excludentes e confinadas em áreas de conhecimento isoladas. Segundo a autora, com base nos estudos de Camargo Jr. (1993), há na prática ocidental da biomedicina um esforço para objetivar a doença do sujeito, destacando-a da pessoa enferma.

Numa crítica ao modelo atual de saúde, Merhy (2006, p. 118) faz referência que nele o “usuário – individual e/ou coletivo – deve se tornar um mero objeto depositário de problemas de saúde que só poderão ser reconhecidos pelos saberes que o modelo legitimar”. Para o autor, esse modelo médico centrado trata a todos de forma impessoal, como se as pessoas fossem um objeto e sem compromisso. Os modelos de atenção e de formação parecem não contribuir para uma prática em saúde que considere o outro sujeito de um processo pessoal e social que lhe determina a maneira de ser na

vida. Verificam-se poucas e pontuais iniciativas que favoreçam práticas em saúde que respeitem o homem como “ser” (verbo e substantivo) bioantropossocial e a doença como um processo que manifesta um descompasso entre todos esses fatores.

Minayo (1998) chama a atenção para algumas características a serem observadas ao pensar o complexo saúde/doença num contexto social:

[...] Como qualquer tema abrangente do cultural, a saúde só pode ser entendida dentro de uma sociologia de classe. Porém, dentro de uma sociologia de classe que: a) possua instrumentos para perceber o caráter de abrangência das visões dominantes (pois as classes se encontram entre si, no seio de uma sociedade em relação e com problemas de aculturação recíproca); b) perceba também a especificidade dos sistemas culturais e de subculturas dominadas em suas relações contraditórias com a dominação; c) defina a origem e a historicidade das classes na estrutura do modo de produção; d) conceba sua realização tanto nos espaços formais da economia e da política como nas matrizes essenciais da cultura como a família, a vizinhança, os grupos etários, os grupos de lazer etc., considerando como espaços inclusivos de conflito, contradições, subordinação e resistência tanto as unidades de trabalho como o bairro, o sindicato como a casa, a consciência como o sexo, a política como a religião. (Minayo, 1998, p. 15)

Considerar o processo saúde-doença para além das causas orgânicas, ou seja, compreender principalmente a saúde como socialmente determinada, exige a ampliação do olhar e a mobilização de outros saberes que não apenas os classicamente pautados na concepção biomédica. Para Liberalino (2004, p. 2), significa que, além das habilidades técnicas, são necessárias “tecnologias” que assegurem a integração “entre os conhecimentos científicos e empíricos, aos demais saberes contidos nas vivências e interações estabelecidas com a população em nossa prática cotidiana”.

Ao tentar estabelecer uma outra lógica para orientar a formação no contexto da saúde, pode-se visualizar uma estrutura que mantém a referência no indivíduo e seu organismo, porém centra-se em sua potencialidade e se expressa no próprio espaço social no qual esse indivíduo vive. A formação sob a ótica da saúde tem como foco o(s) sujeito(s) em seu(s) espaço(s) de vida. Sumariamente podemos:

- *Lógica da saúde*
 - sensações, percepções, movimento e cultura;
 - ação;
 - função;
 - expressão;
 - autonomia;
 - espaço social/espço de vida.

Esta lógica proposta desloca o profissional para uma realidade um pouco distinta do contexto hospitalar, já que no mesmo dificilmente teríamos reproduzido a complexidade dos demais espaços, no qual fatores ambientais, sociais, familiares, econômicos desenham perfis de saúde. No ambiente hospitalar, tal como normalmente ocorre, a realidade se limita aos aspectos biológicos e respostas orgânicas dos organismos, sem a busca de uma compreensão ampliada para o quadro nosológico apresentado.

Para melhor compreender a lógica da saúde proposta, primeiro é necessário ter clara qual a concepção de saúde que a orienta. Nesse caso, se trata da compreensão de saúde enquanto qualidade de vida que depende não apenas de questões biológicas, mas também do que está disponibilizado ao sujeito para estabelecer seu estilo de vida, ou seja, saúde como um direito universal e socialmente construído, devendo estar ao alcance de todas as pessoas indistintamente (Brasil, 2005).

Minayo (1998) propõe que a saúde, enquanto questão humana, é existencial e se constitui em uma problemática compartilhada por todos os segmentos sociais, sendo para esses uma resultante da complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e da atribuição de significados dos referidos segmentos, os quais são levados a pensar, a sentir e agir com relação à saúde, de acordo com as condições de vida e de trabalho que são oferecidas pelo meio no qual estão inseridos.

Deslocando o foco da doença para além da dimensão biológica, coloca-se em evidência o contexto e as situações relacionais, subjetivas e sociais (da microfamília à macrosociedade), trazendo para o campo da formação um novo conjunto de saberes que se agrega à clínica. Campos (2005), ao indicar algumas diretrizes para o ensino médico na rede básica, propõe uma reformulação do saber e da prática tradicional incorporando conceitos e ferramentas de áreas como a saúde coletiva, saúde mental, ciências sociais e de outros campos de conhecimento que permitam uma intervenção integral que considere a complexidade do processo saúde-doença e o trabalho em equipe. A lógica e as dimensões incluídas nesse modelo fortalecem a idéia de que “lidar” com a saúde requer uma antecipação aos riscos, prática integral, intra, inter, multidisciplinar e multiprofissional, já que esse universo de conhecimento dificilmente será dominado por um único “super” profissional.

A compreensão dos limites da ação uniprofissional, neste contexto, é apontado por Feuerwerker (2003) como um importante fator na prática de uma atenção integral, ou seja, a ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações. Destaca ainda que a atenção integral implica mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde (para que efetivamente constituam uma equi-

pe multiprofissional) e entre profissionais de saúde e usuários (para que se amplie efetivamente sua autonomia).

É importante compreender que o princípio de integralidade é exercido por meio de um olhar atento, capaz de apreender as necessidades de ações de saúde no próprio contexto de cada encontro entre as pessoas e os membros da equipe de saúde. Segundo Mattos (2004, p. 1413), o princípio de integralidade inclui a possibilidade de articular ações preventivas e assistenciais envolvendo um duplo movimento por parte dos profissionais: “apreender de modo ampliado as necessidades de saúde” e “analisar o significado para o outro das demandas manifestas e das ofertas que podem ser feitas para responder as necessidades apreendidas, tendo em vista tanto o contexto imediato do encontro como o contexto da própria vida do outro [...]”.

Sob o ponto de vista da integralidade, portanto, não se pode reduzir o sujeito à doença que lhe provoca sofrimento; contrariamente, deve-se recorrer à perspectiva da intersubjetividade para levar em conta tanto o conhecimento sobre as doenças (chamaríamos de conhecimento técnico) quanto o conhecimento (que não necessariamente temos) sobre os modos de “andar a vida daqueles com quem interagimos nos serviços de saúde” (Mattos, 2004, p. 1413). Note-se que não se trata de apreender tudo; não se trata de uma postura holística. Trata-se mais de um exercício de seleção negociada do que é relevante para a construção de um projeto de intervenção capaz de dar oportunamente respostas ao conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde.

Observe-se que a integralidade vem sendo apontada como eixo norteador da atenção à saúde, inclusive sob aspectos legais, pois é constitucionalmente um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua concepção envolve tanto os aspectos preventivos, educacionais e terapêuticos quanto informações para orientar uma formação que possibilite essas práticas (Ceccim; Feuerwerker, 2004b). Destacam-se, neste caso, alguns desafios para a orientação do processo formador no sentido de desenvolver competência para práticas integrais. Dessa forma, surgem alguns questionamentos: como avançar nesta proposta, colocando o princípio da integralidade como eixo estruturante do processo de formação de profissionais de saúde? Quais as competências capazes de evidenciar uma formação cidadã?

As diretrizes curriculares e a formação por competência

A partir de uma concepção ampliada de saúde, ou seja, para além das bases biológicas, depreende-se do que até agora foi apresentado para um novo perfil profissional, a necessidade de incorporar ao processo formador novas formas de conceber, também a educação, principalmente quando nos referimos à formação de profissionais da saúde.

Segundo Cecílio e Puccini (2004), não basta assumirmos um posicionamento crítico com relação ao conceito de saúde e à prática dos serviços; há uma exigência para que, tendo como partida um conceito amplo de saúde, se organizem formas que permitam a consolidação de uma ação cuidadora integral, como o direito de cidadania. Observa-se, portanto, que, além do domínio técnico, necessita-se de profissionais que apresentem uma formação generalista, cidadãos capazes de integralmente prestarem atenção à saúde de outros cidadãos, que saibam trabalhar com/em equipes e que sejam prestadores de uma atenção humana e sensível (Almeida, 2003; Brasil, 2002).

Questionam-se, nesse caso, quais elementos são requeridos para atender esse novo perfil? O que, a partir das diretrizes curriculares nacionais para a área da saúde, tem sido disponibilizado para orientar a formação desse novo profissional? Como, estrategicamente, podemos orientar o processo para esse resultado final?

Para Ceccim e Feuerwerker (2004b), as diretrizes curriculares se tornaram um importante passo para dirigir e produzir reflexões sobre a necessidade de mudanças no processo de formação, pois a proposta favoreceu a flexibilização na organização dos cursos e os orientou para assumirem um maior compromisso com a sociedade. Houve, para sua definição, uma mobilização no sentido de romper com o modelo biomédico, especializado, biológico, *medicalizante* e *hospitalocêntrico* anteriormente descrito. Foi possível, de acordo com os autores, observar nas diretrizes curriculares aprovadas, que as profissões, de forma geral, concordaram inteiramente com a ruptura ao modelo de currículo mínimo obrigatório para as carreiras, instituindo, a partir daí, a noção de *diretrizes* como indicadores que permitem que a formação de profissionais de saúde adote uma perspectiva transformadora.

Ao observar o texto inicial das diretrizes curriculares dos cursos da saúde é possível verificar, em quase todas, o compromisso textual de que a formação do profissional de saúde deve contemplar o *sistema de saúde vigente no país*, o *trabalho em equipe* e a *atenção integral à saúde*.¹ Outros cursos foram além, reafirmando a orientação da formação com ênfase no SUS, como é o caso da formação de farmacêuticos, nutricionistas e de enfermeiros.

Da ênfase no SUS surge a necessidade de orientar a formação pelos seus princípios doutrinários, ou seja, para a prática que garanta a universalidade, equidade e integralidade da atenção. Mas, para além da orientação pelo sistema, outros componentes apresentados pelas diretrizes curriculares que deverão, ao longo do tempo, repercutir sobre as práticas em saúde, se refe-

¹ Formação de biomédicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, odontólogos e terapeutas ocupacionais, excetuando-se, de acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004a), os cursos de medicina veterinária, psicologia, educação física e serviço social.

rem à formação por competência, ao perfil generalista crítico e reflexivo e à educação permanente, o que implica a mudança da concepção de educação e no papel que os atores envolvidos no processo desempenham.

As diretrizes propõem uma formação em que se visualizem atitudes, habilidades e competências que estão diretamente ligadas entre si. As atitudes referem-se ao comportamento adotado diante das mais diversas situações, expondo os valores éticos que cada ser traz em si: atitudes de respeito ao ser humano, de justiça, de observância aos direitos socialmente conquistados, entre outros aspectos. As habilidades demandam conhecimento técnico e podem ser desenvolvidas e executadas em ambientes experimentais descontextualizados e podem ter apenas a intenção de sua execução e aprimoramento motor. A competência, por sua vez, exige conhecimentos, habilidades e contextualização – exige a capacidade de ajustes e decisões em tempo e situação reais (Ropé; Tanguy, 1997; Rocha, 2002).

Lima (2005) afirma que apesar de ter sido bastante debatido nas últimas décadas, o termo competência continua polissêmico e, no contexto educacional, é discutido sob três abordagens distintas, resumidamente: uma em que competência é entendida como um conjunto de atributos pessoais; outra vinculada aos resultados observáveis e outra denominada “competência dialógica” (p. 371) que combina atributos pessoais e ações visando um determinado resultado em contexto específico. Este conceito trabalha com o desenvolvimento de capacidades e atributos cognitivos, psicomotores e afetivos que, combinados, determinam formas distintas de realizar, com sucesso, ações características de uma dada prática profissional. Pressupõe, segundo a autora, a construção de significado na integração teoria e prática, pois é na reflexão e na teorização a partir das ações de prática profissional, desenvolvidas em ambiente real de trabalho, que os atores do processo ensino-aprendizagem (docentes, estudantes, profissionais de serviço, usuários) constroem e desenvolvem suas potencialidades e capacidades de resolver os problemas que cotidianamente afetam a saúde das pessoas.

Obviamente que a abordagem por competência impõe e reconfigura o papel do professor, do estudante e do próprio espaço institucional de ensino e trabalho, assim como coloca em destaque o usuário, que passa a participar ativamente do processo. Nessa abordagem, o professor assume o papel de facilitador, a aprendizagem foca-se no estudante, tornando-o co-responsável pelo seu próprio processo; o estudante, sob essa ótica, tem papel ativo na construção dos saberes e o usuário é o sujeito social incorporado na construção do conhecimento e na produção da saúde.

Numa formação que se proponha capaz de gerar profissionais reflexivos e críticos, comprometidos com sua realidade, transformadores de práticas cristalizadas pela falta absoluta de avaliação de seus resultados, a avalia-

ção deve ser ressignificada e, para o estudante, assume caráter formativo, permitindo a correção da trajetória no processo formador. Considerando-se que competência requer ambiente real de trabalho, a inserção do processo de formação no contexto dos serviços deve determinar uma reflexão constante sobre as práticas desenvolvidas, levando, nesse caso, a um permanente questionamento e educação em serviço, fato que caracteriza a educação permanente em saúde (Brasil, 2005).

A Rede Unida, movimento social que participou ativamente dos debates sobre as diretrizes curriculares nacionais, encaminhou algumas orientações no que se refere às competências gerais exigidas para o novo perfil profissional, as quais, de forma geral, estão inseridas nas propostas de várias profissões da saúde. Destacam-se as categorias da atenção à saúde, ou seja, a capacidade para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, em níveis individual e coletivo, assegurando uma prática integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Refere-se, neste caso, a observância de alto padrão de qualidade e dos princípios da bioética (ética da vida) na oferta de seus serviços, chamando a atenção para o fato de que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde (Almeida, 2003).

Outra competência geral proposta se refere à capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas, requerendo habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada no cuidado à saúde. A comunicação também foi sugerida como uma competência que evidencia profissionais acessíveis, capazes de ultrapassar as barreiras culturais na interação com os diferentes pacientes, grupos e comunidades. Os profissionais devem estar capacitados a interagir e articular-se com outros profissionais de saúde, mantendo a confidencialidade das informações a eles confiadas.

Liderança é outra competência a ser desenvolvida e que se manifesta no trabalho em equipe. Envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidades para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz. Refere-se à administração e ao gerenciamento de unidades e serviços, devendo o profissional estar preparado para o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos, materiais e de informação, quanto para serem gestores, empregadores, empreendedores ou lideranças na equipe de saúde.

A educação permanente indica que os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, ou seja, o aprender a aprender é a premissa a orientar a formação, de tal forma que os questionamentos surgidos a partir da realidade dos serviços permitam uma reflexão crítica sobre as práticas em saúde

para transformá-las em ações cidadãs em que todos aprendem. A educação permanente, nesse caso, deve ser compreendida como “aprendizagem no trabalho que acontece no cotidiano das pessoas e organizações” (Brasil, 2004; 2005).

Mesmo sem considerar as diretrizes curriculares como única matriz a orientar o processo de formação profissional, observa-se na proposição das competências gerais uma força em direção à mudança, pois o perfil profissional nela expressa impõe nova construção epistemológica para os saberes da saúde. Numa organização curricular orientada por competências, vimos a urgente necessidade de fundamentação política-humanística e social, mudanças na matriz de conteúdos integrando-os, redistribuição equilibrada, de fato, entre teoria e prática, metodologias ativas e novos cenários de aprendizagem, entre outros fatores. A integração entre ensino, pesquisa e extensão, a organização dos conteúdos levando em consideração dados epidemiológicos, a terminalidade da graduação de forma a garantir uma formação geral e que incentive o aprender por toda a vida e a grande contribuição que o usuário é capaz de trazer para o interior dos serviços e escolas formadoras não podem ser desconsiderados. Essas diretrizes, orientadas pelo eixo da integralidade e para a lógica da saúde, fortalecem o compromisso com a vida.

Considerações finais

Pode-se concluir que a formação de profissionais da saúde deve ter como finalidade a qualidade da atenção à saúde das pessoas, não podendo, dessa forma, ficar restrito ao ambiente educacional ou ao ambiente hospitalar. Os espaços do serviço, da gestão e do controle social passam a ser cenários de ensino, de aprendizagem, de práticas de saúde e de produção de conhecimento.

No que se refere à educação, tal processo de alta complexidade trata de estabelecer a formação profissional e não apenas a informação, como durante muito tempo os currículos engessados se apresentaram. Um dos aspectos que julgamos primordial a ser considerado ao estabelecer uma dinâmica de trabalho nesta confluência saúde-educação diz respeito aos novos paradigmas que orientam as ciências. Tanto o espaço científico como o espaço social sinalizam para um diálogo próximo entre objetividade e subjetividade, entre individualidade e coletividade e entre o quantitativo e qualitativo. Entendemos que o processo não é excludente, portanto, a construção deve ser coletiva e compartilhada em idéias e ideal, permitindo que tanto os aspectos objetivos da formação (projeto político-pedagógico, estrutura e organização curricular, organização dos serviços, etc.), quanto os subjetivos (significados e expectativas de cada um dos atores sobre o processo) possam ser expressos, sistematizados e operacionalizados.

Um dos eixos integradores dos processos educativos apresentado em algumas experiências que articulam distintos conteúdos e campos disciplinares tem sido as práticas organizadas a partir das necessidades de saúde das pessoas. Nesse caso, o conhecimento da “realidade”, o encontro com o outro, o conhecimento construído nesse encontro, a escuta qualificada e as ações compartilhadas se tornam elementos constitutivos para formar cidadãos com responsabilidade social.

Esse reconhecimento espalha-se como rastilho de afetividades e de necessidades radicais dos indivíduos, contaminando a atmosfera tonal do convívio cotidiano com uma nova força estruturante e de defesa dos princípios do direito à saúde. Integralidade e cuidado reúnem, portanto, em um mesmo novo princípio, uma nova tendência de reconhecimento do outro, um direcionamento da materialização do direito à saúde que não é mais a simples soma aritmética de aspectos técnicos das ações de saúde. (Cecílio; Puccini, 2004, p. 1351)

Por fim, ratificando a importância da integralidade enquanto eixo estruturante da formação e da atenção à saúde, faz-se necessário compreender que a integralidade do cuidado não é uma simples junção técnica das atividades preventivas e curativas, individuais e coletivas, mas sim necessita do reconhecimento e da valorização do encontro “único” entre as pessoas, que se processa no necessário convívio do ato cuidador.

Referências

ALMEIDA, M. (Org.). *Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde*. Londrina: Rede Unida, 2003.

BRASIL. Ministério de Educação. *Diretrizes Nacionais dos Cursos Superiores*. Brasília: MEC, 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 198/2004*, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <www.saude.gov.br/sgtes>. Acesso em: 13 ago. 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Resolução do Conselho Nacional de Saúde*, n. 287, Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *A Educação Permanente entra na roda: Pólos de Educação Permanente em Saúde: Conceitos e caminhos a percorrer/ MS/SGTES/ DEGES/2*. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CAMPOS, G. W. S. *Diretrizes para o ensino médico na rede básica de saúde*. Documento preliminar. Abril, 2005. Disponível em: <www.abem_educmed.org.br/pdf/doc_gastao.pdf> . Acesso em: 19 set. 2006.

CAPRA, F. *O ponto de mutação*. São Paulo: Editora Cultrix, 1995.

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

_____. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004b.

CECÍLIO, L. C. O.; PUCCINI, P. T. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, set./out., 2004.

CENTURIÃO, Carla Cristina. *Prevenção em Fisioterapia: um estudo da formação profissional no Estado do Rio Grande do Sul*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 1997.

CHAVES, M.; KISIL, M. Origens, concepção e desenvolvimento. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, Laura e Llanos. *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. Tomo 1. Um olhar analítico. Tradução Adja Barbieri Durão...[et al.]. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Eduufjrj, 1994.

FEUERWERKER, L. C. M. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. Reflexões sobre as experiências de mudança na formação dos profissionais de saúde. *Olho Mágico*, Londrina, 10, p. 21-26, 2003.

FEUERWERKER, L. C. M.; LLANOS, C. M.; ALMEIDA, M. *Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec, 1999.

LIBERALINO, N. Termo de referência elaborado para subsidiar as discussões no Curso sobre *Protocolos de Humanização da Atenção à Saúde*, promovido pela Pró-Reitoria de Extensão Universitária da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte, UERN, durante o IV Seminário Temático de Extensão Universitária, realizado em Mossoró, RN, no período de 29 a 31 de agosto de 2004. 6p. [texto didático]

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais da saúde. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369-379, mar./ago., 2005.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Sept./Oct., 2004. Fórum.

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 na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 117-160.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1998.

PELLEGRINO, E. D. The reconciliation of technology and humanism: a flexnerian task 75 years later. In: _____. *Flexner. 75 years later: a current commentary on medical education*. Maryland: University Press of America, 1987. p. 77-111.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (IMS/ABRASCO), 2001. p. 65 -112.

PRIGOGINE, I. *Ciência, razão e paixão*. Tradução de Edgard de Assis Carvalho et al. Belém: EDUEPA, 2001.

ROCHA, V. M. *Do corpo a corporeidade: repensando os saberes na formação dos profissionais fisioterapeutas*. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2002.

ROPÉ, F.; TANGUY, L. (Org.). *Saberes e competências: o uso de tais noções na escola e na empresa*. Trad. Patrícia Chittoni Ramos e equipe do ILA-PUC/RS sob a supervisão de Julieta B. R. Desaulniers. Campinas: Papirus, 1997.

A formação profissional em educação física enseja perspectivas (críticas) para atuação na saúde coletiva?

Marcos Bagrichevsky

Introdução

O exercício de (re)pensar finalidades, pertinências e principais problemáticas a serem enfrentadas por determinada profissão é imprescindível como prática salutar de análise de sua legitimidade social. O balanço da produção desse campo de conhecimento, o delineamento de suas intervenções e os embates fundamentais em um dado contexto histórico-social parecem ser condições centrais para se construir tal reflexão com alguma solidez. Desse tipo de análise podem resultar diagnósticos e prognósticos favoráveis para a atividade profissional que se deseja enfocar.

Nessa ótica cabe suscitar a seguinte indagação: o que deve caracterizar um curso de formação de nível universitário? E ainda, por que certas profissões, incluindo entre elas o professor de educação física, precisam de um curso superior?

Ora, é razoável pensar que a resposta para os questionamentos aponte a exigência de uma formação mais complexa e elaborada, com maior aporte técnico-científico e nível de reflexão crítica, mediante dificuldades contextuais no cotidiano para se adquirir esses mesmos conhecimentos fora da universidade.

Sob uma perspectiva ética, portanto, as instituições de ensino superior precisam ofertar aos alunos condições que lhes possibilitem adquirir embasamento suficiente para o cumprimento socialmente satisfatório da ocupação desejada, ao mesmo tempo em que não seja possível a esses alunos adquirirem sistematicamente, por si sós, o mesmo grau de formação/competência fora delas, seja através de livros, de cursos preparatórios ou das próprias experiências pessoais.¹

É fato – possível de se constatar em estatísticas disponíveis na página eletrônica do MEC – que tem ocorrido um crescimento exponencial na cria-

Marcos Bagrichevsky é doutor em saúde da criança e do adolescente pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. É coordenador do curso de licenciatura em educação física do IBES até maio de 2006. Também foi responsável pelo desenvolvimento e implantação do projeto pedagógico do referido curso entre 2002 e 2005. e-mail: marcos_bagrichevsky@yahoo.com.br

¹ Parte dos comentários que teço neste ensaio se fiam em minha experiência mais recente como proponente e responsável pela criação e implantação do curso de licenciatura em educação física do Instituto Blumenauense de Ensino Superior (IBES) em Blumenau (SC), formalmente autorizado a funcionar pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) em maio de 2005, após a visita da Comissão da Secretaria de Educação Superior (SESU) *in loco*.

ção de cursos de educação física em todo Brasil. Aliás, segundo essas próprias fontes oficiais, a educação física, em termos do quantitativo total de cursos de graduação que detém atualmente, entre todas as profissões que compõem a área da saúde, só fica atrás em números absolutos da psicologia. As instituições particulares “lideram o *ranking*” na abertura de novas licenciaturas e bacharelados. Diante de tais fatos paira uma dúvida: a vertiginosa ampliação na oferta de vagas em educação física tem sido acompanhada com qualidade suficiente nesse tipo de formação universitária?

Tomando como referência o panorama retrocitado, cabe também perguntar: as novas perspectivas profissionais para atuação do professor de educação física no campo da saúde coletiva (leia-se Sistema Único de Saúde [SUS] – Programa de Saúde da Família [PSF]) “encontram eco” nas determinações legais do MEC para a área da educação física?

Com percepção da relevância e complexidade dos aspectos aí imbricados e, considerando os documentos reguladores do MEC para licenciaturas e bacharelados em educação física,² foram empreendidos esforços na tentativa de se traçar breves considerações a respeito de uma questão que nos é muito cara na atualidade: nossa formação educacional contemporânea ensina perspectivas (críticas) para intervenção em saúde coletiva?

Pensando em nada mais do que rascunhar uma modesta reflexão sobre o tema proposto, estabeleci dois recortes específicos neste ensaio. Primeiro, examinei resumidamente sob quais condições repousa a “herança” histórica dos atuais cursos de educação física ofertados no país. Depois, reconhecendo como prioritária a necessidade da criação de estratégias curriculares voltadas à formação crítica do alunado e sensíveis às novas demandas das políticas públicas de atenção básica da saúde e do SUS-PSF, tomei emprestadas anotações de uma experiência recente na implantação de um curso de educação física (licenciatura) em Blumenau, Santa Catarina, para complementar observações e problematizações.

Apontamentos para ampliar o enfoque da discussão

A educação física brasileira atingiu o final do século passado relativamente consolidada como profissão, porém com um sério problema de legitimidade. Na verdade, o impasse específico ocorreu em função das profundas marcas – *ainda presentes* – de uma herança conservadora histórica, na qual

² Tais documentos são: Pareceres nº 09/2001, nº 21/2001 e nº 28/2001 e Resolução nº 02/2002 do Conselho Nacional de Educação/Conselho Pleno (CNE/CP), bem como os Pareceres nº 0138/2002, nº 58/2004 e nº 400/2005 e Resolução nº 07/2004 do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior (CNE/CES – diretrizes curriculares da educação física).

seu papel no país sempre esteve ligado à defesa de um nacionalismo que atendia interesses do militarismo e de um estrato populacional privilegiado economicamente. Ao voltarmos nossos olhos para a trajetória da área nos últimos cinquenta ou sessenta anos, se verifica que, em geral, esta sempre esteve alinhada com as ideologias hegemônicas e voltada ao atendimento de projetos conservadores de sociedade.

Contudo, foi principalmente a partir da década de 1980 que aflorou, de forma mais nítida, certo movimento intelectual no campo da educação física, produtor de um conjunto de obras críticas pontuais que promoviam questionamentos fulcrais nas bases políticas, sociais e epistemológicas da educação física brasileira.³ Pode-se dizer que emergiu uma expressão coletiva contra-hegemônica que, no seu processo de consolidação, “pôs em xeque” o padrão conceitual de educação física vigente da época, fundado no chamado “paradigma” da *aptidão física*.

Tal movimento, a partir daquela década, seguiu produzindo uma série de contrapontos ao modelo predominante até então, buscando explicitá-los por meio da pertinência argumentativa de seus pressupostos. Essa manifestação coletiva carregava características próprias. Tratava-se de um movimento que se viabilizou em função da interlocução da educação física com as ciências sociais, a qual se dera pela “importação” do referencial marxista para as análises do/no campo.

Fruto dessa inter-relação, a “abordagem emergente” destacou como finalidade fundamental para a área o seu engajamento em um projeto de reestruturação substancial da sociedade, através do qual deveria expressar sintonia com comprometimentos ético-políticos, educacionais e culturais, visando a melhoria da realidade pública da população brasileira.

Todavia, a educação física ingressou nos anos de 1990 com um problema a resolver. A chamada “crise dos paradigmas”, que afetou as ciências sociais como um todo, interferiu também, por extensão, naqueles campos profissionais que lhes tomaram emprestado um acúmulo de debates, como foi o caso da educação física.

Como resultado da crise política neoliberal na década já mencionada, esses referenciais foram postos em dúvida. Já que a conjuntura da época foi recessiva, os movimentos críticos da educação física que dali surgiram foram igualmente atingidos no período. Uma “outra” manifestação política interna no campo fez surgir certas discussões travadas também nos anos de 1990, tendo como pano de fundo a questão da regulamentação da profissão.⁴

³ Medina (1983), Oliveira (1983), Castellani Filho (1988), Bracht (1992), Oliveira (1994), Soares (1994), Caparroz (1997), Daolio (1998) e Bracht (1999).

⁴ Sobre o assunto, consultar o livro de Lino Castellani Filho, *Política educacional e Educação Física* (1998).

As *nuanças* acerca desses embates políticos e epistemológicos da/na educação física – que não explorarei aqui por limitação de espaço no texto – sem dúvida, ensinam pistas interessantes para se pensar os rumos dos cursos de graduação da área, que comento a seguir.

Formação profissional e intervenção em educação física

O panorama anterior de idéias esboçado permite “arriscar” algumas percepções preliminares sobre práticas e concepções dos professores de educação física na contemporaneidade, principalmente, se lançarmos um olhar minucioso para o perfil dos cursos, a partir dos quais esses profissionais têm sido formados. Com algum grau de confiabilidade, pode-se afirmar que as características dessa atuação no presente (ainda) são influenciadas pelas diferentes etapas de desenvolvimento das escolas de ensino superior da área, ao longo de sua história constitutiva.

No início, os cursos – mediados pelos militares e sob influência do movimento médico-higienista, que objetivavam o fortalecimento do Estado-nação e a eugenia da “raça brasileira” – introduziram os métodos ginásticos no país. A partir dos anos de 1940, foram criadas as primeiras licenciaturas (Soares, 1994).

