

Educação física e a formação em saúde coletiva: deslocamentos necessários para a atuação no Sistema Único de Saúde

Physical education and training in public health: necessary displacements to act in the Brazilian Unified Health System

Vania Susana Brassea Galleguillos¹, Leonardo Carnut¹, Lúcia Dias da Silva Guerra²

DOI: 10.1590/0103-1104202213514

RESUMO Este ensaio tem a proposta de refletir sobre a importância da saúde coletiva no âmbito da formação na área de educação física, as relações com as demandas sociais, a ampliação das perspectivas da educação física no âmbito da saúde e o papel dos currículos nesse processo. Está estruturado em quatro seções: na primeira, foram contextualizados os caminhos históricos, a área de educação física e a formação em saúde; na segunda, problematizaram-se os deslocamentos que a educação física precisa realizar em direção ao campo da saúde coletiva e do Sistema Único de Saúde (SUS); a terceira questiona a relação entre currículo, universidade e a reprodução social que pode ocorrer quando se inserem os conhecimentos e as práticas da saúde coletiva acriticamente; e, por fim, a quarta e última seção apresenta breves considerações finais no intuito de apontar alguns direcionamentos sobre a formação nessa área.

PALAVRAS-CHAVE Educação física. Saúde pública. Sistema Único de Saúde. Ensino.

ABSTRACT *This essay aims to reflect on the importance of public health in the context of training in the field of physical education, the relations with social demands, the expansion of perspectives of physical education in the health field, and the role of curricula in this process. It is structured in four sections: in the first, the historical paths, the area of physical education and health training were contextualized; in the second one, the displacements that physical education needs to make towards the field of public health and the Unified Health System (SUS) were discussed; the third one questions the relationship between curriculum, university and social reproduction that can occur when the knowledge and practices of public health are uncritically inserted; and, finally, the fourth and last section presents brief final considerations in order to point out some directions on training in this area.*

KEYWORDS *Physical education. Public health. Unified Health System. Teaching.*

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - São Paulo (SP), Brasil.
vchilebg@gmail.com

²Centro Universitário Anhanguera (Anhanguera Campus Santana) - São Paulo (SP), Brasil.



Introdução

A área da educação física é de fato aquela que tem o profissional que destina totalmente a sua ação à promoção da saúde por meio de diversas atividades, das quais, a atividade física, o condicionamento físico e o lazer são algumas abordagens expressivas. Ao adentrarem o contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), essas ações devem ser fortemente dotadas de um aspecto comunitário, direcionadas à vida coletiva e, em termos concretos, à efetividade de um direito social, que é o direito à saúde em sua ampla concepção.

Apesar dos recentes esforços nos anos 2000 com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), que preconizavam um espaço de atuação no SUS para a área da educação física – extintos pelo atual governo por meio da Nota Técnica nº 3/2020¹ –, não há como negar que o SUS apresentou um lócus concreto de atuação em uma lógica interprofissional para a educação física. Além do mais, experiências localizadas, como as Academias da Cidade ou Academias da Saúde em governos municipais e estaduais², oportunizaram a atuação desse valioso profissional na equipe de saúde no intuito de garantir ao SUS a ênfase que lhe é atribuída constitucionalmente: a promoção da saúde das populações.

Estudos realizados demonstram que, quando há a inserção desse profissional no SUS, diversos aspectos são construídos comunitariamente, sendo mencionada pelos usuários uma sensação de bem-estar e qualidade de vida, em termos de ‘sentir-se bem’ com seu corpo, ao mesmo tempo que sentem suas doenças sob controle. Ademais, os usuários passam a perceber a promoção da saúde de forma ampliada e não reduzida às atividades físicas apenas, ao relatarem a importância da socialização e da reciprocidade proporcionada pela interação³.

Sendo assim, tematizar a área de saúde coletiva na formação em educação física é essencial para compreender os desafios que ela precisa enfrentar para preparar de forma adequada esse profissional para o sistema de

saúde brasileiro. A formação para o SUS, para além de ser um atributo formal, é uma obrigação legal, na medida em que compete ao SUS reordenar a formação de recursos humanos em saúde, sendo o profissional de educação física um deles, conforme disposto no inciso III, art. 200 da Constituição Federal⁴. Todavia, ainda com uma prática muito orientada pela lógica desportiva individual e para o treinamento físico de herança militar, a educação física tem tido dificuldades em pautar a formação ‘no’ e ‘para’ o SUS em seus currículos.