Um fato peculiar chama a atenção durante o percurso evolutivo de tais escolas, desde sua origem até meados da década de 1980. Para se ingressar nas mesmas através dos “exames vestibulares”, exigia-se pontualmente, além das provas de conhecimento cognitivo, aprovação dos candidatos nos chamados “testes de habilidades físicas específicas”, que constavam de tarefas motoras complexas, nas quais eram requeridos elevados índices de desempenho/aptidão.

E aí vem à tona uma primeira contradição: por que solicitar do futuro professor um alto padrão de *performance* física e técnica, se a necessidade primária durante sua formação (supostamente) seria *aprender a ensinar*? Contribuiriam essas aferições para posterior qualificação no exercício da docência? Muito provável que não!

Por outro lado e, sem querer defender tal exigência, não se pode dizer que seria inesperada essa idiosincrasia, considerando os profundos sulcos disciplinadores que fundaram a educação física, conforme comentado antes.

Entretanto, a impropriedade não se limitava, apenas, ao momento de seleção para o ensino superior. Na verdade, representava o começo da caracterização de um perfil formativo que se edificava sob bases experienciais acríticas: repetição de práticas corporais que serviam para doutrinar vontades servis e garantir a manutenção dos interesses dominantes (econômicos e políticos, sobretudo) de certo segmento da sociedade. O esporte, a ginástica, as atividades físico-lúdicas e a saúde repousavam sob irrefutáveis senti-

dos intrínsecos, dados *a priori* pela própria existência das disciplinas curriculares nos cursos, que se autojustificavam desprovidas de sua identidade cultural.

Mesmo hoje é possível detectar, no currículo de parte das escolas de educação física, preocupações centradas na melhoria da aptidão física/atletica e com a aprendizagem de gestos e técnicas motoras estereotipadas (nas chamadas “disciplinas práticas”), em detrimento do estímulo à reflexão (síntese entre competências “teóricas” analíticas e vivenciais) dos futuros professores. Inclusive, Mocker (1992, p. 49) reconhece que certos cursos “permanecem envolvidos por uma visão reducionista, implementando [a defesa do] desporto e [da] saúde [individual] como justificativas inquestionáveis e unilaterais de seus currículos”.

Cabe enfatizar que, adotando a presente linha de raciocínio, não se está negando a importância das atividades práticas (vivências, experimentações) nos referidos cursos. Muito pelo contrário! Até porque o acesso dos alunos aos conhecimentos precisa ser estimulado pela ação mediadora dos professores no ensino superior.

Aliás, creio que o compromisso ético de qualquer docente universitário subsume, justamente, a necessidade deste assumir seu papel como agente interlocutor junto aos graduandos durante esse processo formativo, primando sempre pela tentativa de estimulá-los/auxiliá-los no estabelecimento de sínteses e significações entre as formulações teóricas abordadas e sua aplicação contextual no cotidiano. É inadmissível que o papel das escolas de ensino superior e daqueles que as representam seja simplesmente de “acompanhamento” nas diversas “práticas” e estágios proporcionados aos alunos nos currículos.

Segundo Go Tani (1992), para se tornar um educador capaz de demonstrar tal competência diante da realidade que o espera, de fato, parece que falta ao profissional de educação física exercitar um maior nível de medições críticas em sua formação. O autor afirma:

Ao nosso ver, a preparação profissional em educação física está enfatizando demasiadamente a transmissão de procedimentos didático-pedagógicos pré-estabelecidos [sic] em forma de seqüências pedagógicas presas ao passado, rígidas e muitas vezes inadequadas. Em outras palavras, as famosas “receitas” ou “fórmulas mágicas” de ensino estão sendo transmitidas sem uma análise profunda e séria dos princípios ou conhecimentos em que elas se fundamentam. (Go Tani, 1992, p. 63)

Nesse caso, nos deparamos sim com um modelo de formação em educação física tendencioso e insuficiente, que dificulta a compreensão da realidade social que nos circunda nos microespaços do dia-a-dia e ainda insinua, permissivamente, uma visão distorcida da mesma, retratada pela influência dos modismos efêmeros que a mídia impulsiona de forma persuasiva.

Na apreciação de Mocker (1992), a maioria dos cursos de educação física do Brasil que reconhece o esporte hegemônico enquanto sinônimo de educação física, fortalece, junto aos futuros professores, a concepção das aulas calcadas, unicamente, no caráter de treinamento (insistente repetição dos gestos motores desportivos). Taffarel (1992) complementa que o esporte competitivo produz as relações que se estabelecem em uma sociedade autoritária, já que sua essência é a rivalidade, a imediatização, o rendimento.

Mesmo depois de mais de uma década, estas idéias encontram atualidade e ressonância em projetos esportivos vigentes no Brasil, que advogam a necessidade da promoção de megaeventos como o Pan 2007 como processos alavancadores de melhorias sociais, ante as mazelas existentes em cidades como o Rio de Janeiro, por exemplo. De antemão, já se sabe que os complexos problemas historicamente instaurados nessa realidade não serão sanados ou sequer minimizados a partir de tal movimento.

Parte considerável dos atores da educação física tem ocupado papel fundamental nesse processo de interlocução argumentativa. Não raro, aqueles cujos discursos ardorosos e incondicionais em prol do esporte competitivo postulam a superação de iniquidades sociais sequer conseguem justificar, contextualmente, a importância da educação física perante seus pares da área educacional, que dirá perante a sociedade.

Para Bracht (1992, p. 139),

legitimar a educação física significa, então, apresentar argumentos plausíveis para a sua permanência ou inclusão no currículo escolar, apelando exclusivamente para a força dos argumentos, declinando do argumento da força (que é o que acontece quando um regime autoritário “legaliza” alguma prática social). Esta legitimação precisa integrar-se e apoiar-se discursivamente numa teoria da educação.

Apesar da educação física ter sido vinculada, na segunda metade do século XX, ao projeto desenvolvimentista brasileiro, amparada na noção que o esporte seria “prova” de equivalência do desenvolvimento econômico do país no cenário político mundial, a recente reconfiguração no âmbito das relações do trabalho educacional estabelece veementes interrogações quanto à necessidade dessa “esportivização exacerbada” no projeto pedagógico vigente da educação física.

Como conclusão preliminar desse tópico, a partir das problematizações apontadas, defendo a idéia de que proporcionar uma “formação crítica” aos alunos significa, primeiro, levar em conta que a apropriação de saberes e práticas curriculares da educação física precisa considerar o entorno socio-cultural onde as microrrelações humanas se estabelecem. Por fim, uma visão mais contextualizada da realidade na formação, com certeza, passa ao largo daquela oferecida pela preparação estritamente centrada em “habilidades”

técnico-instrumentais ultra-especializadas, tendo em vista a construção de competências mínimas para atuação mais qualificada da/na área.

Educação física e saúde coletiva: em que termos?

Um aspecto importante a ser retomado neste mosaico de idéias – para começar a falar da formação para atuar em saúde coletiva – é que mesmo para aquele movimento intelectual crítico emergente da educação física na década de 1980, discutir *aptidão física* significava, por extensão, preocupar-se com *saúde*. Apesar dos referenciais teóricos incorporados das ciências sociais, não houve nem uma só voz na educação física, na época, que colocasse sob suspeita as dimensões exclusivamente individualistas às quais se reportava o “paradigma” da aptidão física. Não foi publicado nem um só texto, no período, que analisasse o descarte sociológico/coletivo que tal perspectiva incitava.

Conformou-se, por assim dizer, uma certa “percepção endógena” sobre saúde na educação física, quase como unanimidade entre pensadores ortodoxos e críticos. Nem mesmo os ditos “intelectuais progressistas” do campo atentaram para os questionamentos e premissas do movimento sanitário na América Latina e no Brasil que atribuíam à saúde – *entendida como fenômeno complexo* – um significado resultante das condições de vida ofertadas pelo Estado à população; isto é, alimentação, moradia, (des)emprego e condições de trabalho, educação, nível de renda, acesso aos (e qualidade dos) serviços de saúde.

Esses aspectos, proficuamente explorados por muitos pesquisadores em obras de referência,⁵ sequer freqüentavam os círculos de debate acadêmico da educação física no período.

O fato da educação física, ainda hoje, figurar timidamente nas esferas de formulação de políticas públicas de saúde e educação no Brasil parece conferir vigência a esse descompasso epistemológico histórico. Situação semelhante ocorre quanto à escassa participação da área nos principais fóruns e instâncias deliberativos do setor saúde, como os congressos da Abrasco⁶ e da Rede Unida⁷ e, os manifestos/movimentos das conferências nacionais de saúde⁸ e do Cebes⁹ (Bagrichevsky et al., 2006).

⁵ Cito aqui apenas algumas: Minayo (1987), Teixeira (1989), Breilh (1991) e Organización Panamericana de la Salud (1992).

⁶ Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Mais informações no site <www.abrasco.org.br>.

⁷ A Rede Unida (www.redeunida.org.br) conecta pessoas que executam e/ou articulam projetos que têm como objetivo comum o desenvolvimento de recursos humanos em saúde. Caracteriza-se pela diversidade de projetos e de experimentos na área que buscam uma mudança no modelo de atenção à saúde, no modelo de ensino e na participação social no setor.

⁸ Espaço institucional importante, que tem abrigado debates e avanços fundamentais no projeto da reforma sanitária brasileira e que, inclusive, vem registrando a ascensão efetiva de vários profissionais advindos das ciências humanas e sociais na condução de proposições significativas no processo histórico de reformulação de políticas de saúde no país.

⁹ Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Disponível na Internet em:<<http://cedoc.ensp.fiocruz.br/cebes/>>.

Essa lógica nos remete à compreensão deficitária sobre saúde pública que persiste na educação física, sendo que raramente é reconhecida como um campo de saberes e práticas sociais que expressam necessidades de caráter coletivo. Tal entendimento, inclusive, pode ser exemplificado pela contínua “defesa” exclusivista que alguns setores da educação física inferem, tomando o “legado” dos exercícios físicos como elemento identitário da área, para distingui-la e valorizá-la perante outras profissões do campo das ciências da saúde (Fraga, 2006; Quint et al., 2005).

Se por um lado é parcialmente aceitável a generalização de que há benefícios orgânicos esperados pelo emprego de algumas modalidades de exercitação física (se observados certos princípios), por outro, estes argumentos se tornam discutíveis na medida em que pretendem sustentar uma política conservadora, uma dimensão moral que responsabiliza cada pessoa por seu próprio adoecimento e desconsidera a dinâmica sistêmica e multifária que influencia os “estados humanos” no processo saúde-enfermidade. Esse perverso “deslocamento de papéis”,¹⁰ bastante utilizado retoricamente em lógicas governamentais contemporâneas, alguns autores têm nomeado de “culpabilização da vítima”.

E, nesse caso, se despreza a possibilidade de reconhecer as (diferentes) *práticas corporais* como “artes de fazer” ou “modos de estar” na vida, com vínculos explícitos nas redes de interações socioculturais, como produtoras de satisfação pessoal, de prazer sem obrigatoriedade e com as transformações possíveis de se obter no corpo de cada um, de maneira singular (Certeau, 2002; Soares Neto, 2005).

Ao tecer estas ponderações, não pretendo menosprezar a tradição que a temática dos exercícios físicos goza junto à educação física. Entretanto, é complicado aceitar que toda formação universitária dos professores de educação física, ao longo de quatro anos, esteja assentada predominantemente em saberes biológicos; é desconcertante conceber esse processo formativo distanciado da incorporação dos movimentos micropolíticos da vida, que intelectuais e gestores da saúde coletiva admitem como imprescindíveis nos seus marcos teórico-metodológicos (Campos, 1994; Merhy, 2002).

Ignorar essas perspectivas, deixando-as de lado em propostas curriculares da educação física pode ser, de fato, uma perda substancial, sobretudo se a área pretender inserir-se de forma definitiva nas práticas de saúde do SUS-PSF.

Encerro o tópico com uma provocação: desejamos que nossa participação profissional na ambiência do SUS se sustente pelo estímulo a uma cultura

¹⁰ Que trata de tirar do Estado sua responsabilidade econômica de prover saúde à população, transferindo para cada sujeito o ônus por seu próprio adoecimento ou para evitar que isto ocorra.

corporal criativa, para “humanizar” a saúde das pessoas ou apenas pela mera ação tarefa de prescrições fisiológicas (predeterminadas pela área médica) que buscam desenfreadamente a evitação de “comportamentos de risco” (ótica esta passível de alguns questionamentos, inclusive do ponto de vista da eficácia pretendida)? Até quando reproduziremos a herança “dura” que a história nos impõe?

Algumas idéias sobre novos projetos curriculares

Pelo que se sabe até o momento, não há, ainda, escolas de educação física no Brasil que tenham dimensionado em seus currículos um *eixo norteador*¹¹ para tratar da relação entre *práticas e saberes da cultura corporal* e a *perspectiva de formação para o SUS-PSF*. Obviamente, não bastaria apenas mudar a estrutura curricular aqui e acolá para tornar viável uma nova “porta de entrada” para esse educador. Contudo, tal opção talvez trouxesse aproximações preliminares interessantes para o graduando em educação física com a realidade dos serviços de saúde pública.

Creio que uma das estratégias fundamentais para diferenciar qualitativamente a atuação desse educador no campo da saúde coletiva seja a ênfase, durante sua formação, da apropriação de caminhos teórico-metodológicos que busquem alternativas ao modelo que enfatiza a saúde como um fenômeno *medicalizado*, correspondente apenas ao corpo biológico de cada sujeito (Brasil, 2005a).

A proposta de um “giro” no direcionamento político-pedagógico dos projetos de curso de educação física seria apenas o primeiro passo. Nesse caso, os programas de graduação (sobretudo em universidades públicas) passariam a dividir a prioridade da formação, que hoje aparece calcada no modelo tradicional de atendimento à saúde privada, para um processo mais sintonizado com as necessidades sociais da população em termos de ações sanitárias (sem esquecer do cuidado individual, é claro).

Além disso, a educação dos profissionais de saúde deve ser entendida como processo permanente (Ceccim, 2005), que se inicia durante a graduação e é mantido na vida profissional, mediante o estabelecimento de relações de

¹¹ Tendo em vista que o conjunto articulado dos conhecimentos expressos na matriz curricular de qualquer projeto de curso reflete a possibilidade de formação que se deseja, bem como as experiências (positivas e negativas) historicamente constituídas, é fundamental compreender o conceito de *eixo norteador* como “suporte estrutural do currículo”, que agrupa elementos da forma e do conteúdo de ensino. Segundo Libâneo (1998, p. 32), “o vício principal do currículo por disciplinas é reduzir o ensino à exposição oral dos conteúdos factuais e ao material informativo do livro didático, sem considerar o processo de investigação, os modos de pensar a que as disciplinas recorrem, a funcionalidade destes conteúdos para a análise de problemas e situações concretas e para a vida prática cotidiana”.

parceria entre as instituições de ensino universitário, os serviços de saúde, a comunidade e outros setores da sociedade (Brasil, 2005b).

Tais premissas se encontram registradas no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), documento que representa importante *pactuação* intersetorial já consolidada entre os Ministérios da Saúde e da Educação e assinada em 3 de novembro de 2005 como estratégia para fomentar os objetivos anteriormente mencionados na formação em saúde. Atualmente a proposta contempla diretrizes para os cursos de medicina, enfermagem e odontologia, mas há indícios que outras áreas possam ser incorporadas em um futuro próximo nesse tipo de ação de política pública.

A partir da problematização sinalizada até aqui, passo, por último, a apresentar algumas concepções sobre o norteamento curricular, que derivam da experiência acumulada na constituição de um projeto político-pedagógico do curso de educação física implantado em Blumenau, no ano de 2005, e da leitura atenta dos pressupostos e sugestões operacionais que fundamentam o Pró-Saúde.

Essa abordagem ajuda a pensar alternativas específicas para a área de educação física, no sentido de buscar “avanços” que estejam comprometidos com os princípios fundamentais e o conjunto mais amplo da *educação permanente em saúde*. O currículo como um facilitador das ações e do trabalho docente não deve apoiar-se sobre a idéia mínima dos conteúdos essenciais, nem tampouco sobre a noção de construção “livre”, sem parâmetros claros. Ao optar por um certo “denominador comum” entre esses dois pólos, a idéia de *eixo norteador* foi imaginada como canal que “dá acesso” aos objetivos dos cursos. Esse eixo foi denominado de *educação física, saúde coletiva e SUS*. Passo então a descrevê-lo.

A constituição do referido eixo busca dar aporte teórico suficiente para identificar processos históricos, políticos, sociais, culturais e biológicos relacionados à saúde-doença-cuidado, possibilitando a preparação para as ações em saúde comunitária, mas não somente nessa perspectiva. O conjunto de saberes e práticas ali alocados objetiva ofertar aos alunos, entre outras coisas, elementos para situar e aplicar conteúdos da cultura corporal ligados à educação física e aos esportes em situações contextuais do SUS-PSF. Também é esperado que tais conhecimentos provoquem a percepção de que saúde não é apenas a ausência de doença e que há necessidade de se entender as dimensões individual e coletiva dessa condição humana (e seus determinantes). Os conteúdos ligados ao eixo que sugere abordar essas possibilidades são:

- educação e comunicação em saúde pública;
- cultura, saúde e sociedade;
- promoção da saúde, norma e risco;

- trabalho, processo saúde-doença e ginástica laboral;
- gestão e organização dos serviços de saúde pública e o SUS;
- saúde coletiva e cultura corporal;
- epidemiologia das práticas corporais;
- programas de intervenção em saúde comunitária (estágio supervisionado no PSF);
- estudos independentes em núcleos temáticos;
- estudos temáticos em núcleos de pesquisa.

As disciplinas precisam estar encadeadas na *matriz curricular* no sentido de formar bases gerais e específicas, que estejam em consonância com objetivos e preocupações claramente explicitados nos pressupostos teóricos de qualquer projeto de curso de educação física. O detalhamento das nomenclaturas, cargas horárias e ementas não aparece aqui, pois demandaria um significativo espaço no texto.

Por último, cabe mencionar que, no intuito de fomentar nos discentes a prática de investigação em serviços de saúde pública, bem como a apropriação da vasta produção científica da saúde coletiva (considerando seus diversos recortes epistemológicos), duas disciplinas se desdobram nos semestres do curso para permitir o aprofundamento desses conhecimentos balizadores, por meio de estudos dirigidos. São elas: *estudos independentes em núcleos temáticos* (do 1º ao 4º semestre) e *estudos temáticos em núcleos de pesquisa* (do 5º ao 8º semestre).

Considerações finais

A questão tomada como objetivo primeiro do ensaio foi discutir possibilidades para viabilizar um nível de *criticidade* adequado na formação de professores de educação física, a fim de que os mesmos possam compreender e intervir no campo da saúde coletiva, sobretudo dentro do SUS-PSF, como educadores e agentes promotores de conhecimentos e práticas corporais éticas em saúde, que respeitam e consideram a diversidade socioeconômica e cultural em suas intervenções populacionais.

Defendo a idéia de que esse nível de formação se tornará factível à medida que combinar metodologias e estratégias que associem conhecimento e intervenção – *vivenciados na esfera dos serviços de saúde pública*, incluindo o estímulo às atividades de apropriação, sistematização e produção desses saberes. Também cabe às instituições de ensino superior o mesmo compromisso ético de formar profissionais críticos que tenham condições, inclusive, de interferir sobre a sociedade e sobre o próprio campo de trabalho em saúde no qual estão inseridos.

Referências

BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A.; PALMA, A. Saúde coletiva e educação física: aproximando campos, garimpando sentidos. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A.; DA ROS, M. (Org.). *A saúde em debate na educação física*. Blumenau: Nova Letra, 2006. p. 21-44. Volume 2.

BRACHT, V. *Educação Física e aprendizagem social*. Porto Alegre: Magister, 1992.

_____. *Educação Física & ciência: cenas de um casamento (in)feliz*. Ijuí: Unijuí, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde*. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fiocruz, 2005a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/curso%20facilitadores_analise.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde/ Ministério da Educação, 2005b.

BREILH, J. *Epidemiologia: economia, política, saúde*. São Paulo: Uneso/Hucitec, 1991.

CAMPOS, G. W. S. C. *A saúde pública e a defesa da vida*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAPARROZ, F. E. *Entre a educação física da escola e a educação física na escola: a educação física como componente curricular*. Vitória: UFES, 1997.

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

_____. *Política educacional e educação física*. Campinas: Autores Associados, 1998.

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

CERTEAU, M. *Invenção do cotidiano: artes de fazer*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. Volume 1.

DAOLIO, J. *Educação física brasileira: autores e atores da década de 1980*. Campinas: Papyrus, 1998.

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

GO TANI. Estudo do comportamento motor, educação física escolar e a preparação profissional em educação física. *Revista Paulista da Educação Física*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 62-66, 1992.

LIBÂNEO, J. C. *Adeus professor, adeus professora?: novas exigências educacionais e profissão docente*. São Paulo: Cortez, 1998.

MEDINA, J. P. S. *A educação física cuida do corpo e... mente*. Campinas: Papirus, 1983.

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

MINAYO, M. C. *A saúde em estado de choque*. Rio de Janeiro: FASE/Espaço & tempo, 1987.

MOCKER, M. C. M. O curso de licenciatura em educação física na Universidade Federal de Santa Maria: suas concepções de ensino e educação física. *Kinesis*, Santa Maria, v. 9, p. 45-56, 1992.

OLIVEIRA, V. M. *Consenso e conflito da educação física brasileira*. Campinas: Papirus, 1994.

_____. *O que é educação física*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington: OPAS, 1992.

QUINT, F. O.; MATIELLO JÚNIOR, E.; MARTINEZ, J. F. N.; BACHELADENSKI, M. S. Reflexões sobre a inserção da educação física no Programa Saúde da Família. *Motrivivência*, Florianópolis, v. 17, n. 24, p. 81-95, 2005.

SOARES, C. L. *Educação física: raízes européias e Brasil*. Campinas: Autores Associados, 1994.

SOARES NETO, J. F. P. *A saúde modificada: criatividade, espontaneidade e satisfação na experiência corporal contemporânea*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

TAFFAREL, C. N. Z. Análise dos currículos de educação física no Brasil: contribuições ao debate. *Revista da Educação Física/UEM*, Maringá, v. 3, n. 1, p. 48-56, 1992.

TEIXEIRA, S. F. *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

Singularidades da educação física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional

Ricardo Burg Ceccim
Luiz Fernando Bilibio

O filósofo francês Michel Serres dedica seu livro, de 1999, *Variations sur le corps* (Variações sobre o corpo) aos seus professores de ginástica, aos seus treinadores e aos seus guias de montanhismo que, conforme declara, lhe ensinaram a pensar. Serres expõe, desde a dedicatória deste livro, a reversão necessária das dualidades corpo e mente ou das relações sociais e sensações corporais. Se é mesmo no corpo que vivemos movimentos, êxtases, desejos e frustrações, Serres vai mostrar-nos que é no corpo, com ele e por ele que começa o saber. Assim, o autor diz reunir nas *variações sobre o corpo* escritas em homenagem aos professores de educação física, treinadores e guias de montanhismo, assim como aos atletas, às bailarinas, aos mímicos, aos palhaços, aos artesãos e aos artistas, pelas admiráveis metamorfoses que o corpo deles pode realizar. O corpo humano porta a potência dos gestos, das posturas, dos movimentos, da imitação de coisas e de seres vivos e, além de tudo, cria signos. Serres define o corpo como sede, expressão, figuração e encarnação: da forma ao signo, do esporte ao conhecimento.

Michel Serres credita aos professores de educação física a principal ajuda que já teve para a sua atividade intelectual. Segundo o pensador, ao ensinar o desporto, os educadores físicos desenvolvem os corpos e ensinam as virtudes físicas e morais, opondo, por meio do aprendizado dos jogos, a atividade competitiva e ignóbil do capital, que cultiva vícios nocivos e espalha o fascismo. A educação física surge, ela própria, como um sentido para a saúde. Também é com ela ou por meio dela que se chega à saúde, uma saúde que, coletiva, é a evolução humana, política da vida. Em nossa formulação – ou apropriação – como dissociar a educação física em uma profissionalização da saúde e uma profissionalização da educação? A educação física é um empreendimento da saúde, que ocorre porque há – e na medida em que há – educação. A educação física caracteriza-se menos por seu papel de aplicação terapêutica sobre quadros clínicos específicos e mais sobre a produção de

Ricardo Burg Ceccim é professor doutor no Programa de Pós-Graduação em Educação da UFRGS, coordenador do EducaSaúde – Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde. e-mail: burg.ceccim@ufrgs.br

Luiz Fernando Bilibio é doutorando no Programa de Pós-Graduação em Educação da UFRGS, pesquisador do EducaSaúde – Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde. e-mail: fernandobilibio@uol.com.br

saúde mediada por condutas de natureza relacional e educativa que têm em vista a *autonomia encarnada*, numa utilização de recursos profissionais próprios da interação corporal, corpo que se reconhece corpo pelo contato com os corpos e explora *o que pode*, corpos que se reconhecem mundo e *autoria de mundos*. Mais propriamente a educação física sabe que, potencialmente, o corpo existe em todos os sentidos imagináveis; por isso, o treinamento corporal, as olimpíadas, os esportes, as coreografias e o *estar em forma*, mas também a produção do esquecimento, produção de uma inconsciência corporal para enfrentar perdas, dores, amputações, paralisias etc. O trabalho da educação física não é a motricidade ou o movimento, é a corporalidade, a produção de uma corporeidade virgem e vivaz.

O trabalho da educação física, entretanto, estará mais afeito à saúde, à escola, ao desporto, ao circo etc. em termos profissionais e de localização em serviços, conforme as características com que esteja sendo demandado/armado/posto em ação. Usaremos as formulações do *trabalho vivo em ato* e das *tecnologias de cuidado* para pensar uma educação dos profissionais orientada para o Sistema Único de Saúde (SUS) e a sua inserção nesse segmento do trabalho. A inserção da educação física no SUS passa pela introdução de seus saberes e práticas de maneira direta e/ou por meio do apoio matricial a ser prestado à equipe interprofissional. Compreendemos a vocação profissional da educação física operando transfigurações no modelo de atenção e acolhimento hegemônicos e não acontecendo o contrário, isto é, a sua captura pelo pensamento médico-hegemônico ou pensamento fisioterápico, fazendo o possível para apresentar formulações relativas à produção do cuidado à saúde configuradas na micropolítica do processo de trabalho da educação física.

A relevância da micropolítica do processo de trabalho da educação física e a saúde

Historicamente ligada ao processo de higienização (física e moral), à eugeniação (da espécie e da sociedade), à militarização dos corpos (corpo disciplinado, forte e saudável em uma sociedade ordenada, limpa e moralizada), à ordem médico-preventivista (purificação do corpo e capacidade de defesa contra doenças) e à normalização escolar (melhoramento dos costumes e ajustamento do corpo às normas sociais), a educação física foi sendo associada aos saberes da *atividade física e saúde* e à prática da *aptidão física*. Nas últimas décadas, com o *boom* da promoção da saúde, a educação física teve seu processo de trabalho prioritariamente envolvido com as práticas corporais de superação da inatividade física, interpretando o sedentarismo como estilo de vida a ser combatido. Os saberes e práticas da educação física passaram a ter ligação com a recuperação do esforço físico, a redução

dos efeitos da alimentação hipercalórica e ao condicionamento corporal para evitar doenças e atrofias.

A educação física foi identificada com a fórmula *exercício físico é saúde*, onde a falta ou diminuição da atividade física é a causa das doenças da contemporaneidade (incidência e prevalência das patologias cardiovasculares, do diabetes e da obesidade) e sua aplicação, o caminho para a proteção ou recuperação da saúde, surgindo a via da academia como a manutenção da saúde e a produção da imagem do corpo vigoroso (malhado) como o corpo saudável, e a via da enfermaria como a recuperação da saúde e a produção da imagem do corpo frágil (flácido) como o corpo doente. A educação física passa a revelar a saúde como prática corporal e o corpo como aptidão física (habilitação ou reabilitação de capacidades físicas por meio de práticas corporais), em um novo engendramento da dissociação mente e corpo: captura da subjetividade pela serialização dos corpos e estereotipia da corporeidade pelos hábitos saudáveis do exercício físico. As práticas de educação física, como atos de saúde, estão fundamentadas no que Fraga (2005) classifica como o inquestionável axioma fundante da área: atividade física é saúde.

Para este momento inicial, é importante reconhecermos brevemente que os saberes e práticas da educação física se ocuparam fundamentalmente em colocar o corpo biológico humano em movimento, efetivando assim sua potência protetora e recuperadora da saúde. Dizendo com outras palavras, historicamente o processo de trabalho da educação física é pensado por sua atuação em colocar o corpo biológico em movimento. Por movimentar o corpo, a educação física promete saúde.

Essas perspectivas todas da produção do fazer profissional da educação física que denunciámos/anunciamos estão presentes em vários autores que analisam a educação física e seus compromissos com a saúde individual e coletiva, estabelecendo abordagens mais profundas e mais densas que as incidentes neste texto.¹

Do mesmo modo que ao campo da saúde, podemos contrapor que seu objeto não é a cura ou a promoção da saúde, mas a produção do cuidado para com a defesa e afirmação da vida, por meio do qual se crê poder atingir a cura e promover a saúde, que são os fins a que se quer chegar, à educação física podemos contrapor que seu objeto em saúde não é a aptidão física, mas a produção relacional e ducativa (prática cuidadora) para com a defesa e afirmação da vida em sua expressão corporal (corpo em ato de invenção da vida e da definição de nós mesmos).

¹ Tais abordagens estão presentes em Bagrichevsky, Palma e Estevão (2006); Carvalho (2001), (2005); Devide (2003); Fraga (2005); Lupton (2003); Luz (2005); Mira (2003) e Serres (2004).

Se, por um lado, é em nome da promoção, do tratamento e da recuperação da saúde que é constituído o campo sanitário, por outro lado, a produção do cuidado para com a defesa e a afirmação da vida é constitutiva desse próprio campo. É em nome da cura e da promoção da saúde que o campo sanitário produz cuidado e são as práticas cuidadoras que permitem que este campo prometa saúde. Merhy (2002a), ao defender que o interesse do usuário seja a referência-chave para a mudança do modo de produzir saúde, constata que não é suficiente estabelecer reformas macroestruturais e organizacionais. Para o autor, essa mudança fundamentalmente deve ocorrer *nas cabeças e nos interesses*, tratando-se de uma reforma micropolítica. A relevância da micropolítica do processo de trabalho está na construção de dispositivos profissionais que busquem no usuário final do cuidado à saúde o seu mais profundo significado. O caminho da educação física para a proteção ou recuperação da saúde não pode encontrar as vias da academia ou da enfermaria, simplesmente, mas buscar ativamente a construção de espaços *intercessores* para a produção de subjetividades, de modos de sentir, de representar e de vivenciar necessidades de saúde.

A nova centralidade do corpo e da educação física pela alta prevalência da doença da falta de atividade física ou ausência de educação física, o sedentarismo, revela também a sua drástica captura pelo capital, o corpo como consumo e produção de mercado, longe, muito longe, da noção de *necessidades de saúde*, com que Merhy identifica os *interesses do usuário*. Melucci (2004) apresenta o corpo como *mercadoria bem confeccionada* ou *mensagem simbolicamente carregada*, movimentando importantes setores da economia, *dos cosméticos à moda, da imprensa erótica aos produtos farmacêuticos*. O autor diz que fomos submersos pelo corpo, porque dele o capital se serve para vender quase tudo. A par de uma luta micropolítica pela *autonomia encarnada*, pela exploração desejante sobre *o que pode o corpo* e pela expansão das *autorias de mundo pelo encontro de corpos em interação pelo jogo e pelo lúdico proporcionados pela educação física*, somos alvejados pelas máquinas de captura midiática: o prazer se torna uma exigência moral e multiplicam-se as pedagogias do abraço, os manuais de saúde e as receitas para uma melhor utilização de um corpo despossuído de desejo e variações (Melucci, 2004; Serres, 2004).

Nessa direção, duas temáticas complementares na produção de Merhy são estratégicas para pensarmos elementos éticos, estéticos e políticos presentes na micropolítica dos modos da educação física produzir cuidado à saúde. Trata-se da perspectiva do *trabalho vivo em ato* e das *tecnologias do cuidado*.

Na relação de cuidado, o profissional da educação física buscaria atenção ao corpo, trabalho vivo em ato, não a prescrição de atividade física correspondente ao diagnóstico do modelo médico-hegemônico. A atenção

de saúde como exploração das mensagens que devem ser escutadas e as quais se pode responder com práticas corporais nos indicam as tecnologias do cuidado a que recorreremos. O corpo se expressa não somente pela sua postura e gestos, mas por meio de seus sinais, segundo Melucci, onde pode ser escutado e pode nos indicar as vias de resposta que são também as vias da responsabilidade. Ampliar a apropriação do próprio corpo, interpretar seus sinais e responder às suas necessidades expressivas não é tarefa sem mestre, sem guia, sem treinador de práticas corporais. Sobre nosso corpo poderemos responder se tivermos aprendido a lhe responder, dele sendo expropriado somente com nosso consentimento. É educação física aprender o peso e a leveza do nosso corpo, nossos sofrimentos e nossos prazeres corporais com suas respectivas cargas de incentivo e restrição e sobre nossas necessidades corporais para afirmarmos-nos como existência e variação singular.

Na educação física o corpo pode testar suas habilidades espaciais e seus próprios limites, aprender as capacidades elementares de movimento no espaço físico, de mensuração das distâncias com base na força de manipular os objetos, bolas, dardos etc., aprender a encontrar-se com o outro em competição e cooperação, em exploração de si e das artes do jogo e do lúdico. Tudo isso pode ser esforço de oferecimento terapêutico de proteção da saúde ou reoferecimento para as capacidades perdidas, esquecidas ou negadas; nesse caso, então, como a recuperação terapêutica de ter um corpo na cena pública.

Considerações sobre a perspectiva do trabalho vivo em ato

Para adentrar na micropolítica do processo de trabalho em saúde, Merhy faz uma distinção entre as formulações de trabalho vivo e de trabalho morto. Usando o exemplo do processo de trabalho desenvolvido por um sapateiro-artesão, o autor vai identificar a co-presença do trabalho vivo com o trabalho morto em todos os setores de produção na sociedade. No caso do sapateiro-artesão, as presenças da matéria-prima e das ferramentas a serem utilizadas na manufatura do sapato representam o trabalho morto. Alguém preparou anteriormente o couro, as tintas, o martelo, os pregos e os outros materiais necessários para a produção do sapato. Nesse preparo aconteceu um trabalho vivo. Contudo, no ato de produção do sapato esses elementos preparados anteriormente compõem a dimensão passiva do trabalho; aquela que está presente na produção em ato como trabalho morto.

Compõe também o processo de trabalho do sapateiro-artesão um complexo *saber-fazer*. Nessa dimensão, está presente um saber tecnológico que lhe permite dar a forma final *sapato* para aquele grupo de matérias-primas e para a sua imagem mental de sapato. Também faz parte desse saber-fazer uma noção temporal de organização desta produção. Estas duas dimensões do

processo de trabalho são simultaneamente vivas e mortas. O saber-fazer acontece em ato e, nesse sentido, é vivo, mas os vários saberes presentes neste ato – principalmente os organizacionais e macroestruturais – foram apreendidos anteriormente pelo sapateiro-artesão e, assim, estão como presença morta no ato de produção do sapato. Merhy aponta que no momento da execução artesã, no ato propriamente dito da feitura do sapato, acontece eminentemente trabalho vivo.

O trabalho cuidador é um trabalho vivo; ele ocorre durante a execução/ implementação material do cuidado, ainda que sob a utilização de recursos técnicos, tecnológicos ou disciplinares de trabalho morto. Entretanto, o modelo de produção do trabalho, por seu valor de reprodução e pela necessidade de providência das condições organizacionais e macroestruturais, tende a capturar o trabalho vivo. Diante da provável possibilidade de captura pelo modo de produção do trabalho, o trabalho vivo tem ainda a exigência ética de atuar como uma *máquina de guerra* política, demarcando seu território inventivo e inédito (original; atual), e como uma *máquina desejan*te, afirmando a experimentação, a exploração de possibilidades, a leitura do corpo em *ato de atividade física*.² Dizendo com outras palavras, é na dimensão do trabalho vivo em ato que está potencialmente presente a possibilidade de estabelecer linhas de fuga do modelo pronto representado pelo trabalho morto e a experimentação de práticas cuidadoras em educação física.

O processo de trabalho em saúde da educação física está centrado no trabalho vivo, dimensão produtiva com potência para escapar da captura do trabalho morto e dos modelos predeterminados de produção da saúde. Diferentemente da relação comercial na qual a relação do consumidor é somente com o produto (objeto) e não com o processo de produção, no território da educação física a relação com o produto acontece no processo de produção em ato. Por exemplo, no caso do sapateiro-artesão, a relação do consumidor se dá com o produto e não com o processo de produção do sapato configurado no trabalho deste. Já na educação física, no encontro entre o profissional e o usuário, acontece uma inter-relação entre usuário (consumidor), processo de produção (trabalho da educação física) e produto (proteção e re-cuperação da saúde).

Nesse sentido, o cuidado acontece na relação intercessora produzida e produtora do encontro entre o usuário e o trabalhador de saúde. Estes agentes produtores da relação intercessora são – simultaneamente – portadores de necessidades e instituidores de práticas singulares que interagem no jogo entre as forças do trabalho vivo e do trabalho morto nas ações e nos serviços de saúde.

² Merhy (2002b) utiliza o conceito de máquinas de guerra e máquinas desejan

tes de Deleuze e Guatarri. As máquinas de guerra são como agenciamentos de guerrilha que fazem uma situação ser interceptada (linha de fuga), que explora a desterritorialização; que resiste à captura. As máquinas desejan

tes são como atividades de produção, uma experimentação incessante, uma montagem experimental (Zourabichvili, 2004).

Qualquer encontro entre um profissional de saúde e um usuário é – antes de qualquer coisa – um encontro entre duas pessoas. O encontro constituinte do trabalho vivo em ato cria, intersubjetivamente, momentos de fuga do processo de captura do trabalho morto (Mehry, 2004): momentos de fala, escuta e interpretação nos quais há a produção de acolhimento ou não das intenções postas pelos atores em cena no encontro em curso; momentos de cumplicidade, nos quais há produção de responsabilização em torno da emergência de questões de si e/ou do problema de saúde, objetivo a ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem aceitação ativa ou não e interdições ou desinterdições típicas das relações de encontro ou relações afetivas.

É importante registrar a denúncia compreendida por Fraga (2005), a de que o investimento atual que caracteriza a relação entre a educação física e a proteção-recuperação da saúde é mais a produção e a disseminação da informação sobre os benefícios da atividade física à saúde e menos a própria prática da atividade física, ausente a *educação* física. Nessa formulação, o processo de trabalho da educação física na saúde tenderia cada vez mais à captura por tecnologias prescritivas, via informação para a saúde, sem o encontro produtor do cuidado e da intervenção relacional e educativa. Trata-se da utilização de diferentes meios de comunicação – TV, rádio, Internet, periódicos, folhetos, eventos e outros – como um tipo de megaestratégia pedagógico-sanitária sobre os benefícios da atividade física para a saúde da população, sob o suposto de um corpo saudável, corpo sem variações, sem subjetividade e dissociado dos afetos vividos.

Merhy reivindica que um trabalho em saúde seja espaço intercessor, sempre partilhado e sempre trabalho vivo em ato. Mesmo que o modelo proposto pelo sistema de atenção seja o de um trabalho reprodutor de saberes instituídos, alerta o autor, um trabalho vivo se insinua e se faz perceber pela presença de ruídos e tensionamentos em seu ordenamento e suas ocorrências.

Territórios tecnológicos do cuidado

As ciências biomédicas foram tornando hegemônico um modo do assistir próprio do paradigma diagnóstico-prescrição e seu respectivo modelo médico-hegemônico de agir, anulando as práticas cuidadoras ou do acompanhamento horizontal do processo de ser saudável-adoecer-curar-se. Na modernidade, a força do modelo tecnológico médico-hegemônico transbordou as fronteiras nucleares da medicina, invadindo e configurando também o processo de trabalho de outros núcleos profissionais da área da saúde e impondo-se como imagem às carreiras com pretensão de atuação profissional técnico-científica em saúde.

Esse transbordamento e hegemonia estabeleceram uma trama entre os saberes e práticas da clínica e os saberes e práticas sobre o corpo, estabelecendo concepções dominantes sobre a corporeidade e aptidão física; a saúde e atividade física; a qualidade de vida e necessidade de exercício físico e o bem-estar e um corpo em forma como típicos de um mecanicismo corporal e um *biologicismo* da saúde, do corpo e da vida. Esse *sistema de pensamento* estabeleceu uma tradição e um processo de modelagem da educação dos profissionais de saúde. A modelagem da educação profissional em educação física assentada em um processo de trabalho marcado pelo ensino e treinamento esportivo agora busca um perfil de atuação clínica com o risco de que lhe seja correspondente e não a introdução de sua variação e singularidade, a compreensão do corpo reconciliado com a produção de si e do mundo e com a produção de uma saúde afirmativa da vida, inventiva e criativa, nada mecanicista ou *biologicista*.

É a educação física que mais propriamente pode recolocar a dimensão corpórea da existência subjetiva na prática cuidadora, retirando o corpo do lugar instrumental da atividade física para o lugar do desejo e da energia vital que se impulsiona ao contato com as sensações, ao contato/encontro com o outro de maneira concreta, real (não em tese, não em filosofia do cuidado), mobilizando junto com um corpo de ossos e músculos, um corpo de afetos e de expansão da experiência humana. Melucci (2004) diz que o corpo compõe nossa qualidade própria, confirma nossa existência de um tipo que não existe outra e é intransferível. Permite reconhecer-nos em um tempo em que outras formas de identificação oscilam, lembrando que ninguém é porta-voz daquilo que sentimos no nosso corpo. Uma existência singular com potência expressiva corporal, logo um trabalho de mestre, guia, educador; neste caso, tem o papel de trazer para fora aquilo que alguém pode vir a ser, aquilo que alguém pode aprender, aquilo que alguém pode experimentar e descobrir em si.

Merhy (2002b) analisa o trabalho médico propondo entender que o médico leva consigo três tipos de *valises tecnológicas* no seu agir em saúde. Nas mãos, carrega uma valise com as tecnologias duras (aparelhos, instrumentos de precisão diagnóstica etc.); na cabeça, carrega outra valise com as tecnologias *leve-duras* (protocolos clínico-assistenciais, rotinas terapêuticas etc.) e a última ele utiliza no espaço relacional (em ato) como o usuário; nesta estão as tecnologias leves que ganham materialidade somente na relação, no encontro, na singularidade da interação.

Talvez o profissional de educação física atue em saúde com *três mochilas tecnológicas*. Na mochila das tecnologias duras que o profissional de educação física leva nas costas estariam os aparelhos de ginástica, o cronômetro, os equipamentos dos laboratórios de fisiologia do exercício, os tênis e

as roupas adequadas para a prática física, os diversos materiais esportivos, os manuais de atividade física, os complementos alimentares, o adipômetro e diversos outros materiais utilizados nas intervenções da educação física. Na cabeça desses profissionais está a mochila das tecnologias *leve-duras*: os saberes tecnológicos bem estruturados pela ciência do esporte ou ciência da motricidade humana, ciência do movimento humano, cinesiologia, cineantropometria entre outras variações. Também estão nessa mochila os conhecimentos da epidemiologia aplicada à educação física e um saber-fazer próprio da clínica educativa do corpo com seu planejamento detalhado de cada sessão de exercícios físicos; a retidão da postura; a vigilância permanente sobre cada gesto; a angulação do movimento; a quantidade de repetições; a intensidade de esforço; o tempo de execução de cada atividade física. Similar às tecnologias duras, as *leve-duras* também se servem do trabalho morto no processo de trabalho da educação física voltado para a saúde. Contudo, a utilização das tecnologias presentes nessas duas mochilas só acontece no ato terapêutico, no encontro com o usuário. Nesse ato, pode acontecer uma real subordinação das práticas duras e *leve-duras* às necessidades de saúde do usuário. O trabalho vivo em ato é ordenado pelas tecnologias leves, sensíveis à singularidade que reage à intervenção. As tecnologias leves na mochila do educador físico são muito mais profusas que na mochila do médico, uma vez que sua orientação profissional envolve recursos de disparo das interações: jogo, recreação, grupalismo, competição-cooperação, equipe etc.

As tecnologias leves do trabalho vivo em ato na saúde são expressão de um processo de relações intercessoras numa dimensão-chave: o encontro com o usuário e com as suas necessidades de expressão de si, de produção de um corpo para si. As necessidades contêm um componente de história natural, mas, indiscutivelmente, contêm um componente de história social, luta por direitos, transgressões culturais, afirmação de diversidades ou de singularidades (notem-se os movimentos de gênero, etnia, orientação sexual etc.). Melucci lembra que as necessidades espontâneas são contrapostas em uma sociedade que as impede ou as reprime com seus aparatos de controle e que a mídia, sobretudo pelas imagens publicitárias, propõe o apelo às necessidades naturais difundindo mensagens fundadas sobre o mito de uma boa natureza, a qual bastaria aderir para obter felicidade, beleza e benesses. Em volta dos mitos criam-se novos mercados e organizam-se estilos de vida e de consumo. Um trabalho com o corpo na saúde é exploratório, de desenvolvimento da escuta e de aprendizagem da escuta.

Se o debate sobre a proteção e recuperação da saúde por meio da educação física se presentifica no meio profissional e se presentifica na mídia, assistimos a alguns deslizamentos no conceito de saúde. Ora a proteção assume um caráter mais geral de crescimento do interesse pelo bem-estar

físico, onde temos a ginástica assumindo formas expressivas ou hipertecnológicas; em contrapartida temos as pessoas recorrendo às artes corporais orientais, à ioga e à dança do ventre para regular o seu entendimento de saúde geral e bem-estar físico; ora a proteção aparece justaposta à prevenção e tratamento precoce de determinadas doenças modernas, como o sedentarismo, e temos a atividade física como ação programática de saúde pública. A recuperação da saúde por meio da educação física assume uma posição favorável sem precedentes. Esta busca, que parece referir-se ao indivíduo, exprime, porém, uma reafirmação da separação corpo-mente, introduzindo programas de exercício físico inscritos na estrutura biológica do corpo. A herança dualística da relação corpo-mente não foi superada e o conceito de saúde terá de ser problematizado como prática cuidadora em educação física quando for pensada essa inserção nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Forças constituintes do cuidado produzido pela educação física

Os diferentes arranjos entre as dimensões tecnológicas duras, *leveduras* e leves irão caracterizar os modelos de atenção na saúde. Forças científicas, corporativas, econômicas e sociais atuam na micropolítica do trabalho em saúde, buscando modelar esta produção na direção de comprometer o trabalho vivo em ato com a construção de distintos produtos sanitários. A modelagem do processo de trabalho da educação física na saúde acontece na tensão desta dinâmica de forças.

Uma dessas forças de modelagem é efetivada pela medicina tecnológica. Nesse modelo os profissionais de saúde estabelecem vínculos de fidelidade com os procedimentos estruturados cientificamente pelo campo biomédico e não com o usuário e suas necessidades de saúde, pois estas necessidades já estão solidamente estruturadas nos saberes biomedicamente sistematizados. As tecnologias leves ficam relegadas a um nível secundário de importância nesta produção.

No processo de trabalho da educação física tramado na modelagem da medicina tecnológica, o usuário é um tipo de insumo do projeto terapêutico composto por um somatório de atos fragmentados que compõem um processo de trabalho dividido em unidades de produção. Essas unidades compõem certo projeto terapêutico que tem como centro o procedimento. Nesse contexto, o profissional de educação física subordina o usuário aos procedimentos estabelecidos como verdadeiros e aptos a proteger e produzir a saúde do usuário, sendo um processo de trabalho que tem o usuário como objeto de intervenção tecnocientífica.

Por outro lado, o próprio profissional também é subordinado, uma vez que sua prática é pautada em procedimentos restritivos previamente estabe-

lecidos e válidos em si mesmos. Comprometido com os pressupostos biomédicos e, assim, preso aos procedimentos constituídos nestes pressupostos, o profissional de educação física desenvolve um processo de trabalho com mínima margem de criação e baixíssima disponibilidade de escuta e cumplicidade com a potência disruptora das necessidades trazidas pelos usuários. O trabalho vivo em ato é capturado pelo trabalho morto da modelagem biomédica da educação física.

Uma parceria bastante presente no cenário contemporâneo é aquela que acontece entre os procedimentos da medicina tecnológica e o capital industrial, onde o setor da saúde se torna um produtivo terreno de investimento e acumulação. Nessa parceria, a microdecisão dos profissionais de educação física se combina interessadamente com as necessidades de acumulação do capital das indústrias de equipamentos esportivos, dos laboratórios de fisiologia do exercício e dos instrumentos biométricos.

Merhy (1998) afirma que, no modelo médico-hegemônico neoliberal, a ação dos profissionais de uma equipe de saúde está subjugada à lógica dominante, tendo seus núcleos específicos de saberes e práticas subsumidos à lógica *curativista* com o seu núcleo cuidador empobrecido. Nesse lucrativo modelo, as mochilas tecnológicas *leve-duras* e *duras* obtêm elevado prestígio anulando o valor do trabalho vivo e dos recursos da mochila das tecnologias leves.

Outra força de modelagem é caracterizada pelas seguradoras de saúde que buscam uma reestruturação administrativo-financeira do grande setor da saúde. Um exemplo deste tipo de modelagem é a proposta da *atenção gerenciada* (*managed care*³) que tem como uma de suas estratégias o fortalecimento dos saberes estatísticos epidemiológicos, intensificando as práticas preventivas na busca do controle dos sinistros de saúde. Trata-se da construção de uma lógica de cuidado como um agregado de práticas de saúde a partir da idéia de *acidentalidade*: o sinistro de saúde. Um dos elementos constitutivos deste arcabouço administrativo-financeiro no âmbito das políticas públicas de saúde é a defesa da oferta de uma *cesta básica* de ações com baixo custo e extensiva a toda a população. Comporia esse pacote de ações básicas um grupo de intervenções de saúde pautado no *padrão de adoecimento* de determinada população, visando o controle do seu nível de saúde e, assim, consumindo atos de saúde mais baratos.

As práticas de saúde da educação física estão dentro dessa cesta básica, pois mesmo as tecnologias de alto custo financeiro consumidas no pro-

³ Formulação norte-americana de gerenciamento visando a otimização dos custos das ações em determinado setor. Estas formulações têm origem durante a Guerra do Vietnã e focavam a diminuição financeira do custo das ações de guerra. Perspectiva que – no setor saúde – ganha apoio de diversos organismos internacionais, dentre eles a própria Organização Pan-Americana de Saúde.

cesso de trabalho da educação física são, incomparavelmente, mais baratas do que as tecnologias duras consumidas no complexo médico-hospitalar. Esta diferença de custo financeiro é central para a análise da atual inserção da produção do cuidado da educação física na grande produção do cuidado do campo da saúde.

Trata-se de um grande investimento político com baixo investimento econômico na proposta de atividade física para todos, como estratégia política para diminuir o alto investimento econômico também necessário para atender a diversidade das necessidades sanitárias. É uma modelagem do cuidado que nega acesso às tecnologias de alto custo para grande parte da população, o que, em milhares de casos, significa a morte de pessoas. Corporativamente, o núcleo da educação física se beneficia dessa modelagem, argumentando intensamente a vantagem econômica dos investimentos – públicos e/ou privados – que visam à ampliação dessa proposta de saúde para a população.

Nesta modelagem, o financiamento de programas e de campanhas de promoção da atividade física vêm sendo considerados um grande negócio em saúde pública (Fraga, 2005; Luz, 2005), sendo uma marca dos Estados neoliberais. As intervenções de saúde configuradas por tecnologias com custos financeiros mais elevados seriam ofertadas dentro do mercado privado da saúde, tendo acesso a estes serviços quem pode pagar e tendo acesso aos supostamente melhores serviços quem pode pagar mais.

Contudo, o baixo impacto nas condições gerais de saúde representa uma tensão para este modelo. A baixa adesão da população aos cuidados produzidos por estes processos de trabalho da educação física, como bem demonstram Carvalho (2001), (2005); Ferreira e Najar (2005) e Fraga (2005), representa um aspecto de tensão que ameaça constante e politicamente esta modelagem tecnológica. Paradoxalmente, quanto mais são divulgadas as vantagens sanitárias da atividade física, menos são encontrados usuários fisicamente ativos. Fraga diz que ocorre uma espécie de *motim* sanitário, onde os sedentários parecem proliferar a cada veiculação de mensagens de incentivo à adoção do propalado estilo de vida ativo.

Nesta produção da saúde de mercado acontece também um tipo de cruzada sanitária contra uma longa lista de *novos marginais* (Melucci, 2004; Fraga, 2005). Compõem essa lista o gordo, o bêbado, o fumante, o estressado, o promíscuo, o drogado, os pobres, os velhos, os incapacitados, por exemplo. Neste arranjo tecnológico, às mochilas das tecnologias *leve-duras* e *leves* do profissional de educação física são acrescidos referenciais de culpabilização moral: *não faz exercício porque é preguiçoso; é gordo de relaxado; não larga o cigarro porque não tem força de vontade*. A culpabilização isenta o profissional de uma intervenção cuidadora. Na micropolítica deste processo de trabalho da educação física há ausência de relação inter-

cessora, há ausência de prática de cuidado e há desresponsabilização do profissional para com a produção de uma saúde afirmativa da vida.

Por fim, outra força modelar que se impõe ao trabalho no Sistema Único de Saúde é o trabalho em equipe interprofissional. O processo de trabalho dessa modelagem atinge sua dimensão propriamente cuidadora, expondo a relevância de que todo profissional de saúde seja capaz de produzir acolhimento, proporcionar escuta e estabelecer laços de confiança com os usuários de modo que possam posicionar-se como gestores de projetos terapêuticos singulares. Na educação dos profissionais da educação física teríamos um arranjo de ensino como novo enfoque aos conteúdos de suas mochilas tecnológicas. O primeiro, o enfoque das práticas cuidadoras sobre a natureza relacional e educativa do seu trabalho. O segundo, o enfoque da micropolítica que altera o objeto atividade física para o objeto autonomia encarnada, sob a utilização dos recursos profissionais a serviço da interação corporal, exploração das potências do corpo e corpos que inventam mundos de sensação e afeição. O terceiro seria o enfoque do trabalho interprofissional, onde um profissional da educação física não pode desconhecer a história da organização do sistema de saúde no país, não pode desconhecer de maneira crítica os objetos profissionais das profissões da saúde, não pode desconhecer os recursos da vocação da sua profissão na construção da integralidade da atenção à saúde, quando se trata de fazer uso das tecnologias leves.

A mochila de tecnologias leves da educação física tanto assegura a existência de um lugar singular aos seus profissionais como institui evidência da interprofissionalidade possível e necessária quando se atua em saúde segundo as necessidades dos usuários. É na perspectiva interprofissional que se instituem os apoios matriciais, oportunidade aos profissionais de aprenderem e de ensinarem uns aos outros, ampliando seus referenciais cuidadores. A educação física terá que aprender em atuação os saberes e as práticas de cuidado da enfermagem, de escuta da psicologia, de composição de redes sociais do serviço social, de tratamento da medicina etc. e terá de ensinar as redes de interação e cooperação, a ludicidade com implicação do corpo, a espacialização do corpo individual e dos corpos em coletivos etc.

São os recursos da educação física que poderão ampliar a capacidade de resposta e inclusão do Sistema Único de Saúde no tocante às novas necessidades em saúde, uma vez que efetivamente a população está aí comunicando com o corpo o sofrimento, não para ser higienizada, moralizada ou curada unilateralmente, mas cuidada e acolhida em relações intercessoras. Dependência química, alcoolismo, tabagismo, estresse, sedentarismo, obesidade, diabetes e hipertensão, loucura e deficiências mentais, físicas ou sensoriais, velhice e adolescência, sexualidade, vulnerabilidades, prevenção da gravidez e das doenças sexualmente transmissíveis na adolescência etc. cons-

tituem as demandas crescentes da atenção à saúde e parecem confirmar a demanda por oferta de educação física; uma educação física, entretanto, das práticas corporais cuidadoras e dos saberes sobre a rede de comunicações entre vida mental e capacidades do organismo, a rede de comunicações entre interações lúdicas ou desportivas e corporeidade e a rede de disposições afetivas e estado corporal.

Por uma nova gramática

Explorar as tensões configuradoras dos atos de saúde, principalmente na perspectiva da defesa da autonomia incorporada, distante das dicotomias corpo e mente, saúde e doença, relações sociais e sensações corporais, implica uma eterna reavaliação das práticas. Dizendo com outras palavras, se trata da necessidade de uma nova gramática na educação física constituindo outros parâmetros para a escolha das modalidades tecnológicas a serem utilizadas nos atos de saúde.

É necessário pensar de outro jeito e com outras palavras para que a potencialidade da mochila das tecnologias leves no trabalho vivo em ato da educação física na saúde não seja confundida com modos humanizados de higienismo e moralismo. Advogamos por relações intercessoras da invenção de corpos em liberdade e pelo matriciamento interprofissional.

Precisamos de uma nova gramática para questionar, por exemplo, se há indicação para tratar a hipertensão de um homem de meia-idade, desempregado, com um filho adolescente envolvido com o tráfico de drogas, pela prescrição de prática da caminhada “x” minutos por dia. A imaginação não alcança a multiplicidade desses exemplos, mas aponta a potência do território das tecnologias leves – escuta qualificada, acolhimento, responsabilização e autonomização – como qualidades relacionais para intervir positivamente nas necessidades de saúde dos usuários.

Ceccim e Capozzolo (2004) problematizam a baixa resolutividade das práticas terapêuticas embasadas no modelo médico-hegemônico neoliberal propondo a prática clínica como *resistência* e *criação*. Apontam para um processo de trabalho na saúde no qual a atitude de acolher aquilo ou aquele *que demanda atendimento* constitui uma possibilidade de *resistência* à sujeição e às determinações/aos condicionamentos externos (heteronomia) e, também, uma possibilidade de *criação* de potência de vida, de produção de si e do mundo (autonomia).

Essa necessária nova gramática pode ser composta na convivência com o campo semântico da saúde coletiva. A tentativa deste trabalho foi realizar apenas uma aproximação com alguns destes termos; muitas outras aproximações são necessárias. Vários termos fundamentais a essa nova gra-

mática não foram contemplados neste trabalho, como a pouca integração e permeabilidade do processo de trabalho na saúde entre as diferentes profissões. Integração e permeabilidade são fundamentais para produzir cuidado na perspectiva da integralidade e, assim, potencializar a resolubilidade da atenção no Sistema Único de Saúde (Ceccim; Capozzolo, 2004).

A adoção de uma nova gramática aposta no protagonismo intercessor do encontro entre o profissional de educação física e o usuário para quebrar valores sanitários transcendentais em nome da afirmação da multiplicidade e da autonomia da vida. Uma destruição necessária à percepção daquilo que pode ser feito e não é e daquilo que o trabalho vivo em ato da educação física na saúde pode se transformar. Neste contexto e nesta tensão, cabe ao profissional protagonista configurar – inventar, criar, propor – novos arranjos tecnológicos do cuidado em cumplicidade com os modos de *andar a vida* do usuário, defendendo e afirmando a vida por inteiro.

Referências

BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A.; PALMA, A. Saúde coletiva e educação física: aproximando campos, garimpendo sentidos. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A.; DA ROS, M. (Org.). *A saúde em debate na educação física*. Blumenau: Nova Letra, 2006. p. 21-44. Volume 2.

BILIBIO, L. F. O SUS é legal. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 39-44, 2002.

CARVALHO, Y. M. Educação física e saúde coletiva: uma introdução. In: LUZ, M. T. (Org.). *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

_____. *O mito da atividade física e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001.

CECCIM, R. B.; CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMBERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. (Org.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 346-390.

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

FERREIRA, M. S.; NAJAR, A. L. Programas e campanhas de promoção da atividade física. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, suplemento, p. 207-219, set./dez. 2005.

FRAGA, A. B. *Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa*. 175 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

LUPTON, D. Desenvolvendo-me por inteiro: cidadania, neoliberalismo e saúde contemporânea no currículo da educação física. *Movimento*, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p.11-31, set./dez., 2003.

LUZ, M. T. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MELUCCI, A. *O jogo do eu*. São Leopoldo: Editora da Unisinos, 2004. 184 p.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A. T. (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã: 1998. p. 103-121.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec: 2002a. p. 71-112.

_____. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002b.

MIRA, C. M. Exercício físico e saúde: da crítica prudente. In: BAGRICHEVSKY, M; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. (Org.). *A saúde em debate na educação física*. Blumenau: Edibes, 2003. p. 169-191.

SERRES, M. *Variações sobre o corpo*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

ZOURABICHVILI, F. *O vocabulário de Deleuze*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.