Nesse sentido, o presente ensaio visa a problematizar a inclusão de saberes e práticas da saúde coletiva, no âmbito da formação na área de educação física, as relações dessa formação com as demandas sociais, a ampliação das perspectivas da educação física no âmbito da saúde e, por fim, pensar como esse currículo pode ajudar a formar um profissional que dilate os contornos do direito à saúde no SUS.

Para isso, recorreu-se a quatro seções na narrativa empreendida neste ensaio. Na primeira seção, buscou-se contextualizar os caminhos históricos, a área de educação física e a formação em saúde; na segunda, problematizou-se sobre os deslocamentos que a educação física precisa realizar em direção ao campo da saúde coletiva e do SUS; na terceira, questionou-se a relação entre currículo, universidade e a reprodução social que pode ocorrer quando se inserem os conteúdos de saúde coletiva acriticamente; e, por fim, na quarta seção, breves considerações finais foram tecidas no intuito de apontar direcionamentos sobre a formação nessa área.

Educação física, caminhos históricos e formação em saúde

A educação física traz na sua construção como profissão a herança militar, baseada em regras, com foco no condicionamento físico e na hegemonia da raça, indo ao encontro do

momento político-econômico vigente, que se estabelecia no contexto social, e no modelo de saúde e de educação de meados do século XX⁵. Essa referência aparece desde a chegada de colonos, imigrantes e militares, ao estruturarem ações para o lazer e, também, para a disciplina corporal. Sem embargo, foi o grupo de militares quem exerceu maior influência na conformação da profissão, compartilhando os benefícios da atividade física⁶, pautados pelos modelos ginásticos europeus (Escola Inglesa, Sueca, Alemã, Francesa).

O método sueco, inicialmente, foi indicado como o mais apropriado para ser implantado, devido ao seu caráter educacional, no entanto, o método francês teve maior destaque e, conseqüentemente, foi implantado nas escolas brasileiras. Esse método priorizava a racionalidade científica e a disciplina metódica, sendo, então, implementado nas instituições que exerceriam o controle da sociedade, tais como a saúde, o exército e a educação, sendo o corpo usado como objeto de controle e responsabilidade do Estado⁷.

A educação física adquire, então, sua legalidade em 1939, e passa a pertencer ao currículo escolar básico de forma obrigatória. Não obstante, seu reconhecimento pelo Ministério da Saúde como profissão de promoção da saúde ocorre apenas em 1997⁶.

É importante lembrar, nesse interim, que a educação física teve como finalidade a construção de corpos saudáveis, dóceis, disciplinados, e que havia, em sua origem, a presença da reflexão pedagógica, contudo, legitimada por meio do conhecimento médico-científico, que ‘oficializa’ a educação física como uma área de conhecimento, juntamente com sua presença obrigatória no âmbito escolar⁸. Ao ampliar seu campo de atuação para a saúde, com uma lógica que visa a formar para a doença, reafirma sua legitimação original. Além disso, essa ampliação é fruto do movimento que ocorre na década de 1980 na área da educação física, de quebra de paradigma da aptidão física e esportiva impulsionada pela articulação das ciências humanas e sociais^{8,9}, mas que não se

consolida, culminando em uma formação em licenciatura e bacharelado e na formação em saúde distante da perspectiva de direito.

A esse fato adiciona-se que, com destaque para o período de 1930 a 1970, os profissionais da área da saúde passam a ser forjados pelo modelo biomédico. Esse modelo é um constructo com origem na ruptura da antiga forma de pensar, olhar, entender, conhecer o corpo. Foi através da anatomia com uma nova racionalidade médica, com ênfase no mecanismo fisiopatológico, que a ‘máquina’ corpo humano tornou-se o objeto central da prática em saúde. O estudo desse corpo se fez em corpos mortos, tornando o corpo uma sede para as entidades patológicas, colocando a saúde, assim como tudo que está fora da ‘razão da doença’, para fora dessa forma de ensinar. Essa é a herança cultural mais forte das profissões da saúde até hoje¹⁰.