Práticas corporais e comunidade: um projeto de educação física no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (Universidade de São Paulo)

Yara M. Carvalho

Introdução

Este é um tema que remete e se situa no debate relativo à inserção da educação física no Sistema Único de Saúde (SUS) à medida que, cada vez mais, percebemos os conteúdos da área específica, digam-se práticas corporais, se espalhando no serviço público de saúde, no nível da atenção primária, no espaço das unidades básicas de saúde. O presente texto pretende apresentar a experiência que estamos desenvolvendo com as práticas corporais no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, vinculado à Universidade de São Paulo (USP), há mais de sete anos, com intuito de analisar teorias, conceitos e metodologias freqüentemente adotados sem questionamentos quando se trata da atividade física e sua relação com a saúde especialmente.

A proposta *Práticas corporais e comunidade*¹

Trata-se de uma proposta distinta do que tem sido privilegiado na área da educação física. Os princípios e diretrizes que orientam nosso trabalho dizem respeito ao cuidado, ao acolhimento, à integralidade e à transversalidade. Enfatizamos a dimensão do coletivo, do público e do social de modo a provocar e garantir o envolvimento das pessoas e dos coletivos na implementação e no desenvolvimento das práticas corporais em encontros semanais. Desde 1999, participaram dos grupos mulheres e homens de diferentes faixas etárias, portadores e não portadores de doenças como diabetes, hipertensão arterial e depressão, com e sem experiência de atividades orientadas. O propósito não tem sido atender a um maior número de pessoas vinculadas ao Centro de Saúde Escola mas analisar teorias, conceitos e metodologias adotados no campo acadêmico-científico, a partir da intervenção no serviço público de saúde.

E para que a intervenção seja responsável é fundamental conhecer o funcionamento do sistema de saúde brasileiro, quais políticas e programas têm sido implementados, o perfil de serviço que oferece o Centro de Saúde Escola e de que modo ele se constrói a cada dia. Do ponto de vista teórico,

Yara M. Carvalho é líder do Grupo de Pesquisa Educação Física e Saúde Coletiva, cadastrado no CNPq; e docente da USP.

¹ Para conhecer outra versão sobre o projeto, publicada recentemente, recomendamos a leitura do artigo "Práticas corporais e saúde: novos olhares" (Freitas et al., 2006), *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*.

adotamos as idéias desenvolvidas no livro *Um método para análise e co-gestão de coletivos* (Campos, 2000), para a sistematização do projeto. As intervenções estão vinculadas ao setor de adultos, mas atende também usuários encaminhados pelo setor de saúde mental. O envolvimento ao longo do trabalho e a permanência são atos voluntários e não há pré-requisitos para a inserção nos grupos.

Os princípios

- *cuidado* – priorizar o *cuidado* nas ações da educação física voltadas para a saúde. Essa é uma questão pouco explorada neste campo específico e, portanto, cabe desenvolvê-la aqui. O cuidado na saúde, de modo geral, e na educação física, em particular, geralmente diz respeito aos procedimentos técnicos para prevenção (escovar o dente, tomar banho, etc.), ou tratamento de determinada doença. Partilhando das idéias desenvolvidas por Ayres (2004), trata-se de uma atitude prática diante do sentido que a ação em saúde adquire no ato terapêutico. Considera-se *cuidado*, portanto, a relação entre duas ou mais pessoas que buscam aliviar o sofrimento, ou intervir com intuito de conquistar uma qualidade de vida melhor. Do ponto de vista individual e coletivo, em estreita articulação, o *cuidado* representa o compromisso e a responsabilidade de cada um e de todos com a construção de atitudes e estratégias que visam à transformação de situações degradantes à vida. O *cuidado*, assim, implica produção, circulação e acesso aos saberes e práticas no campo da saúde e, em especial, às práticas corporais.

- *transversalidade* – promover a saúde é instituir relações acolhedoras de cuidado entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, pois ambas as atividades operam pela garantia dos direitos de cidadania, pela redução dos riscos à saúde e da vulnerabilidade às doenças e agravos, pela ampliação das possibilidades de escolha e de decisão da população. Ambas implicam certa forma de organização e gestão do trabalho em saúde que reconhece e respeita a singularidade dos atores na produção de saúde. Nesse sentido, ela é transversal porque confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças determinadas pela cultura, pelos territórios tão híbridos e sincréticos no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

As nossas avaliações relativas às ações da educação física na saúde privilegiam o processo e, em especial, o vínculo com a população, os territórios, o trato com a informação e com o conhecimento,² a possibilidade de multiplicar as intervenções e a transversalidade que significa constituir um modo de organização que se opõe à verticalidade hierárquica das funções. É freqüente propormos a atividade física de forma um tanto mecânica: andar, correr, nadar, fazer ginástica, como se o corpo fosse um objeto, uma máquina, um mecanismo similar ao relógio. Movimentar-se, entretanto, pressupõe conhecer limites e possibilidades na dimensão física, biológica, fisiológica, mas também intelectual, emocional e afetiva que determina, por sua vez, a subjetividade da pessoa. Enquanto nos movimentamos pensamos, sentimos, inventamos e recriamos a vida. Há, no entanto, movimentos que dificultam ou não priorizam o experimentar diferentes modos de perceber a vida, como também a expressão “espontânea” por meio do corpo, ou porque são rápidos, difíceis, chatos, ou ainda repetitivos e nos dispersam do aprendizado do cuidado; e há outros que nos estimulam a sentir, a descobrir, a pensar e a recriar a experiência coletiva de trabalhar com o corpo. Experimentar essa diversidade e poder expressá-la no sentido de planejar e implementar as ações de modo partilhado, sobretudo com a comunidade, percebendo o desenvolvimento do movimento e da gestualidade como processo é também romper com a atitude impositiva do profissional que muitas vezes imagina, pressupõe saber o que é melhor para o outro.

- *as práticas corporais como componentes da cultura corporal* – as práticas corporais, compreendidas como manifestações da cultura corporal de determinado grupo, carregam os significados que as pessoas lhes atribuem. Contemplam as vivências lúdicas e de organização cultural e operam de acordo com a lógica do acolhimento, aqui no sentido de estar atento às pessoas, de trabalhar ouvindo seus desejos e necessidades e, ao mesmo tempo, orientá-las e encaminhá-las de modo a atendê-las para além do imediato. Aqui há uma contraposição à idéia de atividade física³ à medida que a atividade física homogeneíza o coletivo porque é impessoal, padroniza e nivela o corpo, com base na racionalidade biomédica, ao mesmo tempo em que o desqualifica ao destituir o humano do movimento.

² O conhecimento diz respeito ao conjunto de saberes e práticas, à construção da experiência cognitiva e afetiva diante dos objetos de conhecimento e permanece ao longo do tempo como apropriação singular. A informação, por sua vez, se compõe por dados, acumulações, erudição por conteúdos e não reinventa as realidades, as absorve como dadas.

³Atividade física como sinônimo de gasto de energia, fundamentada na teoria física clássica newtoniana.

- *integralidade* – no texto constitucional afirma-se que o sistema sanitário brasileiro se encontra comprometido com a integralidade da atenção à saúde, quando suas ações e serviços são instados a trabalhar pela promoção, proteção e recuperação da saúde, com a descentralização e com a participação social. No entanto, ao longo dos anos, o entendimento da integralidade passou a abranger outras dimensões, aumentando a responsabilidade do sistema de saúde com a qualidade da atenção e do cuidado. A integralidade implica, para além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, a ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, na dimensão individual e coletiva, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário.

A ampliação do comprometimento e da co-responsabilidade entre trabalhadores da saúde, usuários e território em que se localizam altera os modos de atenção e gestão dos serviços de saúde, uma vez que a produção de saúde se torna indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias e, simultaneamente, exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde.

- *autonomia* – produzir novos e/ou outros significados para as ações e relações que ocorrem no tempo e espaço das práticas corporais de modo a ampliar os processos de integração coletiva baseados na cooperação,⁴ solidariedade, socialização⁵ e gestão democrática, implica garantir o acesso à diversidade das práticas corporais (ocidentais e orientais), no que se refere ao conteúdo da ação, mas também organizar e implementar a intervenção de modo a garantir a autonomia de todos os sujeitos envolvidos (profissional, gestores, comunidade) e o direito

⁴ Aqui cooperar não significa “ajudar”, mas construir atividades interativas de colaboração para o alcance de um resultado que beneficie todo o grupo.

⁵ Socialização é um conceito tradicionalmente definido como “aprender a conviver com as pessoas”, mas aqui ele abarca um caráter formativo mais amplo e tem participação central nos processos constitutivos da motivação, esta compreendida como “crenças e valores que estão sendo gerados – e que estão a gerar – as práticas socioculturais”. Este é um tema bastante interessante e polêmico para a educação física porque há inúmeros trabalhos a respeito de motivação e adesão nos programas de atividade física que não consideram no debate as teorias e conceitos na perspectiva histórico-cultural. Para aprofundamento do tema recomendo a leitura da revista *Pro-posições*, da Faculdade de Educação da Unicamp, especialmente o volume 17 (maio-ago., 2006), que se dedica a essa tendência.

de decidir do coletivo. Desenvolver a autonomia implica investir no indivíduo (autonomia individual), que implica o cuidado de si e na autonomia coletiva que diz respeito ao outro e ao que representa os limites e possibilidades dessa forma de organização, de encontro e de invenção da vida que possibilita o trabalho com as práticas corporais para além do tempo e espaço do encontro com o profissional de saúde.

As pesquisas que desenvolvemos com base na intervenção no Centro de Saúde Escola

Gráficos e análises estatísticas, por exemplo, não compõem o conjunto de procedimentos metodológicos frequentemente adotados nas nossas investigações. Realizamos pesquisas bibliográficas e exploratórias, de natureza descritiva, com o intuito de considerar e avaliar o processo e não somente o resultado, visando identificar e ressaltar o plano do significado. Nesse sentido, os resultados das pesquisas enfatizam valores e sentidos atribuídos às práticas corporais, à educação física e ao profissional específico.

Do ponto de vista dos procedimentos metodológicos,⁶ as pesquisas são de natureza qualitativa. Isso significa que, na relação entre pesquisador e “sujeito pesquisado”, a fonte legítima de entendimento sobre a relação entre cuidado com o corpo e cotidiano é o conhecimento do “sujeito pesquisado” e não só a interpretação do pesquisador. Em outras palavras, o sujeito produz um conhecimento de primeira instância sobre os cuidados com o corpo, e o trabalho do pesquisador é conhecer esse saber para, então, proceder à sua interpretação. O sujeito tem suas explicações e justificativas sobre sua atenção com o corpo no dia a dia; portanto, ele detém uma experiência, um saber relativo ao que pensa e faz com seu corpo. Dessa forma, esses estudos privilegiam coletar dados e informações a respeito da cultura corporal de pessoas vivendo na cidade e que, de alguma forma, se envolveram com as nossas propostas de intervenção.

Ao longo dos anos dezenas de pessoas participaram desta iniciativa, sendo mulheres e homens entre 20 e 80 anos. Adotamos uma análise subjetiva dos coletivos a fim de compreendê-los como protagonistas do processo de produção de saberes e práticas. “Essa atitude ‘compreensiva’ supõe uma participação ativa na vida dos sujeitos e uma análise em profundidade, de tipo introspectivo, não sendo objetivo do pesquisador adquirir um ‘conhecimento sobre o real’, mas estar ‘familiarizado’ com a situação tal como é definida pelos próprios atores” (Brüyne; Herman; Schoutheete, 1977, p. 224).

⁶ Cabe ressaltar que a referência que orientou os procedimentos de natureza metodológica foi a construída por Brüyne, Herman e Schoutheete (1977).

Houve três fases identificadas no processo de avaliação desses trabalhos. A primeira foi de aproximação com o Centro de Saúde Escola e com a comunidade circunscrita. A segunda aconteceu no desenvolvimento das atividades propriamente ditas; o tempo todo as pessoas eram observadas enquanto participavam das intervenções. As observações foram documentadas por meio dos diários de campo que, por sua vez, obedeceram a um roteiro previamente elaborado. A terceira e última fase pode ser caracterizada como aquela em que há uma aproximação pontual com as pessoas que compõem os grupos no sentido de buscar mais e diferentes elementos que nos permitam rever e reavaliar teorias, conceitos, metodologias e a própria proposta no sentido de aproximá-la, cada vez mais, das necessidades, dos interesses e dos desejos da comunidade no que se refere ao cuidado com o corpo, de modo geral, e às práticas corporais, em particular.

O contexto da intervenção e das pesquisas

Muitas das atitudes que consideramos “naturais”, porque obedecem às idéias e condutas relativas à higiene, ou a um suposto “bom senso”, têm história. No que diz respeito ao corpo, as experiências corporais, a cultura corporal de um povo, como mulheres e homens se movem, o que vêem e ouvem, os odores que atingem suas narinas, onde comem, seus hábitos de se vestir, de se banhar, de se divertir e de que forma fazem amor são diferentes.

Canevacci (1996) desenvolve uma idéia interessante para debatermos esse tema a partir do conceito de *sincretismo* – termo-chave para a compreensão da transformação que “envolve, transtorna e arrasta os modos tradicionais de produção de cultura, consumo, comunicação” (Canevacci, 1996, p. 13). Os sincretismos culturais surgem de cada aspecto da contemporaneidade, negam os evolucionismos unilineares e progressivos⁷ e eles ocorrem porque “os seres humanos não aceitam automaticamente os novos elementos; eles selecionam, modificam e recombinaem itens no contexto do contato cultural”.

O sincretismo penetra e se dissemina na ética, na estética e no logos por meio das colagens, das montagens e, sobretudo, pela etnicidade, no caso do Brasil. Ele não é “síntese de traços compatíveis, mas a coexistência ou justaposição de elementos considerados incompatíveis ou conceitualmente ilegítimos” (Canevacci, 1996, p. 22).

A noção de cultura, por sua vez, é inerente à reflexão das ciências sociais. Ela é fundamental para pensar a unidade na diversidade além dos

⁷ Recomendamos a leitura do livro *Sincretismos: uma exploração das hibridações culturais*, publicado pelo Instituto Italiano di Cultura, pelo Instituto Cultural Ítalo-Brasileiro e pela editora Studio Nobel, de autoria de Massimo Canevacci (1996), para aprofundamento desse tema.

termos biológicos. A cultura permite ao ser humano o caminho de mão dupla: ele se adapta ao meio e, ao mesmo tempo, adapta o meio a si. Essa concepção de cultura se revela um caminho interessante para nos contrapor aos explicações naturalizantes relativas aos comportamentos humanos. Nada é puramente natural no ser humano, inclusive as funções humanas que correspondem a necessidades fisiológicas, como a fome, o sono, o desejo sexual, etc.; todos esses aspectos são informados pela cultura, ou seja, as sociedades não dão as mesmas respostas a estas necessidades (Cuche, 1999).

O adjetivo *corporal* ligado ao conceito de cultura demarca os limites dos nossos estudos, remete aos modos de ser e pensar o corpo, compreendido em seu sentido vasto. Implica, portanto, o reconhecimento de que a atividade do ser humano está associada à construção de significados que lhe dão sentido à existência. Cabe ressaltar que, apesar dos “avanços” verificados quanto ao acesso e à diversidade de bens e serviços oferecidos à população relativos aos cuidados com o corpo, eles limitados por um conjunto de variáveis, tendo como pano de fundo, sobretudo, a questão econômica que determina a qualidade da apropriação deles pela população. Formação, classe, faixa etária, gênero, sexo, entre outros fatores de ordem cultural, limitam a atenção que despendemos ao corpo.

Instrumentos de trabalho

Temos adotado como instrumentos de pesquisa a “entrevista” e a “observação direta e participante”. A entrevista é do tipo “centralizada num tema particular”; para este caso, no tema *os cuidados com o corpo*. A “observação direta” possibilita a obtenção de informações relativas ao ambiente e às ações dos sujeitos pesquisados em determinada atividade, no caso, de uma intervenção por meio das práticas corporais. A intervenção do pesquisador é mínima. Na “observação participante” as informações são de dois tipos: “fatos tais como são para os sujeitos observados” e “fenômenos latentes (que escapam aos sujeitos mas não ao observador)” (Brüyne; Herman; Schoutheete, 1977, p. 213). A relação entre pesquisador e sujeito é menos artificial e há uma participação/intervenção direta do pesquisador.

Com as entrevistas, observações e intervenções realizadas analisamos os elementos tais como preconceitos, conhecimento, informação, gestos, movimentos, expressões referentes ao corpo expostos pelo grupo e coletados pelo pesquisador, de modo a conformar um quadro, um painel representativo da “cultura corporal” do grupo específico, com intuito de identificar e caracterizar o que de fato é significativo, culturalmente falando, sobre *os cuidados com o corpo*.

As análises

Alguns participantes integram o projeto desde o início. Considerando que os estudos no campo da educação física tendem a comprovar a baixa adesão aos programas de atividade física, problema crescente quando os dados resultam de investigação prospectiva, esta é uma proposta exitosa sob muitos aspectos.

A partir dos depoimentos é possível destacar alguns pontos que justificariam, digamos assim, a manutenção da intervenção: importância do diálogo entre os alunos e o profissional de saúde, como fator de perseverança e presença nas aulas; a ênfase no cuidado e na atenção em detrimento do “simples fazer” uma atividade, que também mobiliza para o aprendizado do agir com cuidado; a consideração à realidade local que implica a ação orientada pelos interesses, necessidades, limites e possibilidades do coletivo; e ao exercício da convivência e da cooperação diante da diferença e da alteridade.

A singularidade das entrevistas nos remete a outras dimensões do trabalho da educação física: é preciso conhecer e saber escutar mais aquele com o qual interagimos e repensar a formação profissional⁸ para uma atuação profissional comprometida com a descoberta do seu próprio sentido e valor.

Foi realizada uma análise das entrevistas de modo a destacar valores e experiências pouco tratados na formação do educador físico. Um exemplo pode ser o papel dos veículos de comunicação de massa: ainda que eles influenciem as pessoas, explorando o tema do corpo de modo a ressaltar aspectos superficiais e que quase sempre o banalizam, – idolatria do corpo que movimenta o mercado consumidor e promove idéias, hábitos e atitudes voltados para o individualismo – é possível observar com essa experiência diferentes caminhos e saídas que as pessoas encontram no seu dia-a-dia relativos aos cuidados com o corpo para além do estético-performático. Aprender a sentir, “medir” e intervir sobre os desconfortos que ameaçam a saúde das pessoas e dos coletivos (dores lombares, hipertensão, entre outras ocorrências) sem recorrer aos equipamentos clínicos (como, por exemplo, os aparelhos para medida de pressão), aos exames laboratoriais (testes ergométricos, eletroencefalogramas, entre outros) e às intervenções cirúrgicas de apelo estético (lipoaspiração, diminuição do estômago, etc.) é um desafio para a população mas, sobretudo, para o cuidador. E, do nosso ponto de vista, é um desafio que pode contribuir sobremaneira no sentido de garantir a efetiva produção de saúde, por meio das práticas corporais. Entretanto, não estamos nos referindo a “todas” as práticas, mas especialmente

⁸ Sobre formação profissional em saúde recomendamos a leitura do texto “Formação e educação em saúde: aprendizagens com a saúde coletiva” de Carvalho e Ceccim em Campos e colaboradores (2006).

àquelas comprometidas com as políticas de saúde, de esporte e lazer voltadas para a defesa da vida!

Algumas considerações finais

Dos resultados destas intervenções é importante destacar: a) o alto número de participantes que não tinham experimentado as práticas com acompanhamento; b) a carência de informação e conhecimento relativo ao conteúdo da educação física; c) o serviço público de saúde como espaço interessante para atuação do profissional específico; e d) a necessidade de incluir no serviço de saúde saberes e práticas relativos ao ser humano em movimento, voltados para a população carente, mas também para todos os profissionais de saúde que se dedicam ao cuidado do outro.

O cuidado, no entanto, pressupõe um ato pedagógico e atua para além do tempo e espaço do encontro das atividades. Nesse sentido, não é suficiente “passar” informação, no caso, sobre cuidado com o corpo – por exemplo, a respeito das evidências relacionando atividade física e doenças crônicas. É preciso possibilitar o entendimento do significado do cuidado com o corpo e, ao mesmo tempo, a experiência visando à produção de saúde por meio das práticas corporais sintonizada com os interesses, necessidades e, sobretudo, com os valores relativos ao corpo, à saúde, entre outros, da comunidade específica, ao longo do processo de construção de um programa ou projeto que intervém sobre o corpo; um corpo marcado pela história, pela cultura, e pelo seu espaço e tempo.

A idéia de apresentar uma experiência decorre da necessidade de partilhar limites e possibilidades do trabalho com as práticas corporais no serviço público de saúde. Nesse sentido, a proposta não foi descrever um modelo para que seja reproduzido – no conteúdo e na forma – mas discutir as diretrizes e os princípios que lhe orientam e os valores que lhe são atribuídos, servindo assim, de referência para pensar e intervir em educação física e saúde, com ênfase no campo denominado saúde coletiva, demarcando outros saberes e práticas ainda pouco contemplados na área específica.

Referências

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 8, n. 14, set. 2003-fev. 2004.

BRÜYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. *Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

CUCHE, D. *A noção de cultura nas ciências sociais*. São Paulo: EDUSC, 1999.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo, Hucitec, 2000.

CANEVACCI, M. *Sincretismos: uma exploração das hibridações culturais*. São Paulo: Studio Nobel, com parceria do Instituto Italiano di Cultura e Instituto Cultural Ítalo-Brasileiro, 1996.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. Formação e educação em saúde: aprendizagens com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2006.

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

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 2004.

PRO-POSIÇÕES REVISTA DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, v. 17, n. 2 (50), maio-ago., 2006.

Das possibilidades às incertezas: instrumentos para intervenção do profissional de educação física no posto de saúde

José Geraldo Soares Damico

Há muito tempo a educação física se preocupa com as questões referentes à proteção, à manutenção e ao estímulo a saúde. Os argumentos político-científicos permaneceram, contudo, circunscritos, num primeiro plano, à defesa da educação física escolar como o lócus primeiro e talvez principal de garantia de que os indivíduos se tornem no futuro adultos saudáveis. Num segundo plano, e mais recentemente, o foco das preocupações da área tem se centrado no ataque às chamadas doenças crônicas degenerativas, numa clara e manifesta tentativa de reduzir o processo saúde-doença a um fenômeno biológico, atendendo, desse modo, às prescrições e às recomendações médicas de orientação à prática regular de exercícios físicos.

Cabe lembrar o aumento da morbimortalidade, principalmente entre jovens, pelas chamadas causas externas (acidentes, conflitos, homicídios, drogas), assim como o ressurgimento de antigas doenças (tuberculose, malária) e as novas epidemias, como a Aids. Essas contingências contribuem e apontam uma insuficiência, senão um esgotamento, do instrumental científico-tecnológico biomédico para responder às questões atuais do processo saúde-doença.

O objetivo deste artigo é problematizar as possíveis intervenções que a educação física poderia efetivar no campo da saúde coletiva, tomando como enfoque os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente a integralidade e a humanização. Farei isso a partir da reprodução de um depoimento colhido há alguns anos junto a uma usuária da unidade básica de saúde. Trata-se do depoimento pessoal de uma mulher que, na época, tinha 48 anos, era casada, mãe de dois filhos e como ocupação profissional lavava roupa e costurava, sendo uma conhecida usuária do Posto 7 (Campo da Tuca), unidade básica que atende uma população de baixa renda na área conhecida como Grande São José, na periferia de Porto Alegre. Trago para essa discussão os saberes de campos disciplinares tradicionais da educação física, articulados com outros saberes como a psicanálise, as teorias pós-críticas e a saúde coletiva como possíveis instâncias no pensar as ações da educação física nas equipes de saúde.

José Geraldo Soares Damico é professor de educação física, mestre em educação, especialista em saúde mental coletiva e em teoria psicanalítica.

Abrindo a caixa de ferramentas

Ao iniciar este relato, situo que vivi esta experiência em 1990 no estágio comunitário da residência interdisciplinar em saúde mental coletiva realizado na Vila Grande São José em Porto Alegre, onde atuei¹ junto à comunidade do Campo da Tuca (Unidade Sanitária São José do Murialdo – Posto 7).

Como parte integrante do currículo da residência realizei as mais diversas atividades, como grupos de sala de espera, visitas domiciliares, consultas de saúde mental e triagens, que tinham como objetivo encaminhar os usuários às especialidades profissionais mantidas no posto de saúde. Até que, num certo dia, ao realizar as triagens de saúde mental, atendi uma mulher perto dos 50 anos, Tânia (nome fictício), que ao ser perguntada sobre suas queixas, respondeu discorrendo sobre sua forma corporal, sua gordura. Disse que se sentia feia e pouco atraente e que não sabia o que devia fazer, se ginástica, dieta ou até mesmo uma cirurgia plástica. Identifiquei-me dizendo que era residente de primeiro ano (R1) e professor de educação física e que talvez pudéssemos pensar em alguma coisa que pudesse ajudá-la. Perguntei-lhe sobre seus sentimentos, sua relação com os filhos e marido, A usuária, no entanto, parecia cristalizada na sua posição de repetir a relação que tinha com seu corpo e o incômodo que lhe causava, quando eu não esperava mais obter nenhum dado significativo resolvi perguntar como estava sua vida conjugal. Ela assustou-se com a pergunta, murmurou, fez caretas e de repente soltou a seguinte resposta que eu nunca mais esqueci: “Doutor, pra dizer a verdade, o sexo com o meu marido é horrível, ele vem se atira por cima de mim e pronto”. Perguntei, aproveitando o desabafo, se sempre tinha sido assim e ela respondeu: “Só uma vez foi diferente, eu até descobri o que é ter um orgasmo”. Indaguei o que tinha acontecido dessa vez para, afinal de contas, ser tão diferente e bom. Ela contou-me: “bom, ele estava com a perna quebrada e pude ficar por cima, foi a primeira e a única vez que fiquei por cima”.

Diante deste quadro cabe perguntar como agiria tecnicamente um hipotético professor de educação física caso se deparasse com a problemática descrita. E mais, qual é a relação entre conhecimento científico e verdade que fundamenta tais posições. Que verdade é essa que a ciência pretende estar produzindo? Para que serve esse conhecimento que se orienta pela verdade? Como se constrói e funciona esse consenso tão poderoso que nos faz acre-

¹ A residência interdisciplinar em saúde mental coletiva (promovida pelo Hospital Psiquiátrico São Pedro, Unidade Sanitária São José do Murialdo e Escola de Saúde Pública/RS) foi um dos esforços de formação do movimento por uma sociedade sem manicômios, através da metodologia de treinamento em serviços habilitados a gerenciar, atender e formular as novas demandas decorrentes dos marcos operativos da chamada reforma sanitária brasileira e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1986. Ingressavam na residência sete áreas profissionais distintas, num total de três vagas para a educação física.

ditar – como especialistas, cientistas e intelectuais – que estamos posicionados em um lugar privilegiado de acesso à (e de reconhecimento da) verdade?

Atualmente, um dos debates mais acirrados na área da saúde vem sendo a necessidade de alteração nos cursos de graduação que formam profissionais para atuarem no âmbito da saúde coletiva. Tais discussões se centram em como encontrar a melhor maneira para que médicos(as), enfermeiros(as), assistentes sociais e outros profissionais ampliem seus referenciais assistenciais, aumentando sua capacidade de gestão, atenção e cuidado diante dos desafios que a saúde pública passa a enfrentar na segunda década de vigência do Sistema Único de Saúde² (SUS).

De acordo com o Ministério da Saúde:

Somos um país em desenvolvimento, convivendo com os problemas dos dois extremos que duplicam nossa carga de enfermidades. Formamos um imenso território, com grandes diversidades regionais e subjetividades multiculturais que singularizam os riscos e convivemos com desigualdades sociais históricas inter e intra-regionais [sic] que também determinam a carga das doenças. Este é o cenário que compõe a complexidade de nossa realidade e de nossos desafios. (Brasil, 2002, p. 05)

O Brasil vem construindo, desde a década de 1970, a partir do movimento pela reforma sanitária e da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, uma ampla reforma do Estado no setor, cujos vetores são a descentralização da gestão e a participação da população, esta última na formulação e acompanhamento das políticas e no controle social. Uma das conseqüências da virada sanitária brasileira se refere à produção de conhecimentos sobre o saber-fazer nessa área. Tradicionalmente, esse era fundamentado hegemonicamente no modelo biológico, no parque tecnológico médico, no risco e na atenção individual como formas de explicar e responder aos processos de adoecimento da população, com as inflexões políticas a agregar conhecimentos relativos à atenção integral e à humanização dos serviços.

Segundo Ricardo Ceccim e Ângela Capozzolo (2004, p. 347):

A integralidade se refere ao reconhecimento da produção de subjetividade; da presença de histórias individuais, coletivas, sociais, familiares e/ou culturais e dos adoecimentos como vivências no andar do processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida e que a humanização se refere, pelo menos, à restituição da unidade entre área de humanidades, ciências naturais e afetividade, racionalidade cognitivo-instrumental e alteridade entre razão e emoção.

² O SUS começou a ser implantado em 1988, pautado nos seguintes pressupostos: universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e controle social. No entanto, passou a efetivar-se somente em 1992 com a formulação das leis orgânicas através de uma série de normas operacionais básicas (NOB).

A integralidade é uma categoria analítica como tantas outras, que parte de significações bastante inovadoras para as ações em saúde, não garantindo que ferramentas como essa não possam também ser adotadas por práticas de saúde totalitárias. Emerson Merhy lembra que “na maioria das vezes, a integralidade está sendo capturada por modelos de práticas da produção do cuidado em saúde bem tradicionais, bem corporativo-centrados” (Merhy, 2005, p. 196).

Um outro aspecto para salientar está no enfrentamento epistemológico produzido pelo movimento sanitário brasileiro com relação às questões conceituais relativas à saúde/doença. Os organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde³ (OMS) têm mantido suas posições em termos de tratar saúde e doença como uma relação de causa/efeito ou, pelo menos, nem atribuindo sentidos genéricos, como no seu conceito atual de que “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. O movimento sanitário brasileiro tem manifestado sua posição de modo a politizar a saúde, ampliando seu conceito, contextualizando-o como sendo resultado das condições de vida da população (saneamento básico, lazer, moradia, trabalho, acesso à terra, etc.).