No caso da educação física, o caminho foi o mesmo. Assim como as outras profissões da saúde, a educação física também tem como premissa o paradigma biomédico ou médico-centrado, logo, de um lado, proliferam pesquisas embasadas na lógica das ciências naturais e biológicas, e, de outro, a utilização de instrumentos, metodologias e abordagens com ênfase na cura ou na diminuição dos efeitos provocados por algum tipo de doença¹¹.

A esse fato Soares¹²⁽⁴⁸⁾ destaca:

O caráter contraditório deste conhecimento que, ao libertar, aprisiona e revela-se como mecanismo de poder por parte do Estado que o utiliza como poder disciplinar e de modo ora sutil, ora acintoso, dele se vale para o controle das massas urbanas.

Posto isso, desde 1970, a área da saúde no Brasil vem passando por várias mudanças, e a Reforma Sanitária, juntamente com a criação do SUS, regulamentado pela Lei nº 8.080/1990¹³, são algumas delas. A Reforma buscou o reconhecimento da saúde como direito social e apresentou um novo modelo de atenção à saúde, caracterizado pela inserção

do princípio da universalização das ações de saúde, descentralização, integralidade e regionalização no atendimento¹⁴.

A Reforma Sanitária Brasileira é o resultado dos desfechos do enfrentamento popular à ditadura e aos impactos negativos que a saúde, bem como a educação e outros setores sociais representavam naquele contexto¹⁵. O auge das insatisfações das forças sociais que abarcaram esse novo pensar e agir em saúde se deu na crise da década de 1980, resultando na implantação desse projeto. Nesse cenário, certos centros acadêmicos, pioneiros na discussão, esboçaram interesse em readequar as matrizes curriculares de suas graduações de modo a acompanhar o movimento das políticas públicas, legitimando a saúde, agora, como um direito social¹⁶.

A grande mobilização da sociedade pela reforma do sistema de saúde teve como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Nas discussões com os grupos e assembleias que aconteceram, foram aprovadas as principais demandas do movimento sanitário: fortalecer o setor público de saúde, expandir o acesso a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo, assim, um sistema único. Após isso, o SUS transformou-se em realidade, e, assim, as visões sobre o movimento e o processo de reformas tomaram outros rumos¹⁷.

Destarte, na Constituição de 1988, ficou estabelecido no art.196, regulamentado em 1990¹¹, que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, e o SUS passou a integrar todos os serviços de saúde do País. No período imediatamente posterior, a luta social foi se pautando pela real implementação do sistema, que apresentava diversos desafios do ponto de vista político-institucional¹⁸. Mesmo reconhecido juridicamente por intermédio de seus princípios e diretrizes^{17,19}, o SUS vinha padecendo sob o ponto de vista estrutural, o que exigiu, em momentos de crise, maior esforço nas mudanças comportamentais relacionadas aos seus profissionais e suas formações.

Pautado nessa lógica, o documento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) descreve que,

o SUS, com suas bases estruturadas na reforma sanitária, tem como competência constitucional ordenar a formação dos profissionais da área. Nesse sentido, as políticas públicas de saúde brasileiras, ora fundamentadas nas diretrizes do SUS, têm demonstrado importante papel para desencadear mudanças no processo de educação dos profissionais da saúde²⁰⁽⁹⁾.

Logo, mesmo reconhecendo-se o inciso III do art. 200 da Constituição Federal, que versa sobre a direção em que o SUS deve se orientar na ordenação dos recursos humanos para a saúde¹, e mesmo ainda com o avanço nas políticas indutoras da formação de profissionais para o SUS, em consonância com esse inciso²¹, o sistema de saúde brasileiro persiste em grande parte curativo, assistencial e pouco preventivo, portanto, necessitando de reformulações. Também se pode ressaltar que esse modelo tem uma lógica de ser e que vem ao encontro do modo de produção capitalista²², logo, a demanda ocorre por ‘venda de saúde’ ou saúde como mercadoria, e o conceito adotado pelos profissionais da área, muitas vezes, é a ‘ausência de doença’.

Em razão disso, durante sua implantação, todos os profissionais da área da saúde e afins que foram construir o sistema apresentavam limitações concretas em suas formações de base, o que, em grande medida, tem se tornado um problema persistente da execução da norma constitucional no dia a dia dos serviços²³. Com a educação física, isso não foi diferente. Portanto, ao se repassar a história da saúde, da educação física e da Reforma Sanitária Brasileira, pode-se perceber que as relações são estreitas, com vínculos muito mais fortes do que realmente parecem possuir, e que podem ser elucidadas em função das muitas situações vivenciadas hoje.

Diante disso, apesar de ser considerada uma profissão da saúde, a educação física está longe de estar efetivamente presente nesses espaços como promotora de saúde tal como deveria, ou distante, ainda, da importância de suas práticas para o desenvolvimento da saúde

do indivíduo, das famílias e comunidades, de forma que possam ser realmente desenvolvidas em sua plenitude.

Ao abordar a educação física como profissão da saúde, deve-se remeter à história e verificar a condução dada a essa profissão no tocante à saúde coletiva. A história vai apresentando qual é a herança que existe das práticas militares nessa profissão, a aptidão física, o higienismo, e que finda por se distanciar da concepção de saúde do ponto de vista dos direitos, portanto, afastando-se da racionalidade dos sistemas públicos, como no caso do SUS²⁴.

Como consequência, a educação física termina o século XX de forma parcialmente consolidada legalmente, porém, não legitimada politicamente⁵. Esses acontecimentos, quando em congruência com o contexto de saúde da época, talvez expliquem o fato de a educação física estar presente nos grupos de saúde ainda de forma tímida, pouco representativa, em que pese todo o seu processo de construção^{5,6,11}.

Portanto, a área exige um olhar que extrapole os aspectos biológicos e que tenha o sujeito (indivíduo ou seu coletivo) como ser central, capacitando esses profissionais por meio de parcerias entre os serviços e as universidades. No entanto, embora tais ações ocorram, o rompimento com o paradigma biomédico no ensino na saúde tem sido uma tarefa árdua. Ainda persiste como realidade em grande parte das instituições formadoras o modelo tradicional de ensino hegemônico, médico-centrado e cartesiano¹⁶. A educação física, assim como ocorre em vários outros cursos de graduação, também é uma das áreas da saúde onde pouco se discute o SUS¹⁹.

Deslocamentos da educação física para o campo da saúde coletiva e o SUS

O encontro da educação física com a saúde coletiva é recente e está em fase de construção. Os profissionais ainda são formados

por currículos que associam a prática profissional ao discurso preponderantemente biologicista ou fisiologicista. Em que pesem tímidos avanços na aproximação entre esses campos de saber, a atenção à saúde ainda é centrada nos aspectos biomédicos, e a atuação da educação física está relacionada fortemente às aulas práticas de exercícios, palestras e consultorias¹¹.

Essa realidade pode estar ancorada em alguns elementos, como o modelo biomédico e sua perspectiva de saúde, legitimando uma formação para o mercado privativo²⁵, uma busca de normalidade do corpo e controle social¹². O reflexo desse ‘modo de fazer’ saúde, ainda que resista por meio das formações ou pelas práticas nos serviços, vem tentando ser superado, apesar dos grandes desafios que isso representa. Ações ou iniciativas, como a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)^{26,27} e a Política Nacional de Práticas Integrativas (PNPIC)²⁸, trazem alguns avanços nessa direção.

Ainda nesse caminho, o reconhecimento do profissional de educação física como profissional de saúde se concretiza com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n° 218, de 1997²⁹, culminando, em 2008, por meio da Portaria n° 154/2008, na possibilidade de inserção desses profissionais nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), para atuarem na atenção básica de saúde³⁰.

Pasquim³¹ destaca duas questões a respeito da área da educação física e seu reconhecimento na área da saúde: a falta de unificação na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e, conseqüentemente, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e sobre as afirmações nas Diretrizes Curriculares de 2004, na Resolução n° 7 do Conselho Nacional de Educação (CNE). Nota-se que, na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), ela está configurada na posição 224³², sendo agregadas sete subclassificações com nomes como Avaliador Físico (código: 2241-05) ou Ludomotricista

(código: 2241-10). Vale ressaltar que em todas essas classificações estão descritas a exigência da formação no ensino superior em educação física e o registro no Conselho Regional de Educação Física, como, também, que os profissionais prestem serviço no campo dos exercícios físicos com objetivos de saúde (CBO). Quanto às diretrizes curriculares de 2004³³, estava prevista a responsabilidade do egresso pela prevenção, promoção, proteção e reabilitação, com a intenção de ter um espaço no SUS, no entanto, “não impôs a priori nenhuma alteração na intervenção ou na formação profissional”³¹⁽¹⁹⁷⁾.