Do campo da educação física para a atenção à saúde

Passo agora a discutir e levantar alguns argumentos, do ponto de vista das relações poder-saber, acerca de dimensões do processo de intervenção baseado num dado conhecimento científico, em um espaço singular – o posto de saúde –, considerando a posição de um saber-fazer específico, o da educação física, no contexto das práticas de saúde que têm como foco direto de seu trabalho o corpo, a doença e o corpo doente.

O crescente interesse pela promoção da atividade física com o objetivo de influenciar a saúde da população deu lugar a diferentes perspectivas de promoção da saúde, as quais, de acordo com Devís e Velert (2005, p. 346-349), podem ser sintetizadas em cinco áreas ou formas de intervenção: a perspectiva mecanicista; a perspectiva orientada ao conhecimento; e a perspectiva orientada às atitudes; a perspectiva crítica; a perspectiva ecológica. Cada uma dessas formas de entender a promoção da atividade física relacionada com a saúde pretende oferecer um modelo que deveria ser seguido para produzir melhoras na saúde da população.

³ A noção de “saúde como ausência de doenças” segue ainda permeando o imaginário social, sendo a mesma promovida pelas indústrias farmacêuticas e biomédicas. “Embora o conceito da OMS traga a marca do ‘social’, parece ser apenas *um subterfúgio* para incorporar uma das dimensões da vida humana, sem, no entanto, ressaltar seu caráter dinâmico e *sua* relevância para compreender o fenômeno de modo mais contundente” (Palma; Estevão; Bagrichevsky, 2003, p. 19, grifos meus).

A situação que expus no início do texto serve para que possamos pensar nos possíveis modelos tecnoassistenciais que o “estado da arte” que a atual educação física pode oferecer a possível inserção nas equipes de saúde. De um modo bastante simplificado apresento duas dessas posições.

Uma primeira posição parece unir as três primeiras perspectivas apresentadas anteriormente. Ou seja, o movimento hegemônico da educação física voltada à promoção da saúde em geral combina as três primeiras perspectivas (mecanicista, orientada ao conhecimento e orientada às atitudes). Isso é feito tomando a atividade física numa lógica iluminista, isto é, a idéia de que se formamos jovens praticantes teremos produzido um hábito que continuará no futuro; outra intenção é instrumentalizar os praticantes através de informações para que possam tomar as decisões corretas em relação à sua saúde, e ainda, o desenvolvimento das chamadas atitudes positivas, resultando em uma auto-estima que favoreça um estilo de vida ativo.

A reunião de tais ênfases aconteceu a partir do conhecimento que se sustenta na produção acadêmica de uma série de autores, alinhada aos conhecimentos da área biomédica como Marcus Nahas (2001), Vitor Matsudo (1999), Aguinaldo Gonçalves (1996), Dartagnan Pinto Guedes e Joana Guedes (1994).

O professor Dartagnan Pinto Guedes (1999; 2000; 2004) tem procurado defender a necessidade de que nos diversos âmbitos de atuação as disciplinas específicas da educação física possam dar uma contribuição a partir dos conceitos de promoção da saúde para a saúde e o bem-estar da população. No entanto, a ênfase principal das produções nesse campo foi a “aptidão física relacionada à saúde”. Trata-se de aprimorar aspectos de manutenção do bom funcionamento orgânico, em especial aqueles capazes de dar proteção adicional contra as doenças provocadas ou agravadas pelo sedentarismo, tais como: resistência muscular, força, flexibilidade, composição corporal e capacidade cardiorrespiratória (Guedes, D.; Guedes, J., 1994; Nahas, 2001).

Diria que, muito provavelmente, um(a) seguidor(a) de tal posição, ao receber uma demanda por ginástica, de uma mulher obesa de uma comunidade pobre, para melhorar seu corpo e sua auto-estima, faria uma anamnese, levantaria seu passado de doenças, identificaria alguns aspectos de seu estilo de vida de risco (fumo, sedentarismo, álcool, má alimentação), aplicaria todo o protocolo de medidas e avaliações e prescreveria um plano detalhado de controle de exercícios. Todos esses procedimentos seriam realizados com o objetivo de torná-la mais esbelta e muito provavelmente mais confiante, ao mesmo tempo em que deveria adotar um estilo de vida ativo e saudável.

Tais discursos provêm de subáreas bastante privilegiadas na educação física em que disciplinas como a fisiologia, a antropometria, a biomecânica, a nutrição, a teoria do treinamento físico e a atividade física e saúde

buscam obter respostas às adaptações do corpo humano à exposição e ao esforço físico.

Uma segunda posição pode ser suposta caso a usuária do sistema de saúde fosse atendida por profissional fundamentado em uma outra vertente da área da educação física, ligada à perspectiva crítica.⁴

A perspectiva crítica situa os problemas de saúde no âmbito social e ambiental e suas estratégias de promoção visam facilitar a mudança social e comunitária. Também conecta a atividade física e a saúde com questões sociais mais amplas, isto é, com os problemas e condicionantes econômicos, culturais, étnicos e políticos que impedem a tomada de decisões mais saudáveis.

É provável que o primeiro passo para atender a paciente fosse o de situar as diferentes opressões pela qual a usuária estaria exposta: desde a opressão na relação conjugal, na qual Tânia estaria submetida a um marido machista, até a opressão pela busca do corpo perfeito e, como consequência, da saúde perfeita; opressão vista como resultado da sociedade capitalista de consumo, na qual o corpo também funciona como uma mercadoria. Nesse sentido, a demanda da usuária em questão (pertencente à classe popular) seria impulsionada/levada pela indústria cultural e tecnológica que a subjetivam dentro dos padrões elevados da classe e da cultura dominante (Ferreira, 1997).

Ainda, nessa perspectiva, seria proposto à usuária que buscasse realizar atividades ligadas à cultura corporal do movimento humano como a capoeira, a dança e os esportes, ou até mesmo a ginástica, atividades que permitissem “uma reflexão pedagógica sobre valores como a solidariedade [...], sobretudo enfatizando a liberdade de expressão dos movimentos – a emancipação – negando a dominação e submissão do homem sobre o homem” (Coletivo de autores, 1992, p. 40), ou seja, que ela pudesse compreender e tornar conscientes as formas pelas quais as diferentes estruturas sociais atuam numa contínua opressão.

Cabe lembrar que as teorias críticas, dentro da educação física, não têm tido até o presente momento a preocupação em problematizar a inserção da educação física nas equipes de saúde. No entanto, suas críticas a um modelo de promoção à saúde homogeneizante e neoliberal têm servido de inspiração a muitos de nós.

Integralidade como afirmação da vida

Quando estamos em uma situação de propor a produção de um ato de saúde, devemos refletir sobre a posição de sujeito que ocupamos e a postura

⁴ Como o intuito deste artigo é situar posições teóricas para possibilitar que a área encontre alternativas de intervenção longe do âmbito escolar, reconheço o risco de cair em generalizações, o que na maioria das vezes pode resultar em parciais exageradas.

ética e estética a qual nos filiamos. Ainda devemos estar habilitados através das ferramentas técnicas disponíveis para efetivar a ação e, como tal, para operar um ato tecnológico, ou seja, “um ato comprometido com a realização de um certo produto” (Merhy, 2005, p. 198). Luis David Castiel, ao conceituar a técnica, afirma:

De maneira geral, o termo “técnico” refere-se ao indivíduo que possuiria certa habilidade e/ou conhecimento específico sobre determinado assunto. Estas prerrogativas lhe conferiam a autoridade para avaliar e julgar questões pertencentes à sua área de atuação/conhecimento. Poderia ser considerada aqui a idéia de experto (*expert*), onde esta autoridade seria mais sólida em virtude da prática e da experiência adquirida ao longo do tempo. (Castiel, 1985, p. 19)

Trata-se aqui de duas questões fundamentais que se cruzam na tomada de decisão na direção de um ato de saúde, ou seja, a questão da verdade e da ética.

Michel Foucault (2002, p. 12) enfatiza que “a verdade não existe fora do poder ou sem poder”. Nesse sentido, qualquer verdade, para ser legitimada como tal, necessita de determinados processos de validação do conhecimento, processos esses que envolvem matrizes disciplinares, regras metodológicas, condições históricas, culturais, econômicas e políticas que permitam definir o que conta como verdade em determinada época e contexto.

De acordo com o mesmo autor:

A verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua “política geral” de verdade: isto é, os tipos de discursos que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que tem o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro. (Foucault, 2002, p. 12)

Na discussão que proponho, as formulações do filósofo implicam considerar que o processo de produção de verdade (conhecimento) envolve relações de poder; a constituição e operacionalização desses regimes de verdade assumem a forma de discursos científicos que podem ser validados ou não nas instituições científicas.

Se de alguma maneira estamos em uma posição de (re)produção da verdade em relação ao Outro (usuário, aluno, paciente), é porque estamos legitimados por uma política de verdade ligada a um sistema de poder (campo da educação física) que a produz e também a apóia.

Vastas confusões e atendimentos imperfeitos⁵

Ao longo do seu relato sobre *A história do movimento psicanalítico*, Freud (1996) revela não apenas sua preocupação com o reconhecimento da psicanálise por outras nações, mas também seu desejo de que as técnicas e os princípios analíticos ultrapassassem a área do conhecimento na qual tinham sido descobertos. O desejo de Freud concretizou-se com a expansão de seu conteúdo, pois este se estendeu do campo das neuroses e da psiquiatria a outros campos do conhecimento.

Na saúde coletiva e mais especificamente nos ambulatórios públicos, a presença da psicanálise tem sido cada vez mais constante, o que não garante vida fácil com seus interlocutores das equipes de saúde. O profissional que utiliza a psicanálise lida com os sintomas de modo peculiar, sabe que eles são portadores de uma certa verdade não sabida.

Trago para a discussão algumas contribuições da psicanálise lacanianiana, principalmente por esta ser praticada por profissionais de diferentes designações (psicanálise leiga), permitindo pensar que seus pressupostos não dependem de matrizes formativas disciplinares apreendidas nos cursos de graduação, ou seja, pode-se pensar que alguém da educação física, desde que se autorize,⁶ pode efetivar intervenções de fundo psicanalítico.

Jacques Lacan, no seu retorno à obra de Freud, produz uma série de cisões importantes com a ciência moderna,⁷ principalmente quando defende a importância da linguagem na estruturação do sujeito, que tem como consequência, por exemplo, a ruptura com o sujeito unitário, identificado ao sistema consciente e sob o domínio da razão. É a cisão com o sujeito da razão do cogito cartesiano “penso, logo existo”, do discurso manifesto, destinatário formal do ato educativo. A psicanálise, ao contrário da psicologia, fala de um sujeito dividido pela linguagem. Se por um lado há o sujeito do enunciado ou do significado, por outro lado, há o sujeito da enunciação ou do significante. O sujeito do enunciado pensa, raciocina, expressa necessidades, vontades e temores. O sujeito da enunciação, recalcado e inconsciente, deseja.

Uma questão que interessa para este artigo é a reação contrária que Lacan teve às posições ocupadas pela psicologia do ego (de vertente norte-americana), com relação à intervenção dos psicanalistas filiados àquela vertente de interpretar a transferência. A transferência, para a psicologia do ego, tem duas modalidades definidas; a patológica e a arcaica, que se manifestam

⁵ O subtítulo é uma paródia do dito de Havelock Ellis citado por Freud no famoso capítulo VII do livro *A interpretação dos sonhos* (1992); trata-se de um mundo de vastas confusões e tratamentos imperfeitos.

⁶ O autorizar-se de si mesmo para a psicanálise (lacanianiana) ocorre a partir de um tripé básico: análise pessoal, estudo e supervisão.

⁷ “Num movimento de eliminação do idealismo alemão e do cartesianismo” (Moura, 2000, p. 5).

fortemente através da identificação com o analista como um ideal de ego. O analista funciona como personificação da objetividade e da maturidade racional, egóica, para enfrentar o irracional projetivo e arcaico da transferência, utilizando-se exclusivamente da interpretação.⁸

Lacan reage a essa compreensão, introduzindo uma virada fundamental no conceito de transferência. Cria, para isso, a figura do “sujeito suposto saber” como central para definir o estatuto da transferência. Ana Cristina Figueiredo (1997, p. 26) comenta este conceito:

O analista, ao ser autorizado a escutar um sujeito, está suposto, não como aquele que sabe, mas como aquele que deve receber a fala do sujeito como produção de saber, para dar-lhe um destino pela via da interpretação. O sujeito, por sua vez, só fala porque supõe que isso irá levá-lo a algum lugar ainda não sabido. Seria uma espécie de prova de fé no inconsciente como promessa de significação.

O que está em jogo nessa formulação lacaniana é que a técnica deve dar lugar à ética, ou, melhor dizendo, a ética deveria sustentar a técnica. Trata-se, para o analista, de servir de depositário do desejo que o Outro nos coloca, esse como quem sabe a verdade, a solução, a cura para o sofrimento e devolvê-lo de maneira que ele possa efetivamente encontrar seu desejo e sua verdade.

Isso também poderia nos levar também a perguntar: quais as posições de sujeito, quais as verdades que compartilhamos, como elas se constituíram e como fazem funcionar o regime de verdade que sustenta o saber-fazer da educação física na área da saúde?

Assumo aqui que a cultura é um campo de lutas por significações. Tal assertiva produz necessariamente um movimento de historicização da disputa pela hegemonia na saúde pública e coletiva no ocidente nos últimos dois séculos. No processo de constituição das sociedades ocidentais modernas, a figura do médico vai se constituindo como referência de organização e intervenção no processo saúde-doença. Nessa direção, Almeida (1999, p. 12) declara:

[...] a prática médica está ligada à transformação histórica do processo de produção econômica. A estrutura econômica determina, como acontece com todos os componentes da sociedade, a importância, o lugar e a forma da medicina na estrutura social.

No século XIX, desenvolveu-se o capitalismo calcado na superexploração da força de trabalho, onde à pesada jornada de trabalho (chegava

⁸ A interpretação é um dos temas mais controvertidos, historicamente, dentro da psicanálise. Sinteticamente, a interpretação se forma no terapeuta a partir da elaboração interna de uma série de fatores: seus conhecimentos acerca da livre associação de idéias, o jogo das identificações, as questões transferenciais e os *actings*. É importante lembrar que a interpretação opera pelo entendimento daquilo que não é dito e não é feito pelo paciente.

muitas vezes até 16 horas diárias), inclusive para crianças, aliaram-se as péssimas condições sanitárias e salariais. Essa situação resultava em um nível de mortalidade absurdo para os dias de hoje. Diante de tais condições surgiram movimentos contra-hegemônicos de vertente socialista. A medicina reage, nesse período, incentivada pelas graves crises sociais nos principais países europeus e formula uma vertente mais sensível para entender o processo saúde-doença como causado pelas más condições de vida. A medicina social, como passou a ser chamada, não teve vida fácil; a descoberta das bactérias constituiu um severo golpe aos determinantes sociais da saúde, “abrindo a porta ao higienismo na saúde pública e ao desenvolvimento de tecnologia de investigação para as ‘unicausas’ e para os medicamentos que erradicassem aquela ‘causa’” (Da Ros, 2004, p. 229).

Enquanto na Europa a medicina social conviveu com o pensamento bacteriano, nos Estados Unidos o modelo unicausal rapidamente se tornou hegemônico, dada uma série de condições de possibilidade, tanto aquelas relativas ao modelo médico já existente, quanto à forma que o capitalismo assumiu neste país. Assim, surge o modelo flexneriano, baseado em dois níveis de ensino; o básico, a ser realizado no laboratório, e o profissionalizante, cujo lócus é o hospital. Toda base diagnóstica deveria estar centrada na relação anatomopatológica.

No Brasil, as influências do Relatório Flexner⁹ vão ser sentidas a partir da década de 1960, com o apoio da burocracia civil-militar que governava o país. Os governos investem prioritariamente em ações curativas, principalmente aquelas realizadas no hospital através de equipamentos tecnológicos e medicamentos.

O Brasil convive atualmente com duas posições antagônicas. Uma segue um modelo flexneriano apresentado com uma roupagem nova através da Carta de Otawa, da qual, aliás, nosso país não foi signatário, que encontra eco em vários movimentos corporativos, inclusive em parcela da educação física brasileira. Outra posição vem lutando para manter e ampliar as conquistas do SUS.

Esse saber que emerge dos modelos unicausais ou daqueles baseados nos pressupostos do SUS, como a integralidade e a humanização, exigem que façamos, desde o campo da educação física, uma reflexão sobre a posição de sujeito que desejamos ocupar.

Ao longo de sua história, a educação tem procurado dar conta do processo ensino-aprendizagem. Os métodos de ensino e aprendizagem resultam de conhecimentos e práticas estabelecidos historicamente, visando

⁹ “O Relatório Flexner, em síntese, sugeria o não financiamento de faculdades de medicina que contemplassem outros modelos de entendimento do processo saúde-doença, diferentes da *Jonh Hopkins University*” (Mendes, 1985 apud Da Ros, 2006, p. 48).

circunscrever o ato educativo ao campo da previsibilidade e da homogeneidade. Assim, a partir de critérios rigorosamente fundamentados, ou ao sabor de um ideal qualquer que esteja na moda, vemos surgir as mais diversas propostas pedagógicas.

Contudo, quaisquer que sejam as bases de fundamentação conceitual, a premissa de estudo e intervenção é, em geral, e extensamente o homem racional, senhor de suas ações e consciente de si. A psicanálise subverteu essa premissa ao estabelecer e comprovar que a vida mental não se restringe à consciência; estabelecendo também um novo discurso sobre o homem, não o homem como indivíduo, sujeito psicológico, mas como sujeito do inconsciente.

Retomo agora o final do relato, pois me parece importante para refletirmos sobre algumas possibilidades de intervenção da educação física na saúde pública: depois do impacto causado pela fala de Tânia resolvi perguntar-lhe sobre o que ela pensava que poderia lhe fazer bem. Tânia respondeu que eu teria me apresentado como professor de educação física, e quem sabe eu pudesse dar aulas de ginástica e ela pudesse emagrecer. Aceitei prontamente e propus algumas combinações: primeiro ela deveria convidar algumas mulheres¹⁰ que tivessem o mesmo interesse, depois iríamos juntos à associação comunitária para solicitar a cedência de espaço para realização dos encontros. Com tudo resolvido tínhamos o espaço e além de Tânia, mais quatro participantes.

As aulas começaram e durante uns dois meses tudo ocorreu normalmente, os vínculos grupais foram se fortalecendo e os objetivos da ginástica foram deslizando para um grupo de convivência que também fazia ginástica. Até que, num certo dia, uma das participantes me procurou antes do encontro para me avisar que a Tânia estaria de aniversário e que as companheiras tinham preparado uma festa surpresa para acontecer no nosso horário de grupo. Na festa era visível a alegria e a emoção de Tânia, até que ela me disse, após subir numa mesa para tirarmos uma foto: “Professor, *eu agora estou por cima de novo*”...

Tânia, ao repetir o significante *por cima*, associando este a um evento positivo na sua vida, mostrou ter mudado de posição, de alguém que se sentia desvalorizada, e talvez usada, para alguém importante em um grupo, que produziu e conquistou o direito de “estar por cima”. Tânia elaborou e ressignificou o seu desejo. De fato, não sei se Tânia conseguiu emagrecer, não sei se separou do marido, ou se estabeleceu novo acordo conjugal. Justamente esse não saber é que me parece importante de ser pinçado. Entendo que a educação física, para ocupar um lugar de protagonista num modelo de saúde pública como o SUS, necessita liberar-se das amarras da verdade e

¹⁰ O cuidado que tive ao pedir que Tânia chamasse outras mulheres também se explica por aquilo que Stéphane Malysse (2002, p. 103) encontrou em academias em bairros de classes populares: “muitas mulheres não são autorizadas pelos maridos a largar a casa e os filhos para cuidar do corpo”.

do saber biomédico, livrar-se das disciplinas totalizantes e dos interesses corporativos, econômicos e políticos para estabelecer uma dimensão cuidadora e desarmada de tecnologias fragmentadas.

Trata-se, então, de perceber que não estamos aqui diante de um *fazer* na educação física desvinculado de teoria, mas de um *fazer* produzido e orientado por outras teorias que não aquelas preconizadas, intencional e explicitamente, pela comunidade científica da área.

A educação do olhar e da escuta (Ceccim; Capazzollo, 2004) do profissional de educação física parece ser uma ferramenta interessante para que possamos, junto aos outros atores da atenção à saúde, pensar num modelo de cuidado que seja baseado na integralidade da vida humana.

Segundo Mendes Gonçalves (1994, p. 154), “todas as ferramentas, tecnologias e (ou) saberes guardam, contêm, em si, uma determinada intencionalidade que nega a suposta neutralidade e o caráter implicitamente progressista no desenvolvimento científico-tecnológico”. Uma atenção integral em saúde realizada pelo profissional de educação física pode, através de uma outra educação do olhar e da escuta, substituir a lógica dos procedimentos por uma lógica em direção aos usuários que privilegie a tensão-potência do humano.

Para finalizar, ressalto que pretendi focalizar algumas dessas tensões e potencialidades do saber-fazer da educação física na complexa rede de saberes e fazeres que configuram a saúde pública contemporânea. E assim, ao encaminhar a discussão numa direção que considera os discursos e verdades científicas como são coisas deste mundo, pretendi discutir o fato de que as coisas deste mundo podem ser questionadas e, portanto, também modificadas.

Referências

ALMEIDA, M. *Educação médica e saúde: possibilidades de mudança*. Londrina: Ed. UEL, 1999.

BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. (Org.). *A saúde em debate na educação física*. Blumenau: Nova Letra, 2003. Volume 2.

BRASIL. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. [Brasília]: Ministério da Saúde, 2002.

CASTIEL, L. D. O técnico e as necessidades em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 18-24, jan./mar. 1985.

CECCIM, R. B.; CAPAZZOLO, Â. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. (Org.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004.

COLETIVO DE AUTORES. *Metodologia do ensino de educação física*. São Paulo: Cortez Editora, 1992.

DA ROS, M. A. A ideologia nos cursos de medicina. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. (Org.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A.; DA ROS, M. (Org.). *A saúde em debate na educação física*. Blumenau: Nova Letra, 2006. p. 45-66. Volume 2.

DEVÍS, J. D.; VELERT, C. P. Promoção da Saúde. In: FESTENFEILLER, P. E.; GONZALES, F. J. (Org.). *Dicionário crítico de educação física*. Ijuí: ed. Unijuí, 2005.

FERREIRA, M. G. Crítica a uma proposta de educação física direcionada à promoção da saúde a partir do referencial da sociologia do currículo e da pedagogia crítico-superadora. *Revista Movimento*, Porto Alegre, n. 7, 1997/2.

FIGUEIREDO, A. C. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FREUD, S. *A interpretação dos sonhos*. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1992. [Parte 2, volume 5, 1. ed. 1900].

_____. *A história do movimento psicanalítico*. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1996. [Volume XIV, 1. ed. 1914. Obras Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira].

FOUCAULT, M. Verdade e poder. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2002.

GONÇALVES, A. A contribuição da epidemiologia da atividade física para a área da Educação Física/Ciências do Esporte. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 161-166, 1996.

GUEDES, D. P. Atividade física habitual e aptidão física em adolescentes. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, v. 4, n. 2, p. 23-25, 2004.

_____. Educação para a saúde mediante programas de educação física escolar. *Motriz*, Rio Claro, v. 5, n. 1, p. 10-14, 1999.

_____. Paradigmas sobre as relações atividade física, aptidão física e saúde. *Revista Paranaense de Cardiologia*, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 30-31, 2000.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. P. Educação Física Escolar: uma proposta de promoção da saúde. *Revista da APEducação Física*, Londrina, v. 7, n. 14, p. 16-23, 1994.

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: LACAN, J. *Escritos*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

NAHAS, M. V. *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida mais ativo*. Londrina: Midiograf, 2001.

MALYSSE, S. Em busca dos (H) alteres-ego: olhares franceses nos bastidores da corpolatria carioca. In: GOLDEMBERG, M. (Org.). *Nu e vestido*. Rio de Janeiro: Record, 2002.

MATSUDO, V. Vida ativa para o novo milênio. *Revista Oxidologia*, São Paulo, v. 8, n. 5, p. 18-24, set/out. 1999. Disponível em: <<http://celafisc.com.br/>>. Acesso em: 13 jun. 2006.

MENDES GONÇALVES, R. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual dos Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. Engravitando as palavras: o caso da Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005.

MOURA, M. D. Psicanálise e urgência subjetiva. In: MOURA, M. D. (Org.). *Psicanálise e Hospital*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

Educação física e o campo da saúde mental: uma reflexão introdutória

Felipe Wachs

Introdução

Em uma aula de mestrado discutíamos sobre o que cada um vinha pesquisando e sobre como se dava o processo de escolha das temáticas, quando uma colega afirmou: “não somos nós quem escolhemos as temáticas, e sim elas que nos escolhem”. É interessante pensar, tomados por uma perspectiva pós-estruturalista, que somos constantemente interpelados por diferentes discursos que nos constituem; no entanto, acredito que também somos protagonistas de nossas vidas (e de nossas pesquisas), e não simplesmente orientados pelo destino. Submetidos a processos de subjetivação, desenvolvemos lentes através das quais enxergamos o mundo, tomamos decisões, realizamos escolhas; ao mesmo tempo em que “as decisões nos tomam e as escolhas nos realizam”. Assim, por mais firme que estejamos em nossas convicções, não podemos afirmar que elas são um efeito da nossa liberdade de escolha. Todo esse preâmbulo serve para anunciar o tema que há algum tempo me capturou: a loucura, a desrazão.

Quero apresentar minha captura. Talvez a motivação para tal temática se refugie em alguma instância profunda da minha estrutura psíquica, em alguma experiência de infância (entre os profissionais deste campo brincamos que não é à toa que as pessoas vão trabalhar com saúde mental), mas narro aqui o processo de aproximação que foi se constituindo como verdadeiro para mim.

Na época da graduação participei da primeira edição de um projeto de extensão universitária chamado *Convivência Saúde*. O projeto consistia em oportunizar a graduandos da área da saúde um período de convivência de três semanas em unidades básicas de saúde do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre. Essa experiência me impulsionou a, junto com colegas do Programa Especial de Treinamento¹ (PET), organizar uma proposta de exten-

Felipe Wachs é professor de educação física, especialista em pedagogias do corpo e da saúde, especialista em saúde mental coletiva, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da UFRGS e bolsista do CNPq.

¹ Programa financiado pela SESu/MEC, sendo chamado hoje de Programa de Educação Tutorial. A experiência tornou-se pesquisa que foi apresentada em dois trabalhos no XIV Salão de Iniciação Científica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 2002, sob os títulos “A intervenção do profissional de educação física no sistema público de saúde: a experiência do Grupo PET” (Mühlen et al., 2002) e “Mudando pesos e formas” (Wachs, 2002).

são sistematizada e de maior longevidade. Durante um ano, juntamente com outra colega, desenvolvi atividades na Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora Aparecida. Em determinado momento foi-nos proposto desenvolver atividades com um adolescente com diagnóstico de esquizofrenia. O relato que nos foi apresentado era de que o garoto não saía de casa, por vezes ocupava o *espaço* do cachorro e comia em uma tigela no chão. Ele justificava sua reclusão afirmando que estava gordo e não queria que as pessoas o vissem assim. Propusemos na equipe um esquema de caminhadas e um acompanhamento nutricional. Mesmo tendo pouco efeito na balança, a proposta de intervenção serviu para impulsionar a circulação e convivência social do garoto.

Atribuo a este desafio minha captura. Contudo, na época, isso não foi muito óbvio para mim, como ainda não é nada óbvio aproximar a educação física de pacientes psiquiátricos, ou usuários de saúde mental, como prefiro utilizar. Durante minha formação de sala de aula na graduação nada me remetia a esse campo como uma possibilidade de atuação. Bem, diga-se de passagem, esse déficit não se restringe à saúde mental, mas à saúde coletiva como um todo. Ressignifiquei aquele primeiro contato alguns anos mais tarde, já formado, quando descobri a possibilidade de cursar o Programa de Residência Integrada com ênfase em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP). Aquela primeira experiência, somada a conversas com amigos que militavam pela luta antimanicomial e ao meu interesse em trabalhar com populações marginalizadas, me levou a cursar um período de dois anos de residência.

A residência é uma modalidade de formação que costumamos ver associada à medicina, mas que hoje passa por uma discussão em âmbito nacional que propõe a constituição e regulamentação de experiências multiprofissionais. A característica mais marcante nessa modalidade de especialização profissional é a de formação em serviço. Durante dois anos cursei a residência da ESP que tem sua ênfase em saúde mental coletiva vinculada ao Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP). Meu interesse pela reforma psiquiátrica se deparou com a dura realidade de que a esmagadora maioria dos campos de estágio é diretamente associada ao referido manicômio. O incômodo torna-se óbvio quando se percebe que o aprender-fazendo, característico da formação em serviço, ocorreria dentro do estabelecimento que a reforma psiquiátrica busca desmontar. Aprender uma educação física voltada para institucionalização dos pacientes? Orientada por discursos manicomial e biomédico? Certamente minha formação ficou marcada pela presença dessas características, mas também pela consolidação da vontade de pensar/pesquisar/propor formas de cuidado, que rompessem com o modelo manicomial, uma educação física que estivesse orientada pelos princípios das reformas sanitária e psi-

quiátrica e que ocorresse não mais em uma instituição total,² mas em espaços ligados a serviços de saúde substitutivos ao manicômio.

Assim se deu minha captura pela temática; foi no desejo de problematizar a intervenção da educação física no campo da saúde mental orientada para a reforma psiquiátrica.

Das práticas manicomiais

Uma das principais referências do pós-estruturalismo no campo da saúde mental é Michel Foucault. Entre as temáticas que ele abordou, a loucura tem destaque. Ela está presente em diversos materiais de sua autoria, mas é especialmente problematizada em *A história da loucura* (2004). Foucault narra, neste livro, como os jogos de produção da verdade fizeram com que aquilo que a sociedade classificou como “loucura” fosse encarcerado em manicômios.

O processo de institucionalização da loucura inicia com sua associação a comportamentos desviantes julgados como moralmente incorretos e carentes de disciplina. Loucura ganha *status* de doença após a Revolução Francesa como problema social nas cidades. Apesar das bandeiras de liberdade, igualdade e fraternidade desfraldadas por esse movimento revolucionário, o tratamento da loucura é encarado como uma questão de segurança social. Pelo imperativo da razão, os que não a possuem são posicionados de forma diferenciada diante dos direitos e deveres do convívio social. Naquele momento histórico, os doentes mentais passam a ser excluídos não só do convívio na sociedade, mas também da categoria de cidadãos. Considerar uma pessoa doente mental significava (e ainda hoje significa) reduzi-la a um objeto de um campo do saber, no caso a psiquiatria.

Foucault (2003; 2004), em seus estudos sobre a loucura, destaca o entrelaçamento entre o poder e o saber. Em suas palavras: “temos que admitir que o poder produz saber [...]; que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder” (Foucault, 2003, p. 27). A reclusão da loucura em instituições potencializou o desenvolvimento de uma ciência sobre a mesma, a constituição de um saber que se estabelece como verdadeiro quando de sua ressonância em uma comunidade imbuída de poder para fazê-lo. A constituição da comunidade psiquiátrica produziu verdades e normas que acabaram marcando pessoas, no contexto social, com rótulos de loucas, perigosas, incapazes de exercer sua plena capacidade humana. Estruturou-

² Erving Goffman (1987) trabalha com o conceito de instituição total para classificar instituições como manicômios, prisões, conventos.

se, assim, a prerrogativa da sociedade em isolá-las do convívio social, do trabalho, da cidade (Dias, 1997).

A sociedade, juntamente com a ciência, excluiu esses indivíduos para os porões da loucura e construiu argumentos inabaláveis para deixá-los por lá. Foi preciso construir a utopia de que era possível conter, controlar, mensurar aquilo que aparece como fora-da-lei. O mais forte entre os argumentos é o da periculosidade, que determina a priori que a loucura é uma coisa muito perigosa e que todos os esforços devem ser realizados para excluir essa coisa louca do convívio social. (Barros, 2001)

É a partir do século XVIII que se estabelece como principal recurso de “tratamento” para aqueles que se convencionou chamar de “loucos” a internação e conseqüente institucionalização, que representou, sobretudo, uma reclusão, uma exclusão social, daqueles considerados inaptos à sociedade.

O manicômio³ constituiu-se com *status* de terapêutico a partir do saber-poder médico e da vontade político-social-científica de proteger os “loucos” da sociedade e a sociedade dos “loucos”. No entanto, a atribuição de terapêutico pouco pôde ser visualizada nesta forma de atenção totalizante, passando o manicômio, na prática, a ocupar um caráter punitivo/restritivo.

Foucault (2003) trabalha com o conceito de “corpo político” como conjunto dos elementos materiais e das técnicas que servem de armas, de reforço, de vias de comunicação e de pontos de apoio para as relações de poder e de saber que investem os corpos humanos e os submetem, fazendo deles objetos de saber. A busca da psiquiatria de um corpo inteligível é também a busca de um corpo útil em que se estabelece a noção de “docilidade” que une ao corpo analisável o corpo manipulável; conhecer a loucura para manipular os corpos, docilizá-los e convocá-los às normas. É dócil o corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado (Foucault, 2003, p. 118).

A disciplina presente no hospital psiquiátrico controla os espaços, os tempos, as atividades, os papéis e funções dos indivíduos. Ela “dissocia o poder do corpo; faz dele por um lado uma ‘aptidão’, uma ‘capacidade’ que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita” (Foucault, 2003, p. 118).

O Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), onde cursei minha residência, localiza-se no bairro Partenon em Porto Alegre e possui mais de 120 anos. A presença da educação física no referido manicômio não é recente. Há 30 anos graduados da área atuam junto aos seus pacientes. Realizando neste

³ Gostaria de salientar que não faço distinção entre os termos manicômio, hospício ou hospital psiquiátrico, entendendo todos como sinônimos que nomeiam a mesma instituição excludente e estigmatizante.

texto uma breve reflexão, mas que foi um constante desassossego durante meu período de formação, questiono: quais os objetivos das atividades associadas à educação física na instituição? Que pressupostos sustentam sua intervenção? De que modo é legitimada?

Para Peluso e Andrade (2005), a legitimidade para o desenvolvimento de atividades físicas é encontrada nas recomendações do *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) e do *American College of Sports Medicine* (ACSM).⁴ Em seu artigo de revisão, os autores apontam que, através de atividades físicas, se pode melhorar a saúde mental por razões fisiológicas (como a produção de endorfinas) e razões psicológicas (como distração e interação social). Percebe-se aí a força do discurso biomédico onde as atividades físicas fazem as vezes de remédio ou de substituto do mesmo: tomar antidepressivo e jogar futebol para animar; ansiolítico e alongamentos para relaxar... Pode parecer rude apresentar tais práticas dessa forma, até mesmo porque elas podem ser significadas de diferentes maneiras, mas é neste movimento analítico que pretendo problematizar os discursos nelas inscritos.

Do meu ponto de vista o mandamento “ter saúde”, ou “conservar a saúde” não se restringe a evitar doenças, a “preservar-se”, a “não correr riscos”, a permanecer na normalidade médica. Esta é só uma das versões do paradigma/mandamento, ou se preferirmos, da utopia saúde. Esta versão é a hegemônica, predominantemente na biomedicina. (Luz, 2003, p. 93)

Da experiência vivida no HPSP, me pareceu que as atividades promovidas sob coordenação de graduados em educação física tinham caráter complementar e eram subordinadas às desenvolvidas por psiquiatras, psicólogos e enfermeiros. Diferente das práticas de áreas ditas *psi*⁵ realizadas em consultórios fechados, as atividades da educação física jogavam com a idéia de liberdade. Em caminhadas e passeios promovidos com pacientes crônicos (como são chamados os pacientes que moram no hospital), esses deixavam o hospital por alguns instantes para depois retornarem à reclusão do mesmo. Para pacientes ditos agudos (assim chamados aqueles que passam um período internados para depois retornarem a seus lugares de origem⁶) são realizadas atividades de recreação no pátio interno do hospital. É o único momento em que deixam a unidade em que estão internados e onde lhes é permitido fumar. Tal benefício é concedido àqueles que já apresentaram alguma resposta em seu tratamento e é utilizado como barganha de comportamentos espe-

⁴ As recomendações do CDC e do ACSM referenciadas pelos autores estão em Pate e colaboradores (1995).
⁵ Psiquiatria, psicologia e enfermagem psiquiátrica.

⁶ Importante ressaltar que desde 1992 é proibida a institucionalização em hospitais psiquiátricos no Rio Grande do Sul.

rados. Conseqüentemente, o privilégio é vetado em caráter de castigo quando do *desvio* dos mesmos.

Suponho que algum retorno fisiológico é esperado de tais atividades, mas parece-me que as atividades recreativas coordenadas pela educação física estavam mais voltadas para tornar a estada no hospital mais agradável (ou menos desagradável). Contudo, as atividades recreativas não se afastavam muito do funcionamento normatizador do manicômio. Parece-me que a expectativa da instituição em relação a tais atividades era de que nelas os pacientes gastassem suas “energias”; após sua realização não fossem indisciplinados e após certo tempo na “rua” pudessem suportar melhor a clausura.

Encontrei um número da revista *Comunidade Científica* de 1984 que continha um artigo sobre esportes em uma comunidade terapêutica psiquiátrica de São Paulo, que me parece ilustrar a função das atividades físicas no ambiente manicomial. Chamou-me especial atenção um dos objetivos apresentados para o desenvolvimento das atividades esportivas: “contribuir para o equilíbrio dinâmico da vida comunitária da Clínica, através da drenagem de tensões e agressividade dos pacientes e funcionários” (Barreto Sobrinho, 1984, p. 13). O autor descreve como conclusão evidente dos benefícios das atividades físicas “a indiscutível atmosfera agradável que reina no ambiente intra-hospitalar”. De tal forma, fica ilustrado que as atividades físicas contribuem na docilização⁷ dos corpos.

A questão é qual o modelo de cuidado que são sujeitados os pacientes: um modelo de clausura, disciplinamento, docilização. Sob o signo de recreação terapêutica busca-se dar sentido ao entretenimento propiciado aos pacientes, através de práticas que, em grande parte, não têm significado para os mesmos, pois não fazem parte de sua história de vida e cultura. Mas, mais do que isso, se busca uma legitimação da intervenção da educação física colando-a a um modelo científico biomédico. Em efeitos anatomofisiológicos de alongamentos, caminhadas e afins, seus profissionais buscam galgar novo *status* na comunidade terapêutica. Não desmereço tais efeitos, nem critico o rigor na intervenção profissional e no embasamento científico. Considero legítimo e importante que a educação física não se resuma à atividade complementar de outras profissões; contudo, aproximar-se do discurso biomédico me parece reforçar o caráter manicomial e normatizador das intervenções.

O rompimento com o modelo manicomial de assistência proposto na reforma psiquiátrica em implementação no Brasil, somado à emergência de

⁷ “Dizer que a disciplina fabrica corpos dóceis não significa dizer que ela fabrica corpos obedientes. Falar em corpos dóceis é falar em corpos maleáveis e moldáveis; mas não se trata, aí, de uma moldagem imposta, feita à força. Ao contrário, o que é notável no poder disciplinar é que ele ‘atua’ ao nível do corpo e dos saberes, do que resultam formas particulares tanto de estar no mundo – no eixo corporal –, quanto de cada um conhecer o mundo e nele se situar – no eixo dos saberes” (Veiga-Neto, 2003, p. 85).

uma visão de saúde na educação física que valoriza a perspectiva da saúde coletiva, exige que as formas de cuidar e entender o sofrimento psíquico sejam reformuladas. Intervir em um serviço comunitário de saúde não significa, não garante que, por consequência, o modelo manicomial seja rompido. A mesma forma de cuidar dentro do hospital pode ser reproduzida nesse espaço quando se busca a normatização.

Busquei problematizar uma maneira “manicomial” de fazer educação física no campo da saúde mental, mesmo que, e apesar de, esta estar sempre sujeita a pequenas e constantes reformulações. Entretanto, como intervir de forma antimanicomial, voltada para a desinstitucionalização, em práticas corporais? Tomado pelo tema, busco discutir como a educação física pode contribuir para serviços de saúde mental substitutivos ao manicômio de forma orientada em uma perspectiva desinstitucionalizante da reforma psiquiátrica.

Buscando o tom das reformas sanitária e psiquiátrica

No Brasil a reforma psiquiátrica está inserida em um conjunto de mudanças nas práticas e organização dos serviços de saúde pública. O importante nessas mudanças foi o papel do movimento sanitarista iniciado na década de 1970 que, através de sua luta e problematizações, serviu de base para estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS). Marco fundamental foi a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, que contou com ampla participação popular e rompimento com uma forma burocrática de conferência onde temas e resultados já estavam predefinidos (Arouca, 2002). O SUS é instituído pelas Leis Orgânicas nº 8080/1990 e nº 8142/1990, tendo como grande conquista a universalização da saúde.

A Corrente em defesa da vida, no final da década de 1980, teve destacado papel dentro do movimento sanitarista sobre as mudanças na atenção à saúde como um todo, inclusive na saúde mental. Produzir saúde, nessa corrente, significa contribuir para o aumento do coeficiente de autonomia de indivíduos e coletivos para viver a vida, possibilitando-lhes lidar com as limitações decorrentes da doença, da genética e do contexto psicossocial. Isso demanda capacidade de discernimento, condições dignas de vida e oportunidade para utilizar instrumentos naturais e artificiais para afastar a dor, o sofrimento, a morte e poder escolher os vários modos de seguir a vida (Carvalho, 2002).

Por uma sociedade sem manicômios – esta é a bandeira erguida e defendida por trabalhadores e usuários dos serviços de saúde que compõem o movimento antimanicomial, o qual teve suas origens no final da década de 1970 e se fortaleceu durante a década de 1980 (Amarante, 1995; Paulin; Turato, 2004). O movimento de trabalhadores e usuários pela melhoria da assistência em saúde mental será determinante nas reformulações da legislação

relativas ao campo da saúde mental promovidas a partir da década de 1990 e, inclusive, nos próprios conceitos implicados nele. Este conjunto de mudanças tem sido chamado de reforma psiquiátrica e, no Brasil, tem sido implementado com a proposta de “desinstitucionalização”. Sua bandeira maior é o fim dos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços de saúde substitutivos a eles; contudo, não se limita à mudança de estabelecimentos, se estende a toda uma reformulação das práticas de cuidado e do próprio entendimento sobre loucura. São esforços para romper com a lógica dos modelos psiquiátrico clássico, medicalizante e de clausura. Em 1992 foi aprovada, no Rio Grande do Sul, a Lei Estadual nº 9.716 que determina a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental. Outros Estados aprovaram leis semelhantes nos anos seguintes. Em nível federal, foi aprovada, em 2001, a Lei nº 10.216 originada do Projeto de Lei Paulo Delgado de 1989. Ela propõe que os tratamentos ocorram, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental e que tenham, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

É com a noção de “território” que se busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (Brasil, 2004).

Quando encaramos a perspectiva de trabalhar com o conceito de território, se torna evidente a importância, mas também a insuficiência, da constituição de outros serviços de atenção em saúde mental. Como dito anteriormente, lidar com território implica ir além da constituição de serviços de saúde, pois exige envolvimento na cultura local, inclusive em seus conflitos. Inserir um usuário de saúde mental na comunidade exige o embate com o estigma de “louco” que o situa na condição de perigoso, de inabilitado, daquele que deveria estar recluso, escondido.

A desconstrução do imaginário do “louco perigoso” está contida na destruição dos “manicômios mentais” que aprisionam a razão em nome da norma (Pelbart, 1992). Essa destruição passa por estratégias múltiplas de mudanças pessoais, grupais e institucionais através de novas práticas reafirmadas com resultados de inserção, encontros, debates, capacitações e abertura para a construção coletiva da desinstitucionalização.

Desinstitucionalizar, segundo Paulon (2003), refere-se a colocar em questão a noção mesma de loucura, assim como das práticas e formas de relação que estabelecemos com ela, seja na condição de doentes, técnicos, familiares ou comunidade em geral. A problematização das diferentes implicações que os atores sociais, profissionais de saúde ou não, tem com a instituição da loucura é o que permite um avanço no processo de desinstitucionalização

que, nesta medida, se inscreve muito mais no plano dos processos de subjetivação do que das leis ou mesmo das medidas pedagógico-informativas.

Ambiciona-se na reforma psiquiátrica a manutenção de uma assistência ao usuário de saúde mental em sua comunidade. Busca-se evitar as internações psiquiátricas que o retiram de seu contexto sociocultural, costumam ser traumáticas e dificultam sua reinserção social. Contudo, mesmo dentro de suas comunidades, os usuários enfrentam o estigma e acabam sendo excluídos das práticas sociais. Porém, é somente no seio da comunidade que o estigma pode ser desconstruído.

As práticas corporais são elementos constituintes de uma dada comunidade e constituídas por elas, de tal forma que se configuram como um potencial veículo de pertencimento. O desenvolvimento de práticas que façam sentido para o usuário pertencente de determinada comunidade se torna, dessa forma, importante instrumento terapêutico.

Gostaria de ressaltar que a utilização do termo “práticas corporais” no lugar de “atividade física” não é mero acaso. Na 1ª Conferência Internacional de Consenso sobre Exercício Físico, Aptidão Física e Saúde realizada em Toronto no ano de 1988, a atividade física ficou definida como “qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulte em gasto de energia” (Bouchard; Shephard; Stephens, 1990, p. 48). Já o termo “prática corporal”, para Ana Márcia Silva (2001), deve ser compreendido em sua acepção de “levar a efeito” ou “exprimir” uma dada intenção ou sentido e fazê-lo, nesse caso, por meio do corpo. Essa expressão mostra adequadamente o sentido de construção cultural e linguagem presentes nas diferentes formas de expressão corporal. Esse sentido de construção cultural está ausente na expressão “atividade física”, que tanto etimológica como conceitualmente se mostra reducionista em sua perspectiva.

O desenvolvimento de grupos terapêuticos em serviços de saúde mental voltados para práticas corporais parece-me convergente à proposta de desinstitucionalização quando voltados para reinserção nas práticas da comunidade. Permanecer indefinidamente em grupos com participação apenas de usuários não atende a esse critério. Arouca (2002) atenta que o conceito saúde/doença está ligado a trabalho, saneamento, lazer e cultura, sendo, portanto, fundamental o exercício da intersetorialidade. A saúde não se restringe aos serviços de atenção, está em diferentes espaços do território, na composição das redes sociais e assistenciais dos indivíduos, de forma que a intervenção em saúde mental deva estar voltada para a cidade e não para a doença, limitando-se a atendimentos em consultório. Na mesma lógica, a intervenção da educação física deve voltar-se para o agenciamento e potencialização de práticas corporais na comunidade. Por certo que em determinados momentos espaços mais continentais são necessários e podem, inclusi-

ve, justificar a estruturação de grupos apenas de usuários de saúde mental; contudo, a permanência indefinida não deve constituir-se como objetivo.

Um tratamento voltado para a vida na cidade, para a vitalidade, exige o rompimento com a lógica biomédica de cura, onde as atividades físicas agem como se fossem remédios, em uma perspectiva de uso-efeito, causa-consequência. Exige rompimento com o foco na doença, no entendimento de sofrimento psíquico que precisa ser sanado para se alcançar o padrão normal de indivíduo. Ilustro a perspectiva da vitalidade através de Madel Luz:

[...] estar saudável é também ter alegria, disposição para a vida, recuperar o prazer das coisas cotidianas e poder estar com os outros (família, amigos). Desse ponto de vista, ter saúde é romper o isolamento provocado pelas sanções a que a sociedade contemporânea relega parte importante de seus componentes, em razão de idade, da doença, do desemprego, da pobreza, considerando-se as principais fontes de isolamento. A saúde representa, neste caso, uma vitória contra a morte social[...]. Em outras palavras, a conquista da saúde não deixa de ser, muitas vezes, fruto de uma vitória contra a cultura. (Luz, 2003, p. 116)

A luta antimanicomial implica necessariamente a politização da intervenção. Politizar é retirar o cuidado em saúde mental de sua tradicional função de controle social, feita em nome de ditames técnicos e científicos, para colocá-la a trabalho pela autonomia e independência das pessoas. Trata-se de aproveitar as vantagens trazidas pelos avanços da técnica e da ciência, redimensionando, porém, seu lugar e importância no trato da loucura (Giacoia Junior, 2003).

Entendemos autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para sua vida conforme as diversas situações que enfrente, assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência, nem com independência. Dependente somos todos; a questão dos usuários é, antes, uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Essa situação de dependência restrita/restritiva é que diminui sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isso amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida. (Tykanori apud Tenório, 2001, p. 64)

Ao encarar os discursos manicomial e antimanicomial, a luta pela desinstitucionalização ou pela manutenção do hospital psiquiátrico, a humanização do cuidado em saúde ou a manutenção do modelo biomédico parece-me adequado ressaltar que o fazer científico é também político quando se opera com o conceito de poder-saber e o sistema de constituição de verdades em Foucault. Para tanto, compor uma forma não manicomial para educação física na saúde mental passa, essencialmente, por uma discussão politizada do conceito de saúde, pela implicação com a cultura corporal comunitária e por discutir a inserção da área na saúde coletiva. Devemos questionar o

que entendemos por saúde, que tipo de intervenção estamos fazendo e qual queremos, mas, sobretudo, devemos escutar as pessoas com as quais trabalhamos e estar atentos às culturas nas quais estamos inseridos.

Referências

AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1992.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. ACSM position stand: the recommend quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardio-respiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. *Med Sci Sports Exerc.*, Indianapolis, v. 30, n. 6, p. 975-991, 1998.

AROUCA, S. O eterno guru da Reforma Sanitária. *Radis 3*, Rio de Janeiro, n. 3, p. 18-21, 2002. [Entrevista].

CARVALHO, S. R. *Saúde coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Federal de Campinas, Campinas, 2002.

BARRETO SOBRINHO, J. de O. O esporte para pacientes em uma comunidade terapêutica psiquiátrica. *Comunidade Esportiva*, Rio de Janeiro, n. 31/32, ano IV, p. 11-13, jul./out. 1984.

BARROS, F. O. PAI-PJ – Projeto de Atenção Interdisciplinar ao paciente judiciário. *Cadernos de Texto de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental*, Brasília, Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2001.

BOUCHARD, C.; SHEPHARD, R.; STEPHENS, T. Exercise, fitness and health: the consensus statement. In: EDWARDS, P. *A healthy city is an active city: a strategic framework of the promotions of Active Living at the community or city level*. Toronto, Lifestyle Information Network (LIN), p. 44-68. 1990. Disponível em: <<http://www.lin.ca/resorce/htmlal044%5B5%5D.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

DIAS, M. T. G. Manicômios: sua crítica e possibilidade de superação. In: PUEL, E. et al. *Saúde mental: transpondo as fronteiras hospitalares*. Porto Alegre: Dacasa, 1997. p. 11-19.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

_____. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 2004.

FRAGA, A. B. *Exercício de informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa*. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

GIACOIA JUNIOR, O. Prefácio. In: LOBOSQUE, A. M. *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1987.

LUZ, M. T. *Novos saberes e práticas em saúde coletivas: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec, 2003.

MÜHLEN, J. C.; MASIERO, D.; BRAUNER, L. M.; GOELLNER, S. V. A intervenção do Profissional de Educação Física no Sistema Público de Saúde: a experiência do Grupo PET. In: XIV Salão de Iniciação Científica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *Anais...*, Porto Alegre, 2002. p. 610.

PATE R. R.; PRATT, M.; BLAIR, S. N.; HASKELL, W. L.; MACERA, C. A. BOUCHARD, C. et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*, Chicago, v. 273, n. 5, p. 402-407, 1995.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. 11, n. 2, p. 241-258, maio/ago. 2004.

PAULON, S. M. *Desinstitucionalização da loucura, práticas de cuidado e a reforma psiquiátrica no RS*. Projeto de Tese (Doutorado), Universidade do Vale dos Sinos, São Leopoldo, 2003.

PELBART, P. P. Biopolítica e biopotência no coração do Império. In: LINS, D.; GADELHA, S. (Org.). *Nietzsche e Deleuze: o que pode o corpo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

_____. Manicômio mental: a outra face da clausura. *SaúdeLoucura*, São Paulo, n. 2, Hucitec, 1992.

PELUSO, M. A. M.; ANDRADE, L. H. S. G. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics*, São Paulo, v. 60, n. 1, p. 61-70, 2005.

SILVA, A. M. A natureza da Physis Humana. In: SOARES, C. (Org.). *Corpo e história*. Campinas: Autores Associados, 2001. p. 25-41.

TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

VEIGA-NETO, A. *Foucault e a educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

WACHS, F.; COSTA, M. R. P.; GOELLNER, S. V. Mudando pesos e formas. In: XIV Salão de Iniciação Científica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *Anais...*, Porto Alegre, 2002. p. 506.

A educação física bate à porta: o Programa de Saúde da Família (PSF) e o acesso à saúde coletiva

Dagoberto de Oliveira Machado

Abrindo a porta

O presente texto¹ nasceu de uma experiência junto ao Programa de Saúde da Família (PSF). Em uma tarde do mês de maio de 2006 acompanhei a visita de uma agente comunitária de saúde (ACS) do Centro de Saúde Modelo, em Porto Alegre, a uma das nove comunidades atendidas pelo programa. Já sabia que as 35 famílias a serem visitadas moravam ao redor da avenida Ipiranga, próximo da região central de Porto Alegre, porém não fazia idéia que para entrar naquela comunidade precisaríamos passar por uma pequena porta espremida entre dois prédios.

Quando me deparei diante daquela porta pela primeira vez me veio uma série de imagens. Esconderijo talvez tenha sido a associação mais forte, uma porta resguardando a comunidade do olhar civilizador, demarcando as fronteiras entre dois mundos, delimitando o que se pode ver (prédios que margeiam a avenida) e o que se deve tirar do olhar (interior de uma comunidade carente) de quem passa por essa avenida.

Para os “forasteiros” que pretendem entrar, aquela porta também parece funcionar como um sutil mecanismo de controle dos acessos. Ao mesmo tempo em que inibe visitas indesejáveis, ela permite o ingresso de serviços considerados importantes pela comunidade, como no caso da equipe do PSF Modelo.

Essas primeiras impressões encontram ressonâncias na própria história da comunidade, que se formou há mais de 60 anos em torno de um campo de futebol de várzea, com um taquaral, um riacho e poucas construções. As suas casas são, predominantemente, de alvenaria mista e madeira, e se encontram em condições regulares, mas as famílias ali residentes carecem de saneamento básico, área de lazer e locais para o escoamento da água.

Das inúmeras possibilidades de articulação entre o trabalho de investigação recém-iniciado sobre o lugar da educação física nos programas de saúde da família e minha “iniciação” ao campo de trabalho da equipe do PSF Modelo, a metáfora da porta acabou funcionando como elemento aglutinador da escrita. A partir dela pude visualizar três diferentes “entradas”:

Dagoberto de Oliveira Machado é licenciado em educação física pela UFRGS.

¹ Integralmente baseado no meu trabalho de conclusão de curso de licenciatura em educação física da UFRGS (Machado, 2006).

- a) as portas abertas durante minha formação universitária;
- b) o PSF como porta de entrada para a rede do Sistema Único de Saúde;
- c) a saúde coletiva como uma porta de acesso para a educação física.

A intenção deste texto é mostrar, através de uma pequena *fresta*, a imensa discussão que se abre com a inserção do professor de educação física no SUS através de uma comunicação com a saúde coletiva.

Na porta da formação

Pode-se pensar inicialmente que passando pelo vestibular o estudante terá acesso a todas as portas da formação que o levarão ao conhecimento específico em sua área. Contudo, nas áreas da saúde a situação não é bem assim; algumas portas (currículos dos cursos) ainda se encontram fechadas, ou mesmo quando entreabertas deixam ver pouco do que já foi acumulado e do que vem sendo discutido sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), por exemplo.

A educação física é uma das áreas da saúde onde pouco se discute o SUS. De acordo com Pasquim (2005), as grades curriculares dos cursos de educação física da USP e Unicamp não vêm dando conta do tema da saúde pública e coletiva; ainda prepondera uma bibliografia centrada em aspectos biológicos em detrimento de um olhar integral e humanista.

Essa situação produz uma lacuna na formação do futuro trabalhador, que ao sair da graduação encontrará uma realidade desconhecida, induzindo o estudante a se conformar com a sua formação, sem conhecer outras oportunidades, além das apresentadas pela grade curricular. Sair dessa conformidade com o sistema educacional superior não é uma tarefa fácil; o primeiro passo é se dar conta de que o processo de aprendizagem vai além das paredes da sala de aula, talvez esta tomada de consciência faça-o procurar outras possibilidades de ampliar seu conhecimento e sua vivência. Parece que uma dessas possibilidades é a participação em movimentos sociais, como é o caso do movimento estudantil.

Quando ingressei na faculdade em 2001 não encontrei disciplinas, grupos ou locais que discutissem a saúde pública e coletiva, sendo apenas em 2004 que entrei em contato com o Coletivo *Saudes*, um grupo de estudantes da área da saúde que realizava discussões acerca do tema. O caráter principal deste grupo era a interdisciplinaridade, integrando estudantes dos diversos cursos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

A participação nesse coletivo me fez procurar outras possibilidades de atuação do professor de educação física no campo da saúde pública. Foi assim que em 2005 fui estagiário do Serviço de Psiquiatria do Hospital de

Clínicas de Porto Alegre, no setor de recreação terapêutica. Esta experiência foi uma *porta* muito significativa no meu contato com o usuário, sendo minha primeira investida no que tange ao cuidado, constituindo uma possibilidade real em que minha prática pedagógica contribuía para o tratamento e a recuperação daqueles sujeitos.

Também através do Coletivo *Saudes*, pude conhecer e vivenciar o projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil); em janeiro de 2006, trabalhei como estagiário na cidade de Ijuí (região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul). Em julho, participei da comissão organizadora e fui facilitador de uma equipe em Porto Alegre. O projeto VER-SUS faz parte de uma estratégia do Ministério da Saúde e do movimento estudantil da área da saúde de aproximar os estudantes universitários do setor aos desafios inerentes à implantação do SUS em todo o território nacional.

Neste projeto, o estudante pode entrar em contato não apenas com outros cursos da área da saúde, mas também com os desafios, dificuldades e os avanços do SUS, podendo, durante a sua formação, problematizar, através de uma vivência, a organização dos serviços de saúde, conhecendo melhor o sistema público de saúde brasileiro.

O VER-SUS, conforme o Ministério da Saúde, tem como principais objetivos:

- 1) valorizar e potencializar o compromisso ético-político dos participantes no processo de implantação do SUS;
- 2) provocar reflexões acerca do papel do estudante como agente transformador da realidade social;
- 3) contribuir para a construção do conceito ampliado de saúde;
- 4) sensibilizar gestores, trabalhadores e formadores da área da saúde, estimulando discussões e práticas relativas à educação permanente e às interações entre educação, trabalho e práticas sociais;
- 5) contribuir para o amadurecimento da prática multiprofissional e interdisciplinar, para a articulação interinstitucional e intersetorial e para a integração ensino-serviço-gestão-control social no campo da saúde;
- 6) contribuir para o debate sobre o projeto político-pedagógico da graduação em saúde e sobre a implementação das diretrizes curriculares nacionais e das diretrizes constitucionais do SUS, fortalecendo os compromissos do SUS com o ensino da saúde;
- 7) estimular a inserção dos estudantes no movimento estudantil e em outros movimentos sociais. (Brasil, 2006b)

Com estes objetivos, o VER-SUS atende a uma parte deficitária da formação acadêmica, abrindo portas e apresentando uma realidade não vivenciada durante a formação do trabalhador em saúde, e avança ao problematizar a necessidade de mudanças na própria organização do ensino da graduação,

em suas diretrizes curriculares, em que as disciplinas muitas vezes não conseguem dialogar entre si.

Nunes e Fraga (2006) produziram um estudo de caso a partir da metáfora elaborada por um acadêmico que cursava a disciplina de prática de ensino: “o problema é que não estamos conseguindo fazer o alinhamento astral”. Através de tal metáfora, discutem a falta de conexão entre as diferentes disciplinas que compõem o currículo do curso de licenciatura em educação física da UFRGS. De acordo com os autores, para o acadêmico tem-se uma vaga idéia sobre a forma como os astros estão alinhados, sabe-se da sua existência, sabe-se que há algum motivo para estarem ali dispostos da forma como estão, mas não se sabe o que os interliga (Nunes; Fraga, 2006). Assim também ocorre com as disciplinas, em que se sabe de sua existência no currículo, conhecem-se alguns de seus conteúdos, sabe-se que há uma razão para estarem dispostas como estão, mas não se sabe o porquê e nem o que as interliga. Então, a situação que se apresenta é da falta de um “alinhamento astral” entre as disciplinas, sendo elas apenas “astros”, sem uma ligação visível para o estudante, durante a sua formação, não produzindo um sentido significativo no seu processo de aprendizagem (Nunes; Fraga, 2006).