Apesar de parecer apenas uma questão de nomenclatura, essa falta de clareza nas informações pode ser um indício, e deve ser discutida, já que pode implicar tanto o seu reconhecimento e as expectativas dos outros profissionais da saúde como sua efetiva atuação no SUS. Rodrigues et al.¹⁴, em sua revisão sistemática sobre a inserção do profissional de educação física no SUS, evidenciam que grande parte dos contratos desses profissionais é temporária, poucos são concebidos por concurso público e sua atenção está bastante voltada para as Doenças Crônicas-degenerativas Não Transmissíveis (DCNT), caminhadas, fortalecimento muscular, palestras e cartilhas.

Em outra revisão sistemática com foco na atuação do profissional de educação física e suas intervenções no SUS, Carvalho, Abdalla e Bueno Júnior³⁴ apontam a carência de estudos sobre o tema e estudos com crianças, já que as intervenções com foco curativo para remediar a vida sedentária e com idosos são as ações mais presentes, sendo que essas limitações podem ser superadas. E destacam algumas questões importantes nessa direção, como: a ampliação das intervenções com outros públicos, outros tipos de ação, a territorialização, discussão dos problemas da comunidade, entre outros.

Em contraposição às implicações da herança biomédica e ao reconhecimento limitado da profissão, Neves, Antunes e Baptista¹¹⁽¹⁷⁴⁾ afirmam:

Conquistar espaço nesse campo da saúde pública requer, além de ‘estratégias’ individuais e coletivas – a partir dos capitais dos profissionais presentes nas ações no campo da saúde pública em nível local, regional e nacional – ‘tempo e legitimidade’, o que significa entender profundamente o jogo de ‘poder’, as contradições, lutas, disputas, dificuldades e desafios do trabalho no SUS, considerando as representações sociais e gestores, profissionais de saúde e usuários sobre a Educação Física.

Isso leva a refletir sobre o quanto a formação e a relação do seu reconhecimento na área da saúde são essenciais nesse tempo histórico da profissão, emergindo daí alguns questionamentos: qual é a discussão sobre o SUS feita na formação em educação física? A educação física discute de fato a saúde nos seus cursos? Qual seria a pauta dessas discussões? Qual é a interação da educação física com a saúde coletiva?

Nesse sentido, vale ressaltar que foi no decorrer dos anos de 1970, em alguns municípios, que foram realizadas experiências de organização dos programas de saúde, por meio da atuação dos egressos dos programas de residência em medicina preventiva e social e dos cursos de saúde pública, culminando em ‘pilotos’ do SUS. Isso criou locais para discussões, inclusão de profissionais de diversas áreas e contribuiu para o movimento sanitário e da saúde coletiva. Desse modo, enquanto área de conhecimento, a saúde coletiva teve seu constructo atrelada ao campo científico, em convergência com os campos político e burocrático³⁵.

Carvalho³⁶⁽¹¹²⁾ evidencia, ainda, que

A Saúde Coletiva, integrando áreas de conhecimento distintas, traz à tona a dimensão coletiva e política da saúde, que hoje se procura concretizar por meio da busca por melhores condições de vida para a população.

Nota-se que, embora os anseios de mudança e ampliação da perspectiva estejam em

discussão, a saúde como ‘completo bem-estar’ ainda não se apresenta enraizada nas práticas, estando vivificadas no senso comum práticas centradas na doença, dificultando uma mudança de paradigma. Nogueira e Palma³⁷ destacam as implicações sobre a mudança da ótica biológica, com foco na doença, para o processo saúde-doença. Em vista disso, pode-se observar a complexidade das relações nesse contexto, e que deslocamentos são necessários, contudo, quais são os deslocamentos que a educação física está fazendo nesse processo?

Giddens³⁸ discorre, ainda, a respeito de uma nova ordem quanto aos saberes da saúde e da doença, evidenciando o protagonismo das pessoas nessa lógica, seja nas representações ou nas escolhas diárias com relação ao nosso corpo e ao seu gerenciamento. Essa nova composição, associada às críticas ao modelo biomédico, tem contribuído para transformações na área da saúde das sociedades modernas, visto que as doenças também mudaram. As mortes, antes por doenças infecciosas, passaram a ocorrer por doenças não infecciosas, fruto dos tempos de hipermodernidade³⁹.

Nesse interim, o que parece ocorrer é a falta de um elemento na pauta quando se trata da área da saúde e da formação em educação física, o que pode implicar resultados diferentes quando se inserem nessa relação as condições sociais. Giddens³⁸⁽⁵⁾ ressalta que “os meios sociais de onde provimos têm muito a ver com o tipo de decisões que consideramos adequadas”. Essas questões devem ser incorporadas pela área da educação física nas articulações feitas com a área da saúde para um efetivo deslocamento das suas atuações tradicionais, para uma perspectiva de saúde como direito.

Desse modo, apesar de esse enlace entre a educação física e a saúde coletiva ser bastante complexo, existem alguns pesquisadores com essa linha de pesquisa presentes em alguns cursos de pós-graduação no Brasil, com grupos envolvidos nessa temática, tais como a Universidade de São Paulo (USP), a

Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)⁴⁰.

Para Bagrichevsky e Estevão⁵⁽¹³⁸⁾,

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), precisariam ‘dividir’ a prioridade da formação, que hoje aparece calcada no modelo tradicional de atendimento à saúde mais voltado ao mercado privado (academias, clubes, etc), para um processo mais sintonizado com as necessidades sociais da população em termos de ações sanitárias – sem esquecer do cuidado individual, obviamente. Na verdade, tal opção não excluiria a preparação para os campos de atuação já existentes e sim, ampliaria o leque de possibilidades, uma vez que o SUS tem se configurado como uma proposta política em larga expansão.

Pautados nessa lógica, Loch, Rech e Costa⁴¹ apresentam algumas proposições no intuito de uma melhor aproximação entre a educação física e a saúde coletiva, como: tornar a área mais estruturante na formação do profissional de educação física, a ampliação do campo das ciências humanas e sociais, enfatizar a política e o planejamento nos currículos, o trabalho interprofissional, bem como a importância de maior aproximação também nos cursos de licenciatura.

Nessa perspectiva, o Programa Academia da Cidade, por meio dos seus eixos, como a mobilização da comunidade ou as práticas corporais e atividades físicas, é um exemplo, visando a proporcionar condições de desenvolver ações de promoção da saúde com a população de forma ampliada⁴². Outro exemplo é o estudo de Santos et al.³ sobre o Programa Saúde no Parque, que apresenta alguns resultados interessantes como a sensação de bem-estar, o retorno da autoestima e o conhecimento gerado, a partir de práticas corporais ou atividades físicas, por meio de

equipes multidisciplinares com a presença da área da educação física, mas que não têm um fim em si mesmas. Relação também apresentada no estudo de Carvalho, Abdalla e Bueno Júnior³⁴, que ainda destaca a importância da territorialização, não apenas como avaliação do processo saúde e doença, mas para melhorar o acolhimento da comunidade e as relações interprofissionais.

Portanto, pode ser uma realidade a educação física estar presente efetivamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), tendo como principal objetivo a melhora do estado de saúde da população, por meio da construção de um modelo de atenção com foco na promoção, proteção, no diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com as diretrizes do SUS⁶.

Contudo, a constatação de necessárias mudanças na formação em saúde do professor de educação física não é simplesmente o apontamento da frágil articulação entre as demandas em saúde, a formação de trabalhadores e a regulamentação do trabalho. Afinal, nossa tarefa não é reformar acriticamente os cursos aos novos paradigmas científicos e tecnológicos demandados pelas contradições do capitalismo, senão criar bases para um novo processo pedagógico³¹⁽¹⁹⁹⁾.