Durante a formação universitária, participar do movimento estudantil, através do *Saudes* e do projeto VER-SUS, abrem *portas* importantes que possibilitam o acesso ao conhecimento de algumas discussões no campo da saúde pública e coletiva, catalisando o interesse pelo SUS e as possibilidades de atuação no campo do cuidado da população. É necessário avançar nas discussões das grades curriculares dos cursos, para que estes possam cumprir a tarefa de formar um trabalhador capaz de conhecer e reconhecer o seu campo de atuação; no caso da saúde, o SUS. Vários são os caminhos de formação que um estudante pode percorrer. O que trilhei me levou a portas através das quais ampliei minha formação formal da universidade. Construí outros olhares sobre a educação física, que me levaram a escolher a aproximação daquela que se propõem ser a porta de entrada da saúde pública no SUS, o PSF, como temática de meu trabalho de conclusão de curso.

O PSF como uma das portas do SUS

Apesar de reconhecer as discussões sobre quais são as portas do SUS, e que existem diversas formas de entrada no sistema, como é o caso das urgências e emergências hospitalares, neste texto concentro minhas reflexões no PSF como “a porta de entrada” do SUS, que se propõem a: dar acesso a um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; intervir sobre os

fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; prestar assistência integral, permanente e de qualidade; e realizar atividades de educação e promoção da saúde (Brasil, 2006a).

Carvalho (2001) apresenta o PSF como um dos programas que se destaca no campo das políticas públicas de intervenção; contudo, a autora questiona quem, na educação física, discute este programa e políticas como esta. Entendendo o quanto é novo para a educação física a discussão em saúde pública e coletiva, pretendo, de forma introdutória, apresentar algumas características do PSF, tentando responder a duas perguntas básicas: o que é o PSF? E qual é a sua função dentro da saúde da população?

De acordo com o glossário do SUS (Brasil, 2006a), o PSF, criado em 1994, está dentro da categoria de atenção básica à saúde, e seu principal objetivo é melhorar a “qualidade de vida” dos brasileiros, através de uma reorganização das bases da prática em atenção à saúde, modificando o modelo tradicional ao levar a saúde para perto da família. Suas estratégias de ações priorizam a prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, em atendimentos nas unidades básicas ou nos domicílios.

A função do PSF, nesta tentativa de modificação do modelo tradicional, é construir um vínculo com a comunidade, centralizando o seu atendimento no usuário, e respeitando os princípios e diretrizes do SUS (universalidade, integralidade e equidade) em um contexto de descentralização e controle social da gestão.

Uma equipe de saúde da família (ESF) é composta, no mínimo, por um médico generalista (com conhecimento de clínica geral), um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. E todos os integrantes da ESF precisam trabalhar em regime integral, 8 horas por dia, cumprindo 40 horas por semana. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de 600 a 1.000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas de uma determinada área (Brasil, 2001).

Suas ações são de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e manutenção da saúde, e conforme a Norma Operacional da Assistência à Saúde, de 2001, busca ampliar a responsabilidade dos municípios com a atenção básica, estabelecendo como principais responsabilidades a serem executadas nas áreas prioritárias: ações de saúde da criança; ações de saúde da mulher; controle da hipertensão controle da diabetes melito; controle da tuberculose; eliminação da hanseníase; ações de saúde bucal (Brasil, 2001).

Neste contexto de aproximação, vínculo e abertura de *portas* dentro da própria comunidade, através do PSF, é importante apresentar o agente comunitário de saúde, profissional essencial para o trabalho da equipe, pois é ele que mora na região de atuação da equipe, está sempre em contato com as

necessidades da comunidade, sendo responsável pelo acompanhamento de aproximadamente 150 famílias que vivem no seu território de atuação. Ele pode ser encontrado em duas situações distintas em relação à rede do SUS: a) ligado a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da família; e b) ligado a uma unidade básica de saúde da família como membro da equipe multiprofissional (Brasil, 2006a).

Hoje no Brasil, o número é de 217.117 agentes comunitários de saúde em 5.290 municípios, alguns distribuídos nas 26.259 equipes de saúde da família, em 5.093 municípios (Brasil, 2006a). Na cidade de Porto Alegre, o PSF iniciou em 1996, e segundo dados do sítio da Secretaria Municipal de Saúde (Porto Alegre, 2006), conta com 84 equipes que atendem a uma população de 290 mil moradores da cidade. Durante meu trabalho de conclusão de curso, conheci o funcionamento de uma destas equipes, a do PSF Modelo, que é composta por uma médica, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, atendendo nove comunidades da região central de Porto Alegre.

A educação física como porta da saúde coletiva

Na terceira metáfora sobre a “porta”, procuro introduzir as possibilidades de comunicação que se apresentam entre a educação física e saúde coletiva. Para isso utilizo as palavras de alguns autores tanto no campo da saúde coletiva quanto da educação física.

Conforme Campos (1991), a história da saúde pública no país passa por três momentos distintos; o primeiro em que a saúde é de interesse do Estado, por ser a base do potencial exportador, no período da primeira república; o segundo em que é deixada de lado, ocorrendo um “ocaso” por não ser prioridade do sistema industrial vigente na época entre 1930 a 1970; e o terceiro que, pelo acúmulo de problemas deste ocaso anterior, produz demandas muito profundas com seu ápice em uma crise financeira e política na prestação dos serviços. Outro autor (Merhy, 1997) chama a atenção para um outro momento relevante durante o “ocaso” da saúde: na implantação do regime militar no país em 1964, várias possibilidades de se construir um sistema de saúde unificado já apareciam nos relatórios das conferências e congressos da área de saúde, mas foram sufocadas por ações do governo militar, principalmente nos três primeiros governos, em privatizações e medicalização de quase todo o sistema de saúde.

Na década de 1970 ressurgiu o movimento sanitário, redefinindo seu objeto de trabalho, de uma ideologia higienista voltando-se para o planejamento e administração dos serviços em saúde, substituindo a lógica da dinâmica do mercado pela do planejamento técnico (Campos, 1991). Nas propos-

tas deste movimento está também presente uma mudança na organização dos serviços de acordo com os critérios da organização das unidades conforme a complexidade do serviço. Outro conceito é o da organização regionalizada, obedecendo a critérios de descentralização administrativa e planejamento conforme a necessidade local, além de um sistema unificado de saúde que rompesse com a multiplicidade de serviços públicos.

Neste contexto de mudança provocada pelo movimento sanitário, em 1986, ocorre a Conferência Nacional de Saúde, trazendo a ampliação da participação da população e do conceito de saúde, que passa a ser considerado como:

A resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1986)

Após a Constituição de 1988, fica estabelecido no artigo 196 que saúde é “direito de todos e dever do estado”, e em 1990 é criado, através da Lei Orgânica nº 8.080/90, o Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços de saúde do país. A partir deste período a luta tem sido pela real implementação do sistema que apresenta avanços e desafios (Conselho Nacional de Saúde, 2002). O SUS tem como principais princípios e diretrizes: o atendimento integral do usuário, a universalidade do acesso aos serviços de saúde em todo o território nacional, a descentralização da gestão, de forma hierarquizada e regionalizada, e a participação da população, inclusive nas decisões de políticas públicas, através dos conselhos de saúde e das conferências de saúde, nas esferas de governo municipal, estadual e federal (Brasil, 1988; 1990a; 1990b).

Na educação física, as preocupações no campo da saúde estão ligadas a diversos fatores, que alguns autores chamam de uma melhoria da “qualidade de vida” do indivíduo (Melo et al., 2005; Monteiro; Sobral Filho, 2004; Ciolac; Guimarães, 2004). Dentro desta perspectiva, esses autores, entre outros, têm apresentado trabalhos com resultados que põem a prática de atividades físicas, exercícios, esporte e lazer como soluções não somente para o tratamento de patologias, mas também como alternativas favoráveis à melhora das condições de saúde, com caráter promotor destas condições.

Carvalho (2001) relata que as formulações teóricas se utilizam de um conceito de qualidade de vida para justificar velhas propostas com novas denominações, tidas muitas vezes como sinônimo do conceito de saúde. Assim, também aparece o conceito de vida ativa, que como afirma Fraga (2006), apresenta-se como um “nome fantasia” para atividade física associa-

da à saúde, procurando “cavar” um novo espaço na área da promoção da saúde pública.

Bagrichevsky e colaboradores (2006) relata que o enfoque de pesquisas no campo biológico ainda hoje se encontra presente, com detrimento nas abordagens socioculturais, econômicas e políticas dos intervenientes no processo saúde-doença. A forte influência biológica no campo da pesquisa científica tem sua sustentação na necessidade de controle dos corpos, aparecendo impregnada na mensagem de vida ativa, que conforme Fraga (2006), reduz a função da educação física ao controle do gasto calórico. Sendo assim, a atividade física é uma porta de fuga da situação de sedentário.

De acordo com Foucault (1979), o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. O corpo é uma realidade biopolítica; portanto, a informação sobre ele é uma estratégia biopolítica de dominação.

Hoje em dia, basta o “acúmulo de 30 minutos de atividade física de intensidade moderada ao longo do dia, que podem ser fracionados em até três períodos de 10 minutos, preferencialmente todos os dias da semana, contabilizando um gasto energético mínimo de 2000 calorias semanais” (Pate et al., 1995), para que o sujeito seja considerado um ser saudável e se livre do estigma de sedentário. Essa é a mensagem difundida por programas de atividade física relacionados à saúde, e que ganha força com a chancela da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2003), sendo referência na estruturação de tais programas (Fraga, 2006). De acordo com Mira (2003), as correlações entre os exercícios físicos e saúde têm-se sustentado em um provável efeito de casualidade, defendido por argumentações epidemiológicas, mas que não possuem sua comprovação em explicações teóricas explicativas, mostrando-se como uma “caixa preta” na tentativa de justificar os efeitos benéficos dos exercícios físicos.

A constituição e disseminação dessa mensagem em documentos da OMS não foram casuais, tampouco se trata de um movimento iniciado no século XXI. Conforme Fraga (2006), as condições de emergência do discurso da vida ativa podem ser apontadas já em meados dos anos 1950, quando surgem os primeiros estudos associando atividade física moderada a benefícios físico-sanitários no combate a doenças crônico-degenerativas. Nos anos 1970, com a influência do método Cooper, a corrida passou a ser a atividade mais sugerida (Sant’anna, 1994; Lovisolo, 2000). Nesta década se acreditava que seria necessário um programa metodicamente estruturado em exercícios intensos e ininterruptos (50-60 minutos, três vezes por semana), até à década de 1980 em que este conceito passa a ser condenado, devido ao grande número de lesões, traumas e estresses (Lovisolo, 2000; Fraga, 2006).

Então, foi necessária uma nova reestruturação das relações conceituais e recomendações sobre a quantidade de atividade física ideal para a manutenção da saúde. Isso começa a ser consolidado a partir de 1988, na “Primeira Conferência Internacional de Consenso sobre exercício físico, aptidão física e saúde”, realizada no Canadá, em que se estabeleceu os conceitos de atividade física, exercício físico, e estilo de vida ativo, enfatizando-se, assim, a necessidade de “ativar a vida” na rotina diária e a inclusão do gasto energético como balizador universal da atividade física voltada para a saúde (Fraga, 2006).

A disseminação desta mensagem, que responsabiliza o indivíduo pela sua saúde, é, segundo Nogueira e Palma (2003), uma visão medicalizada da saúde, apostando em técnicas de mudança de comportamento, formando um pacote de promessas para a felicidade, incluindo “passaportes para saúde”, “qualidade de vida” e “longevidade”.

Como apresentado por Fraga (2006), a preocupação dos programas de atividade física não é mais o controle ou acompanhamento direto sobre o exercício físico, mas sim, a regulação do exercício da informação no campo da atividade física, pois basta passar a informação de que qualquer tipo de atividade que atinja os 30 minutos diários, acumulados durante semana, para que a pessoa não seja considerada sedentária, cabendo ao sujeito a responsabilidade pela sua própria condição físico-sanitária (Fraga, 2006).

Para Nogueira e Palma (2003), o problema inicial para a adesão às atividades físicas regulares parece residir na natureza das propostas de intervenção, que causam argumentos de “resistência” ou “recusa”. Mas estes argumentos são uma forma de aviso de que os programas, as políticas públicas e os profissionais envolvidos devem olhar além do seu campo, fazendo uma leitura e interpretação das demandas reais desta sociedade, para que se possam construir articulações levando em conta conceitos, perspectivas e ações em torno desta saúde tão almejada por todos.

O conceito de saúde apresentado pela VIII Conferência Nacional de Saúde possibilita pensar as práticas pedagógicas da educação física no campo da saúde, indo além destes procedimentos normativos, que buscam apenas o gasto calórico. Como refere Bagrichevsky (2006), não é uma questão de desconsiderar os conhecimentos fisiológicos, relevantes aos aspectos de saúde e doença, mas sim de aproximar as dimensões socioculturais e econômicas das de caráter individual e biológico, e adequar as discussões da área com as necessidades da população.

Em maio de 2006, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 687/2006, aprovando a política de promoção de saúde, considerando a necessidade de implantação e implementação de diretrizes e ações para promoção de saúde, em consonância com os princípios do SUS, o pacto pela saúde, o pacto pela

vida, pacto em defesa do SUS e pacto de gestão do SUS. Nesta política de promoção de saúde, dentre as ações prioritizadas para o biênio 2006-2007 na rede básica de saúde e na comunidade, estão ações relacionadas à prática corporal/atividade física, enfatizando:

O mapeamento e apoio das práticas corporais/atividade física existentes nos serviços de Atenção Básica e estratégia de Saúde da Família, e inserir naqueles onde não há ações; ofertar práticas corporais/atividade física como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas tanto para a comunidade como um todo quanto para grupos vulneráveis; capacitar os trabalhadores de saúde em conteúdos de promoção à saúde e práticas corporais/atividade física na lógica da educação permanente, incluindo a avaliação como parte do processo; estimular a inclusão de pessoas com deficiências em projetos de práticas corporais/atividades físicas; pactuar com os gestores do SUS e outros setores nos três níveis de gestão a importância de ações voltadas para melhorias ambientais com o objetivo de aumentar os níveis populacionais de atividade física; constituir mecanismos de sustentabilidade e continuidade das ações do Pratique Saúde no SUS (área física adequada e equipamentos, equipe capacitada, articulação com a rede de atenção); incentivar articulações intersetoriais para a melhoria das condições dos espaços públicos para a realização de práticas corporais/atividades físicas (urbanização dos espaços públicos; criação de ciclovias e pistas de caminhadas; segurança, outros). (Brasil, 2006c)

Percebe-se, neste texto, a presença de diversas possibilidades de atuação do professor de educação física na rede básica de saúde e na comunidade, inclusive com incentivo à incorporação deste profissional nos programas de saúde da família. Outro fator que chama a atenção é a inclusão do termo “práticas corporais” junto ao termo “atividades físicas”, demonstrando uma ampliação do conceito para além do gasto calórico, abrangendo o significado das práticas corporais. Referem, também, aspectos relativos ao acesso a essas práticas, como espaços físicos, adequações urbanísticas, pactuar ações com a gestão municipal, estadual e federal do SUS para implantação e funcionamento desta política.

Agora, basta saber: como a educação física responderá a políticas públicas como esta?

Encostando a porta

As metáforas da “porta” permitiram potencializar algumas discussões sobre a articulação (ou falta da mesma) entre a educação física e a saúde coletiva. As portas, nesse caso, enquanto “acessos” em potencial, mesmo quando abertas, ainda “abrem mal”, parecem emperradas ou são pequenas

demais, e não dando vazão às necessidades de comunicação. A porta, neste estudo, foi um exercício sobre as possibilidades de acesso: do estudante a uma formação em saúde, do usuário aos serviços de saúde e da educação física às discussões com a saúde coletiva. Portanto, tendo aberto neste texto algumas portas, a partir daquela da comunidade, não vou me preocupar neste momento em dar fechamento a nenhuma delas, pois considero que elas devem permanecer “encostadas”, para que outros possam entrar neste universo a ser descoberto e compreendido, e que tem muito a ensinar para quem nele se insere. Sendo assim, apenas faço algumas considerações preliminares.

De acordo com os princípios de diretrizes do SUS, necessita-se exercitar o processo de escuta não só no nível individual, mas no coletivo, apreender com a comunidade um pouco mais do seu mundo antes de pensar em modificá-lo drasticamente. O impacto das ações nas comunidades deve ser mensurado, não se pode sair praticando todo o tipo de intervenção sem que se tenha noção o quanto isso modifica a vida dos indivíduos daquele local. O olhar da educação física sobre o corpo é um olhar subjetivado, parte de um processo histórico da área, o mesmo ocorrendo com as comunidades, que possuem um olhar e um modo de agir em relação ao corpo igualmente subjetivado, fruto da construção histórica e cultural de cada comunidade.

A prática pedagógica é a principal ferramenta que possibilita o cuidado em saúde, seja na escola, no PSF e na comunidade. Após ter apresentado neste texto as reflexões que “o passar por aquela porta” possibilitou, permanece uma pergunta: o que fazer dentro da comunidade? Em vez de receitas prontas, protocolos ou normas, o objetivo deste estudo foi apresentar algumas características da relação entre a educação física e a saúde coletiva, passando para o leitor a responsabilidade de pensar a prática do professor de educação física e suas ilimitadas possibilidades de atuação no cuidado ao usuário dos serviços de saúde, para além de um conceito biopatológico, procurando articular com a realidade de cada comunidade. É necessário que o professor de educação física assuma, de forma responsável, as preocupações com relação à saúde da população e as suas práticas corporais, mas acima do ponto de vista normativo, que assuma seu papel social e de transformador da cultura corporal.

Dentro do processo de formação do professor de educação física, a revisão das grades curriculares se faz necessária, a fim de incluir discussões que lhe são negligenciadas, ou mencionadas de forma tímida, como é o caso da saúde coletiva. O estudante necessita ter acesso ao campo de estágio em saúde, na atenção básica, de baixa, média e alta complexidade. Além disso, a discussão de saúde coletiva não pode ser encarada como uma disciplina estanque, sem diálogo com as demais disciplinas do curso, e nem subenten-

dida, somente a temas transversais, correndo o risco de não ser reconhecida com a devida atenção.

O conhecimento do SUS necessita ser ampliado, compreendendo as funções dos quatro eixos: da atenção, formação, gestão e controle social (Brasil, 2006a). O papel de intervenção deste professor nas comunidades merece ser amplamente discutido; o usuário, nosso principal ator no SUS, escutado e nossa responsabilidade ético-política com a saúde, assumida. Para que novas portas se abram, também deve-se estar aberto às possibilidades.

Referências

BAGRICHEVSKY, M; ESTEVÃO, A.; PALMA, A. Saúde coletiva e educação física: aproximando campos, garimpando sentidos. In: BAGRICHEVSKY, M; ESTEVÃO, A.; PALMA, A.; DA ROS, M. (Org.). *A saúde em debate na educação física*. Blumenau: Nova Letra, 2006. Volume 2.

BRASIL. VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. *Anais...* Brasília, 1986.

_____. Artigo 198 da *Constituição Federal de 1988*. Brasília, 1988.

_____. *Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.

_____. *Lei nº 8.142, de 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 da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.

_____. *Guia Prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Acesso ao sítio <http://www.saude.gov.br>, em 00h20min AM – segunda-feira, 02 de outubro de 2006a.

_____. *Política da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde para os Cursos de graduação na área da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Política Nacional de Promoção de Saúde. *Portaria nº 687 de 30 de maio de 2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

CAMPOS, G. W. de S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991. p. 37-54.

CARVALHO, Y. M. de. Educação Física e saúde: releitura e perspectiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, XII, 2001, Caxambu. Sociedade, ciência e ética: desafios para a educação física/ciências do esporte. *Anais...* Caxambu, MG: DN CBCE, Secretarias Estaduais de Minas Gerais e São Paulo, 2001.

CIOLAC, E. G.; GUIMARÃES, G. V. Exercício físico e síndrome metabólica. *Rev. Bras. Med. Esporte*, Niterói, v. 10, n. 4, p. 319-324, jul./ago. 2004. ISSN 1517-8692.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Construção do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

FRAGA, A. B. *Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa*. Campinas: Autores Associados, 2006. p. 39-62.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 79-98.

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

MACHADO, D. de O. *Educação física bate à porta: o Programa de Saúde da Família e o acesso à saúde coletiva*. Trabalho de Conclusão de Curso. Licenciatura em Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

MELLO, M. T. de; BOSCOLO, R. A.; ESTEVES, A. M. et al. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. *Rev. Bras. Med. Esporte*, Niterói, v. 11, n. 3, p. 203-207, maio/jun. 2005. ISSN 1517-8692.

MERHY, E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas In: MERHY, E.; ONOCKO, Rosana (Org.). *Agir em saúde, um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

MONTEIRO, M. de F.; SOBRAL FILHO, D. C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. *Rev. Bras. Med. Esporte*, Niterói, v. 10, n. 6, p. 513-516, nov./dez. 2004. ISSN 1517-8692.

NOGUEIRA, L.; PALMA, A. Reflexões acerca das Políticas de Promoção de Atividade Física e Saúde: uma questão histórica. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, Campinas, v. 24, n. 3, p. 103-119, 2003.

NUNES, R. V.; FRAGA, A. B. "Alinhamento astral": o estágio docente na formação do licenciado em educação física na ESEF/UFRGS. *Pensar a prática*, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 297-312, jul./dez. 2006.

PALMA, A. de O. Educação física, ciência e saúde: outras perspectivas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, XII, 2001, Caxambu. Sociedade, ciência e ética: desafios para a educação física/ciências do esporte. *Anais...* Caxambu, MG: DN CBCE, Secretarias Estaduais de Minas Gerais e São Paulo, 2001.

PASQUIM, H. M. *A formação do professor de educação física para o SUS*. Trabalho de Conclusão de Curso – Educação física, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

PATE, R. R. et al. Physical activity and public health: A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*, Chicago, v. 273, n. 5, p. 402-407, 1995. Disponível em:<<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/273/5/402?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=Physical+activity+and+public+health&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT>>. Acesso em: 9 nov. 2006.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Disponível em:<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=632>. Acesso em: 20 out. 2006.

ROLNIK, S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2006.

SANT'ANNA, D. B. de. *O prazer justificado: história e lazer* (São Paulo 1969/1979). São Paulo: MarcoZero/MTC-CNPQ, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Health and Development Through Physical Activity and Sport*. World Health Organization, 2003. Disponível em:<http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_NMH_NPH_PAH_03.2.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2006.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, jun. 2005.

Significados de atividade física e saúde em caminhantes: das camadas metodológicas à construção de uma agenda analítica

Alex Branco Fraga
Igor Ghelman Sordi Zibenberg
Rute Viégas Nunes
Felipe Wachs
Dagoberto de Oliveira Machado

Apresentação

Neste texto apresentamos a construção do desenho investigativo, resultados parciais e uma agenda dos investimentos analíticos do projeto de pesquisa *Estilo de vida ativo versus sedentarismo: efeitos de um programa de promoção de atividade física e saúde na cultura corporal urbana*, desenvolvido pelo núcleo do Centro do Desenvolvimento do Esporte Recreativo e do Lazer (Cedes), do Ministério do Esporte, instalado na Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). De um modo geral, a intenção é analisar o impacto do processo mundial de disseminação dos preceitos de uma vida fisicamente ativa, especialmente a recomendação de 30 minutos de atividade física moderada¹ na cultura corporal de uma determinada comunidade urbana. De modo mais específico, a intenção é captar alguns dos significados atribuídos pela população de caminhantes do Parque Mascarenhas de Moraes em Porto Alegre, mais conhecido como Parque Humaitá, à atividade física e saúde.

O interesse em investigar o processo de significação das práticas físicas em uma dada população surgiu como desdobramento dos achados da tese de doutorado *Exercício de informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa* (Fraga, 2005).² Trabalho este que teve como ponto de partida o programa *Agita São Paulo* que se baseia em como a disseminação de informações sobre os benefícios de uma vida fisicamente ativa e os riscos do sedentarismo foram se tornando centrais para a promoção da saúde contem-

Alex Branco Fraga é professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano (UFRGS).

Igor Ghelman Sordi Zibenberg é graduando no curso de licenciatura em educação física da UFRGS.

Rute Viégas Nunes é licenciada em educação física pela UFRGS.

Felipe Wachs é mestrando do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da UFRGS.

Dagoberto de Oliveira Machado é licenciado em educação física pela UFRGS.

¹ Conforme Pate e colaboradores (1995) e Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (2002).

² A referida tese foi concluída em 2005 no Programa de Pós-Graduação em Educação da UFRGS, e em 2006 foi publicada, com o mesmo título, sob a forma de livro pela editora Autores Associados (Fraga, 2006).

porânea. Este processo de disseminação gira em torno das recomendações sistematizadas de forma conjunta, em 1995, pelos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e o *American College of Sports Medicine* (ACSM): acumular 30 minutos de atividade física de intensidade moderada ao longo do dia, que podem ser fracionados em até três períodos de 10 minutos, preferencialmente todos os dias da semana, contabilizando um gasto energético mínimo de 2000 calorias semanais para que se possa adquirir proteção adicional à saúde (Pate et al., 1995). Apesar das inúmeras divergências dentro das ciências do movimento humano, esta vem sendo a recomendação adotada por diversas entidades ligadas à promoção da atividade física voltada à saúde no mundo³ e que tratam de montar estratégias visando inocular na população, de um modo geral, essa “nova crença físico-sanitária” (Fraga, 2006).

Diante da disseminação de informações sobre os benefícios à saúde da vida ativa e os malefícios do sedentarismo, que vem permeando iniciativas governamentais nas diferentes esferas públicas, julgamos importante investigar a forma como essas recomendações vêm afetando as percepções sobre atividade física e saúde em sujeitos caminhantes de uma determinada comunidade, bem como apontar alguns dos possíveis efeitos desse processo na cultura corporal urbana.

Percurso teórico-metodológico

O caminho entre o início de uma investigação e a análise dos resultados é tão importante quanto seus achados ou confirmações. As escolhas realizadas nesse processo afetam, diretamente, aquilo que vai sendo encontrado posteriormente. A formulação do problema, dentro dessa perspectiva, vai além de uma simples opção metodológica *a priori*; parte de um marco teórico que orienta as escolhas sobre a metodologia mais adequada e a forma de conduzir as análises que vão emergindo da documentação do percurso da pesquisa.

A pesquisa aqui apresentada é de cunho qualitativo, podendo ser classificada como de tipo intencional ou proposital, já que não busca generalizar seus achados a todos os casos possíveis, e sim entender e apreender certos casos selecionados a partir de sujeitos que vivenciam o problema em foco e/ou têm conhecimentos sobre ele (Nogueira-Martins; Bógus, 2004; Turato, 2005). Mas além da tipificação metodológica, é preciso descrever de maneira um pouco mais detalhada o processo de investigação, pois, como afirmam Denzin e Lincoln (2006, p. 16), “em torno do termo pesquisa qualitativa encontra-se uma família interligada e complexa de termos, conceitos e suposi-

³ Conforme Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (2002); Organização Pan-Americana de Saúde (2003) e Organização Mundial da Saúde (2002).

ções”, que nos levaram a tomar decisões metodológicas, tendo como consequência disso a composição deste texto.

Além do trabalho que deu origem ao projeto de pesquisa (Fraga, 2006), o aporte teórico que sustenta o trabalho investigativo tem como referências principais outros estudos.⁴ A partir deste referencial, e interessados em analisar o impacto da disseminação massiva de informações sobre atividade física e saúde na concepção de uma dada população de caminhantes, decidimos estruturar metodologicamente o trabalho em três dimensões, chamadas aqui de “camadas metodológicas”, que correspondem aos primeiros movimentos de delimitação e aproximação com o campo de investigação. Na primeira camada apresentamos o modo como chegamos à escolha do Parque Humaitá a partir de indicadores mais gerais. Na segunda camada mostramos o parque em uma perspectiva mais aproximada, mapeando o local, as pessoas envolvidas com a administração e suas relações com esse espaço. Na terceira camada expomos o processo de construção do instrumento, veículo pelo qual abordamos⁵ desde o dia 21 de julho até 3 de novembro de 2006 (exceto em dias chuvosos), exatos 100 (cem) sujeitos caminhantes do parque citado, que concordaram em colaborar com a pesquisa de forma voluntária, assinando o termo de consentimento e respondendo ao questionário.

Primeira camada

Na medida em que programas de promoção de atividade física, implantados por setores públicos no Brasil, se fundamentam predominantemente na disseminação de informações acerca das novas recomendações sobre os benefícios de uma vida fisicamente ativa e, por contraste, os malefícios do sedentarismo (Fraga, 2006), julgamos importante iniciar o trabalho mapeando os locais em que a Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA) desenvolve iniciativas destinadas, especificamente, ao fomento da atividade física relacionada à saúde.

Através do sítio da Secretaria Municipal do Esporte (Porto Alegre, 2006b), encontramos o programa *Lazer e saúde*, implantado em 11 espaços públicos, predominantemente praças e parques. Consiste, basicamente, na orientação de caminhadas, corridas e ciclismo, contemplando o controle de pressão arterial e frequência cardíaca. Em meio aos materiais de divulgação

⁴ Os estudos pertinentes à análise de discurso e das relações de poder (Foucault, 1992, 1997; Ellsworth, 2001); estudos sobre educação em saúde e noção de risco (Lupton, 1995, 1999; Nettleton, 1997; Petersen, 1997; Petersen; Lupton, 2000; Osborne, 1997; Castiel, 1999) e estudos sobre educação física e saúde (Lovisolo, 2000; Soares, 1998; Mira, 2000; Nogueira; Palma, 2003; Bagrichevsky; Palma; Estevão, 2003).

⁵ Na fase final das abordagens contamos com a participação ativa de Gustavo Raupp, graduando do curso de bacharelado em educação física da UFRGS.

produzidos pelo programa, aparece a mensagem que incentiva cada cidadão a praticar pelo menos trinta minutos de atividade física “para deixar de ser sedentário e melhorar sensivelmente sua condição física” (Porto Alegre, 2006b).

Essa é uma forma de dar vazão às recomendações formuladas pelo *American College of Sports Medicine* (ACSM) e *Centers for Disease Control* (CDC), e chanceladas pela Organização Mundial da Saúde (OMS): “todo indivíduo deve acumular 30 minutos ou mais de atividade física de intensidade moderada, de forma contínua ou fracionada, na maioria dos dias da semana, preferencialmente todos, [...], qualquer atividade diária corriqueira que gere um gasto calórico acima do basal” (Pate et al., 1995). Nessa perspectiva, a quantidade de atividade física diária é mais importante do que a maneira como ela é praticada. Já não se resume mais à prática do esporte ou às atividades realizadas no tempo de lazer, dispensa equipamentos específicos e profissionais especializados na condução direta da prática, não requer exames médicos prévios, tampouco roupas especiais. O importante é contar o tempo e incluir cálculos sobre o consumo energético no repertório de situações cotidianas (Fraga, 2006).

O texto de Russel Pate e colegas (1995) é considerado, tal como afirma Fraga (2006), a “certidão de nascimento” da recomendação que vem sustentando programas de promoção da atividade física mundo afora.⁶ Este documento aponta, lastreado em pesquisas realizadas em sua maioria nos Estados Unidos, que as recomendações poderiam beneficiar especialmente uma parcela da população que se encontra em “dívida” com a atividade física: idosos, sujeitos com baixa escolaridade, afro-americanos, outras etnias minoritárias e, de forma mais acentuada, mulheres (Pate et al., 1995).

Como nosso objetivo é avaliar o grau de penetração dessa mensagem na população urbana e seus efeitos na cultura corporal, utilizamos como critério de seleção um espaço público onde estivesse funcionando regularmente o programa *Lazer e saúde* (Porto Alegre, 2006b) e que estivesse situado em uma região com condições socioeconômicas menos favoráveis, já que os sedentários, como afirmam Pate e colegas (1995), encontram-se em maior número nesse grupo social.

O Calçadão de Ipanema; Ginásio Tesourinha; Praça Carlos Simão Arnt; Praça Darcy Azambuja; Parque Alim Pedro; Parque da Redenção; Parque Humaitá; Parque Marinha do Brasil; Parque Moinhos de Vento; Parque Santa Anita e Usina do Gasômetro são os locais onde funcionam o programa *Lazer e saúde* (Porto Alegre, 2006b). Para definir um desses espaços como nosso local de pesquisa, partimos dos dados disponibilizados pela Prefeitura Muni-

⁶ Conforme Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (2002) e Organização Mundial da Saúde (2002; 2003).

cial de Porto Alegre no Observatório da Cidade, uma ampla base de informações georreferenciadas sobre o município, que permite a visualização de indicadores sociais por bairros e regiões da cidade (Porto Alegre, 2006a).

Entre os dados disponíveis, optamos pelo Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), pois abrange grandes dimensões da realidade local: a) ambiental – condições do saneamento básico, coleta de lixo e o abastecimento de água; b) cultural – acesso à educação formal e regular; c) econômica – mensuração da renda do chefe de família; e d) segurança e sobrevivência – o acesso aos serviços de saúde e a segurança. O IVS utiliza uma escala padrão que varia de 0 (alto nível de vulnerabilidade social ou piores condições) a 1 (baixo nível de vulnerabilidade social ou melhores condições).

Seguindo a lógica de que os sedentários estariam nas camadas socioeconômicas menos privilegiadas,⁷ descartamos os locais que possuíam o programa *Lazer e saúde* mas que pelos índices apresentaram condições sociais relativamente melhores. Entendemos também que a coleta de dados nos locais centrais, que servem de passagem a transeuntes oriundos das mais diferentes regiões da cidade, dificultaria a análise específica de um contexto próprio, visto que estaríamos lidando com uma significação sujeita a uma esfera muito mais abrangente da cidade, e não a uma resultante intimamente ligada ao programa.

Em função do emprego desse critério, restaram apenas três locais: Parque Santa Anita, Parque Humaitá e a Praça Darcy Azambuja. Como na Praça Darcy Azambuja, localizada no bairro Partenon, as atividades correlatas ao programa estavam suspensas, nos detivemos apenas nos dados referentes ao Parque Santa Anita, localizado no bairro Nonoai, e ao Parque Humaitá (bairro Humaitá).

O IVS da região dos dois parques se encontra sob a mesma faixa, estipulada entre 0,5 e 0,7; contudo, o Parque Humaitá apresenta o IVS de 0,51 enquanto o Parque Santa Anita, 0,67. Optamos, então, por realizar nossa investigação junto à população do Parque Humaitá por essa apresentar um índice de vulnerabilidade social menos favorável.

O parque está localizado em um bairro operário da região norte da cidade de Porto Alegre e, desde 1984, abriga uma pequena reserva ecológica. Conforme Santos e Miotto (2006), possui 12.793m² de área construída e 182.000m² de área livre.

Segunda camada

Depois de definido o local, nosso movimento seguinte foi aproximar o olhar sobre o parque e seus “habitantes”. Nossa primeira visita coletiva foi

⁷ De acordo com Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (2002, p. 19), Serviço Social do Comércio (2003) e Pate e colaboradores (1995).

em uma sexta-feira à tarde. Ao chegarmos ao Parque Humaitá observamos que poucas pessoas estavam utilizando seus diferentes recantos naquele horário; somente uma ou duas faziam caminhada e alguns jovens jogavam em uma quadra de vôlei de areia. A paisagem do parque é diferenciada; em uma visão panorâmica ele é muito bonito. No centro há uma quantidade enorme de árvores altas e ressequidas, em meio a um banhado que está seco devido à estiagem. De um lado temos um condomínio de apartamentos populares; de outro, um condomínio fechado de classe média e mais adiante uma vila,⁸ o que dá uma idéia da diversidade do local e já permite questionar a correspondência entre os indicadores de vulnerabilidade social nessa configuração habitacional.

O primeiro contato foi com a administradora e os *guarda-parques*. Apresentamos a eles os nossos objetivos e as expectativas que tínhamos quanto às possibilidades de fazer a pesquisa. Fomos muito bem recebidos e obtivemos informações sobre o modo de funcionamento do parque e das atividades que lá são oferecidas. Além do programa *Lazer e saúde*, que conta com dois professores de educação física vinculados à Secretaria Municipal de Esporte, que comparecem todas as sextas-feiras pela manhã, há também aulas de ginástica, alongamento e ioga, ministradas por uma professora de educação física cedida pela mesma secretaria à administração do parque.

Pelo que se pôde constatar, a administração e seus funcionários têm uma ligação afetiva muito grande pelo parque; mostram-se satisfeitos com o que fazem e engajados em sua preservação ambiental. Sentimento esse que parece ser compartilhado pela comunidade, que costuma se referir a ele, conforme nos relatou a própria administradora, como “o nosso parque”. Fizemos algumas combinações e agendamos outra visita em uma sexta-feira pela manhã para nos apresentarmos aos professores responsáveis pelo programa *Lazer e saúde*.

Voltamos ao parque algumas semanas depois, conhecemos os professores do programa e apresentamos nossas intenções de pesquisa, deixando claro que nosso objetivo não era fazer uma avaliação do programa em si, mas tentar captar os significados atribuídos à atividade física e à saúde pelas pessoas da comunidade que dele participam. Ambos os professores se colocaram à disposição e apresentaram o seu trabalho, que consiste em orientar as pessoas quanto à intensidade das caminhadas, mensurar frequência cardíaca e pressão arterial, antes e após cada caminhada, todas as sextas-feiras pela manhã, daqueles que se inscreveram no programa.

É interessante destacar que nem todos que caminham nesse dia e horário participam do programa. Há aqueles que preferem caminhar sem acompa-

⁸ Na região metropolitana de Porto Alegre, geralmente o termo “vila” costuma ser utilizado em um sentido depreciativo para designar um conjunto de casas que compõe uma comunidade mais empobrecida (Fraga, 2000).

nhamento dos professores; em alguns casos, fazem isso por receio em saber como anda sua frequência cardíaca ou pressão arterial. Esta camada, mais curta do que a seguinte, funcionou como uma “experiência de cartão postal” (Geertz, 1989) – um primeiro movimento de aproximação que nos permitiu fazer uma descrição mais panorâmica do lugar, tal como um “etnógrafo-turista” (Santos, L., 2005), onde começaríamos a interagir com os caminhantes colaboradores.

Terceira camada

Tomamos como referência para a construção do instrumento de pesquisa parte de um questionário semi-estruturado elaborado e aplicado pelo Instituto Datafolha, por encomenda do Serviço Social do Comércio de São Paulo (2003). O objetivo do SESC com esse trabalho era o de “traçar um mapa não apenas das atividades praticadas pelos paulistas, como também das motivações e dos comportamentos relacionados a elas” (Serviço Social do Comércio, 2003, p. 20). A idéia era tentar fornecer um “retrato” do modo como a população do Estado de São Paulo tem pautado suas escolhas e se portado corporalmente em um tempo que a atividade física vem sendo redefinida “por uma corrente que privilegia, sobretudo, o caráter fisiológico dos exercícios, sem levar muito em conta as motivações pessoais” (Serviço Social do Comércio, 2003, p. 20). Esse levantamento tomou como público-alvo os transeuntes que circulavam em zonas bastante movimentadas dos centros urbanos das maiores cidades do Estado de São Paulo.

Consideramos esse documento produzido pelo SESC mais ajustado aos propósitos da nossa pesquisa do que, por exemplo, o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ),⁹ instrumento universal proposto pela OMS para estabelecer estimativas mais “confiáveis” sobre a incidência do sedentarismo em diferentes regiões do mundo (Pardini, 2001), pois nossa intenção não era fazer levantamentos sobre os níveis de atividade física de uma dada população, e sim mapear os significados atribuídos pelos caminhantes do Parque Humaitá sobre atividade física e saúde.

Em função da relevância desse documento para o tipo de estudo que nos propomos a fazer, montamos o instrumento de pesquisa adaptando as três primeiras questões elaboradas pelo Datafolha: a primeira idéia sobre atividade física, costumes em relação à atividade física e tarefas desenvolvidas na rotina diária (Serviço Social do Comércio, 2003), e acrescentamos mais três: conhecimento sobre os benefícios da atividade física à saúde, como chegaram às informações que possuem e quais as fontes consideradas mais confiáveis.

⁹ Maiores informações sobre o IPAQ estão disponíveis em: <<http://www.ipaq.ki.se/>> Acesso em: 17 out. 2004.

Depois de definidas as seis questões, aplicamos o instrumento com cinco caminhantes que estavam utilizando a pista atlética da Escola de Educação Física da UFRGS, onde também é desenvolvido um trabalho de orientação de caminhadas, para testar a pertinência e clareza tanto das questões quanto do termo de consentimento livre e esclarecido. Fizemos alguns ajustes nas questões e no termo e passamos a definir o perfil dos colaboradores da pesquisa em uma segunda visita ao Parque: sujeitos caminhantes que utilizam área de passeio saibro do parque às sextas-feiras pela manhã, descartando-se os transeuntes e praticantes de corrida.

Definimos esse perfil de colaborador porque supomos que os sujeitos praticantes de caminhada, frequentadores regulares de um espaço público que oferece o serviço de orientação e acompanhamento de tal prática, estão mais suscetíveis às recomendações sobre atividade física e saúde que vêm sendo disseminadas por programas de promoção do tipo *Agita São Paulo*.

Os 100 sujeitos caminhantes que participaram dessa pesquisa são predominantemente femininos; 68 mulheres com idades que variam dos 18 aos 80 anos e 32 homens entre 21 e 80 anos. Entre as mulheres, o maior número de respondentes se concentra na faixa dos 51 e 60 anos, sendo 19 ao todo. Entre os homens o maior número está concentrado na faixa dos 41 a 50 anos, sendo 8 respondentes; seguido dos que se encontram na faixa entre 21 e 30 anos, 7 respondentes. No conjunto de homens e mulheres, 55% dos entrevistados possuem idades entre 18 e 50 anos e 45% estão entre os 51 e 70 anos de idade.

Para chegar nesse número de entrevistados foi preciso enfrentar alguns obstáculos no transcorrer das abordagens. Um dos primeiros foi interromper a caminhada das pessoas para apresentarmos nossas intenções, o termo de consentimento e fazermos a entrevista propriamente dita. Foi preciso desenvolver uma estratégia específica para abordar nosso público-alvo, pois o parque não dispõe de um espaço fechado para caminhada, ou um local inicial para começar a caminhada.

Alguns dos caminhantes se recusavam a parar ao serem abordados, outros diziam que no final da caminhada poderiam nos atender, mas quase ninguém voltava. Poucos rechaçavam terminantemente qualquer contato, mas de acordo com o relato de um dos responsáveis pelo programa *Lazer e saúde*, surgiram reclamações sobre as abordagens e solicitações para que essas fossem feitas de outra forma. Apesar dessas adversidades, chegamos ao número de 100 entrevistados, justamente pela boa aceitação da esmagadora maioria dos caminhantes do Parque Humaitá à proposta de participação no projeto de pesquisa.

Agenda dos investimentos analíticos

O fato de optarmos por um desenho teórico-metodológico em camadas nos levou a estruturar a análise também dentro dessa mesma perspectiva. Mas como esse trabalho ainda demanda desdobramentos, apresentamos algumas considerações preliminares e o que estamos chamando de agenda de análises.

O primeiro destaque é com relação às respostas dadas à seguinte questão: “você costuma realizar alguma atividade física ou esportiva? Em caso afirmativo, quais e com que frequência? É acompanhado, recebe orientação?” É interessante observar que, mesmo caminhando, boa parte dos entrevistados não apontava a caminhada como uma atividade física. Ao que parece, nossos colaboradores não vêem correspondência entre o que fazem no parque com o conceito de atividade física, pois provavelmente imaginam ser necessário um grau de sistematização, comprometimento, denodo e intensidade maiores do que aqueles efetivamente empregados por eles em suas práticas. Outro dado interessante de destacar nessa questão é que poucos associaram a expressão “acompanhamento” ao trabalho de orientação realizado pelo programa *Lazer e saúde*.

Um segundo ponto para análise se refere ao questionamento sobre os benefícios da atividade física à saúde, se há ou não e, em caso afirmativo, quais. A totalidade respondeu que sim, há benefícios, e a grande maioria considerou esta associação óbvia. Apenas uma das entrevistadas respondeu que a atividade física trazia benefícios à saúde, mas que não acreditava nisso. Essa posição abriu uma série de possibilidades de análise que estão agendadas para a sequência do trabalho. De um modo geral, a associação entre atividade física e saúde é tomada como inquestionável, uma verdade já enraizada no imaginário desse público, algo tão antigo quanto a própria civilização.¹⁰

A grande maioria das respostas dadas pelos colaboradores está baseada naquilo que vem sendo associado como os “verdadeiros” benefícios da atividade física e saúde por programas de promoção da vida ativa. Expressões como diabetes, colesterol, pressão, circulação, dores nas costas, disposição para o trabalho, “faz bem para cabeça”, felicidade, bem-estar, qualidade de vida, agilidade intelectual etc., encontradas de forma recorrentes no conjunto das respostas, demonstram, em uma análise mais genérica, correspondência com a idéia de que atividade física funciona como uma espécie de “panacéia”, um remédio para todos os males.¹¹ A partir disso, cabe perguntar:

¹⁰ De acordo com o *United States Department of Health and Human Services* (1996) e o Serviço Social do Comércio (2003).

¹¹ Evocar a imagem de um remédio para reforçar a idéia de que a atividade física é o meio mais eficaz de prevenir doenças não é exatamente uma novidade; exercícios ginásticos já eram “receitados” em meados do século XIX “para curar os homens de sua letargia, indolência, preguiça, imoralidade” (Soares, 2001, p. 6).

como foi se constituindo essa relação de confiança incondicional nos benefícios da atividade física à saúde?

Um primeiro movimento de análise a respeito dessa indagação pode ser feito a partir do conjunto de respostas dadas à questão sobre quais as fontes consideradas mais confiáveis no que se refere às informações sobre atividade física e saúde. A grande maioria dos caminhantes reportou que confia mais na recomendação médica. É interessante observar que, mesmo com o processo de valorização das profissões (entre elas a educação física) no campo da saúde, a crença na figura do médico é bastante evidente entre os caminhantes do Parque Humaitá. Praticam a caminhada muito em função das recomendações médicas, quer sejam dadas em consulta direta ou disseminadas pela mídia, o que permite entender a atividade física como um conceito cada vez mais *medicalizado*.

A *medicalização* da atividade física pode ser entendida como um dos efeitos do movimento político-sanitário mundial em favor da promoção da saúde (Buss, 2003; Fraga, 2006), que apesar de pressupor uma *desmedicalização* do cuidado à saúde, paradoxalmente vem contribuindo com o processo de *medicalização* da sociedade como um todo (Santos, L., 2002).

É justamente sobre o processo de *medicalização* da atividade física, e a conseqüente despontencialização do significado cultural das práticas corporais no cuidado em saúde, que nossos projetos, investigações e análises estarão centrados. E para dar conta dessa agenda, seguiremos a trilha teórico-metodológica que surgiu na confluência da educação física e saúde coletiva, um *entre-lugar* que pode ser visualizado nos princípios da *Carta de Porto Alegre*, documento produzido no “Seminário de Educação Física e Saúde Coletiva: a inserção no SUS”, e que aos poucos vai se constituindo como um campo de pesquisa promissor.

Referências

BAGRICHEVSKY, Marcos; PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana (Org.). *A saúde em debate na educação física*. Blumenau: Edibes, 2003.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CASTIEL, L. D. *A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Fiocruz, 1999.

CENTRO DE ESTUDOS DO LABORATÓRIO DE APTIDÃO FÍSICA DE SÃO CAETANO DO SUL (CELAFISCS). *Atividade física e a saúde da mulher: mulher*

ativa, mulher sadia. São Caetano do Sul: CELAFISCS/Governo do Estado de São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.agitasp.com.br/mulher.asp>>. Acesso em: 27 fev. 2002.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. *O planejamento da pesquisa qualitativa. Teorias e abordagens*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ELLSWORTH, E. Modos de endereçamento: uma coisa de cinema; uma coisa de educação também. In: SILVA, T. T. *Nunca fomos humanos: nos rastros do sujeito*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 7-76.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

_____. *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

FRAGA, Alex Branco. *Corpo, identidade e bom-mocismo: Cotidiano de uma adolescência bem-comportada*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

_____. *Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa*. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

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

GEERTZ, C. Estar lá e escrever aqui. *Diálogo*. Curitiba, v. 22, n. 3, p. 58-63, 1989.

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

LUPTON, Deborah. Corpos, prazeres e práticas do eu. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 15-48, jul./dez. 2000.

_____. *Risk*. London/New York: Routledge, 1999.

_____. *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage, 1995.

MIRA, C. A. M. *O declínio de um paradigma: ensaio crítico sobre a relação de causalidade entre exercício físico e saúde*. Tese (Doutorado em Educação Física) – Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 2000.

NETTLETON, S. Governing the risk self: How to become healthy, wealthy and wise In: PETERSEN, A.; BUTON, R. (Eds.). *Foucault, health and medicine*. London/New York: Routledge, 1997. p. 207-222.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, set.-dez. 2004.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Annual Global Move for Health Day Initiative*. Genebra: WHO, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/physactiv/mfh.day.shtml>>. Acesso em: 5 jul. 2004.

_____. *Move for Health – World Health Day 2002 Report*. Genebra: WHO, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/physactiv/docs/whd_2002_report.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2004.

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

OSBORNE, T. Of health and statecraft. In: PETERSEN, A.; BUNTON, R. (Org.). *Foucault, health and medicine*. London/New York: Routledge, 1997. p. 207-222.

PARDINI, R. et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ – versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 45-51, jul. 2001.

PATE, R. et al. Physical Activity and Public Health: A Recommendation from Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*, Chicago, v. 273, n. 5, p. 402-407, 1995.

PETERSEN, A. Risk, governance and the new public health. In: PETERSEN, A.; BUTON, R. (Eds.). *Foucault, health and medicine*. London/New York: Routledge, 1997. p. 189-206.

PETERSEN, A.; LUPTON, D. *The new public health: health and self in the age of risk*. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage, 2000.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. *Observatório da Cidade de Porto Alegre*. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/>>. Acesso em: 10 jul. 2006a.

_____. *Programa Lazer e Saúde*. Secretaria Municipal de Esporte, Recreação e Lazer. Disponível em: <<http://www.portoalegre.rs.gov.br/sme>>. Acesso em: 8 jul. 2006b.

SANTOS E. S. dos; MIOTTO, F. Análise comparativa dos espaços esportivos de parques públicos de Porto Alegre. *Revista Digital*, Buenos Aires, año 10, n. 92, 2006.

Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd92/parques.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2006.

SANTOS, L. H. S. dos. *Biopolíticas de HIV/AIDS no Brasil: uma análise dos anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção (1986-2000)*. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

_____. Sobre o etnógrafo-turista e seus modos de ver. In: COSTA, Marisa Vorraber; BUJES, Maria Isabel Edelweiss (Org.). *Caminhos Investigativos III – riscos e possibilidades de pesquisar nas fronteiras*. 1. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2005. p. 9-22.

SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO (SESC). *Escolhas sobre o corpo: valores e práticas físicas em tempo de mudança*. São Paulo: SESC, 2003.

SOARES, C. L. *Educação física: raízes européias e Brasil*. 2. ed. rev. Campinas: Autores Associados, 2001.

_____. *Imagens da educação no corpo: estudo a partir da ginástica francesa no século XIX*. Campinas: Autores Associados, 1998.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (USDHHS). *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U. S. Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, The President's Council on Physical Fitness and Sports, 1996. Cap. 2: Historical Background, Terminology, Evolution of Recommendations, and Measurement, p. 11-57. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/contents.htm>>. Acesso em: 26 out. 2002.

Carta de Porto Alegre¹

Os participantes do “Seminário de Educação Física e Saúde Coletiva: a inserção no SUS”, realizado na cidade de Porto Alegre nos dias 23 e 24 de junho de 2006 – em sua quase totalidade estudantes e professores(as) de educação física – debateram a inserção da educação física na Política Nacional de Saúde, a formação em saúde e sua relação com o Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a intervenção profissional neste sistema. A partir dos debates desenvolvidos no Seminário e considerando:

- os desafios para articular as políticas públicas na perspectiva da integração intersetorial da educação, do esporte e lazer e da saúde;
- que a educação física, como um dos cursos de graduação da área da saúde, necessita, no que tange às discussões em saúde, conhecer, dialogar e orientar-se pelos princípios e diretrizes do SUS, conforme a Lei nº 8.080/90;
- que a formação em educação física integrada ao SUS é uma caminhada que não pode estar restrita somente a uma disciplina. Os conteúdos críticos de promoção e prevenção em saúde devem permear o ensino, a pesquisa e a extensão, perpassando diferentes disciplinas do currículo;
- a atual configuração brasileira da graduação em educação física que encara o licenciado como atuante na escola e o bacharel como atuante na saúde. Os participantes entendem que a saúde se encontra tanto dentro quanto fora dos muros da escola e que a educação também se dá além dos muros da mesma. Surge a questão sobre como pensar a saúde nos novos currículos de educação física, tanto nos cursos de formação, como no ensino infantil, fundamental e médio;
- a necessidade de aproximar a educação física das grandes questões sobre a organização da atenção à saúde, enfrentando – por exemplo – o rompimento com o paradigma *hospitalocêntrico* na saúde;
- que a educação física é um campo de conhecimento e prática apta a atuar em toda a linha do cuidado à saúde: dimensões primária, secundária e terciária da atenção;
- a necessidade de ressignificar antigas práticas de educação física, voltadas para a saúde.

¹ A Carta de Porto Alegre é um documento originado do Relatório Final do “Seminário de Educação Física e Saúde Coletiva: a inserção no SUS”, realizado nas dependências da Pontifícia Universidade Católica (PUC) do Rio Grande do Sul, na cidade de Porto Alegre em 23 e 24 de junho de 2006. Para composição da Carta de Porto Alegre foram conjugadas recomendações do Relatório.

Tendo em vista essas considerações, os participantes recomendam:

- que os gestores da educação e da saúde devem instigar o inter-relacionamento entre as seguintes instâncias: Ministério da Educação, Ministério da Saúde e instituições formadoras;
- que os profissionais e estudantes de educação física devem somar esforços para desenvolver participação qualificada nos conselhos de saúde e nas conferências de saúde;
- que os atores sociais do campo da educação física devem desenvolver ações baseadas nos princípios do SUS;
- que as diferentes entidades representativas da educação física, além de outras instituições, devem desenvolver uma articulação, visando qualificar o debate sobre a saúde, favorecendo que a mesma assuma um papel relevante no campo da saúde pública;
- que os profissionais e estudantes construam um fórum permanente sobre a temática *educação física e políticas de saúde*, com a participação de todos os segmentos institucionais que representam a educação física;
- que o SUS deve estar contemplado na proposta curricular, não só como informação, mas como suporte de transformação da vida das pessoas, inseridas e engajadas no contexto sociocultural e político do país. Um desafio a ser enfrentado nesse contexto é aproximar a formação do profissional de educação física da parcela economicamente menos favorecida da população brasileira;
- que os atores sociais do campo da educação física aprimorem o seu processo de formação profissional, com vistas à inserção mais efetiva na área da saúde coletiva;
- que experiências bem-sucedidas de integração educação-saúde sirvam de fonte de diálogo com a lógica dos atuais currículos;
- que profissionais e estudantes de educação física, bem como suas entidades representativas e instituições formadoras, dialoguem com os profissionais já atuantes no SUS e com o próprio SUS (por exemplo: interação junto à Rede Unida, ao VER-SUS/Brasil, ao Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde – FNEPAS e a outras instâncias e entidades);
- que as instituições formadoras devem buscar e criar espaços de diálogo e discussão com as demais profissões da saúde;
- que a comunidade acadêmica da educação física deve buscar mudanças curriculares através do estabelecimento de temas transversais, discutidos criticamente nas diferentes disciplinas e no seu conjunto, em eventos (seminários, encontros e afins) de pequeno e grande porte, na

instituição, nas comunidades e na reflexão e proposição de políticas e práticas que dêem conta dos princípios e diretrizes para a área da saúde;

- que as instituições formadoras, os profissionais e os estudantes de educação física devem realizar um maior número de eventos da natureza do Seminário de Educação Física e Saúde Coletiva;
- que os gestores da educação, em conjunto com gestores da saúde, devem propiciar aos estudantes de educação física estágios dentro do SUS; por exemplo, nas equipes de saúde da família;
- que os gestores dos cursos de educação física devem estabelecer uma rede entre as instituições de ensino superior, visando uma maior aproximação sobre o que está acontecendo no campo de saúde, no que diz respeito ao futuro profissional de educação física;
- que experiências da educação física na saúde sejam tornadas públicas e sistematizadas;
- que os gestores da saúde promovam debates sobre a inserção do profissional de educação física no SUS.
- que a atuação da educação física não deve limitar-se a avaliar e prescrever exercícios físicos, mas atuar na saúde, respeitando sua demanda de escuta integral e cuidadosa dos indivíduos e dos coletivos.

Equipe de sistematização

Alex Branco Fraga (ESEF/UFRGS)

José Geraldo Soares Damico (ULBRA)

Miria Suzana Burgos (UNISC)

Vera Lúcia Sobral Resende (HPSP)

Dagoberto de Oliveira Machado (ESEF/UFRGS)

Luis Fernando Bilibio (PPGEDU/UFRGS)

Felipe Wachs (PPGCMH/UFRGS)

Cleni Terezinha de Paula Alves (HCPA)

Denise Grosso da Fonseca (IPA)

Esporte, Lazer e Saúde **investigação, documentação e impacto social**

Em dezembro de 2005 foi celebrado o convênio entre o Ministério do Esporte (ME) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) para implantação, na Escola de Educação Física (ESEF), do Núcleo UFRGS da Rede Cedes – Centro de Desenvolvimento do Esporte Recreativo e do Lazer. A iniciativa interinstitucional teve por objetivo geral “estimular e fomentar a produção e a difusão do conhecimento científico-tecnológico voltadas à gestão do esporte recreativo e do lazer, tendo como horizonte a (re) qualificação e a formação continuada dos gestores de políticas públicas” (ME, 2006).

Três projetos deram início às atividades do núcleo: “*O esporte na cidade*: um estudo sobre as sociabilidades esportivas, a caracterização sociocultural e a apropriação dos espaços públicos urbanos”, “*Garimpendo memórias*: esporte, lazer e educação física em Porto Alegre”, e “*Estilo de vida ativo versus sedentarismo*: efeitos de um programa de promoção de atividade física e saúde na cultura corporal urbana”. Os três projetos estão vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano (PPGCMH/ESEF/UFRGS), área de concentração “Movimento humano, cultura e educação”, linhas de pesquisa “Representações sociais do movimento humano” e “Formação de professores e prática pedagógica”.

Esses projetos inaugurais permitiram agregar ao núcleo outros trabalhos e atividades de pesquisa articulados teórica e metodologicamente ao campo das representações sociais, da etnografia, da historiografia cultural e da análise de discurso midiático, os quais deram sustentação às análises sobre fenômenos contemporâneos do esporte recreativo e do lazer na cidade. Outrossim, oportunizaram estudos sobre a recuperação e documentação da memória das práticas esportivas regionais, bem como reflexões sobre as crenças circulantes em programas de promoção da saúde acerca dos benefícios da prática física e sua repercussão na cultura do movimento humano.

A série Esporte, Lazer e Saúde conta com textos provenientes dos trabalhos de investigação realizados em cada um dos três projetos, além de trabalhos que não estão diretamente ligados, e sim articulados teórica e metodologicamente com os estudos desenvolvidos pelo Núcleo UFRGS da Rede Cedes.

*Editoração eletrônica, Fotelitos,
Impressão e acabamento:*

Gênese Artes Gráficas e Editora Ltda.

Rua Carlos Von Koseritz 878/101 - Porto Alegre - RS

Fone (51) 3342.1808

atendimento@genese.com.br

Editora da UFRGS • Ramiro Barcelos, 2500 – Porto Alegre, RS – 90035-003 – Fone/fax (51) 3308-5645 – editora@ufrgs.br – www.editora.ufrgs.br • *Direção:* Jusamara Vieira Souza • *Editoração:* Paulo Antonio da Silveira e Luciane Delani (coordenadores), Carla M. Luzzatto, Maria da Glória Almeida dos Santos e Rosângela de Mello; *suporte editorial:* Fernanda Kautzmann, Gabriela Carvalho Pinto, Janaina Horn (bolsista) e Tales Gubes (bolsista) • *Administração:* Najára Machado (coordenadora), Angela Bittencourt, Laerte Balbinot Dias e Renita Klüsener; *suporte administrativo:* Janer Bittencourt • *Apoio:* Idalina Louzada e Laércio Fontoura.