Nessa perspectiva, pode-se evidenciar que a educação física enquanto área da saúde deve se fundir às diretrizes do SUS e evidenciar seu potencial a ser explorado, especialmente nas práticas integradas com as demais profissões da saúde, nas políticas públicas já constituídas e no seu amplo desenvolvimento. Isso força a área da educação física a refletir sobre as competências necessárias para poder se inserir melhor no SUS, potencializando seus objetivos e, sobretudo, redirecionando a visão do processo pedagógico que envolve o binômio saúde-educação. Contudo, será que apenas inserir disciplinas com conteúdo de saúde coletiva nos currículos é o suficiente? E o peso da institucionalidade da universidade nesse deslocamento?

Currículo e universidade: a saúde coletiva na educação física produz ou reproduz?

O peso da institucionalidade da universidade como aparelho formador deve levar ao questionamento: formar quem, para o quê? A determinação histórica apresentada nas seções anteriores sobre a formação em educação física possibilita uma compreensão do ‘lugar de fala da profissão’, à semelhança de todas as profissões da área da saúde em formar para doença, e não para saúde; para ações técnico-curativas, e não para ações de promoção da saúde; para o mercado capitalista, e não para o SUS como expressão de um direito social.

Por conseguinte, em alguma medida, a saúde como um direito social⁴³ produz o novo no que tange ao questionamento do papel da mercantilização da saúde, induzida pela biomedicina e pela tecnociência. Não obstante, mesmo considerando esse papel disruptivo do direito à saúde e como a saúde coletiva poderia tematizar esse conteúdo em seus currículos, há também limites, por mais promissor que isso seja.

Logo, é entre esses polos dialéticos que a reflexão sobre o papel do currículo das universidades deve se assentar. Parece que depositar no currículo das universidades toda sorte de esperanças em uma transformação social é forçoso quando se pensa que o peso das instituições alinhadas à lógica da reprodução capitalista – como a biomedicina, a tecnociência e, por que não dizer, as escolas universitárias – tende a impedir movimentos disruptivos que possam formar profissões que destoem muito de um perfil que seja alinhado aos objetivos dessas instituições.

As escolas modernas, em que se incluem as universidades, são instituições herdeiras do modo de produção que visa, em última instância, à reprodução de uma força de trabalho que se insira no processo produtivo no mundo do mercado capitalista. Esperar um descompromisso da instituição universitária

com esse pressuposto é acreditar que a universidade pode, de maneira precípua, orientar majoritariamente processos formativos que rompem com o próprio sistema econômico.

Nesse sentido, Althusser⁴⁴⁽⁹⁾ evidencia que “toda a formação social deve, ao mesmo tempo que produz, e para poder produzir, reproduzir as condições da sua produção”. Para o autor, a universidade é um dos espaços para que isso ocorra. Como uma parte do sistema escolar, é considerada um Aparelho Ideológico do Estado (AIE), funciona por meio da ideologia, principalmente, também, por meio da repressão, da seleção, das regras ou da disciplina aliadas à sua manutenção enquanto reprodutora^{44,45}. Marchelli⁴⁶ ressalta, ainda, o papel desse sistema escolar na manutenção das concepções delineadas prioritariamente pela classe dominante.

Sobre esse aspecto, Ferraro⁴⁷⁽⁵⁾ destaca que “a escola reproduz a sociedade e a sociedade reproduz a escola”. Nessa perspectiva, e buscando refletir sobre a formação profissional e o papel da universidade nessa relação, pode-se apresentar um breve caminho que a universidade desenha no intuito de se retroalimentar: formação – profissional – sociedade – formação, e assim sucessivamente. Esse exemplo demonstra como a formação planejada e executada é oferecida dentro desse espaço, interagindo individual e coletivamente, propiciando e fortalecendo-se por meio da formação.

Assim, a contradição de educar *versus* explorar, no que diz respeito à saúde, manifesta-se na relação dialética entre naturalizá-la e vê-la como um direito, e, conseqüentemente, tê-la como responsabilidade individual e mercadoria de acesso para poucos, ou tê-la como um bem comum, coletivo e acessível a todos.

A universidade, então, por meio do seu currículo, configura um caminho que direciona o sujeito em formação. Em razão disso, a universidade subsidia e sustenta um discurso de convencimento para a manutenção dos modelos hegemônicos⁴⁶. Essa é a regra, e não a exceção, como o senso comum costuma conceber. Logo,

disponibilizar uma formação cuja lógica de compreensão da saúde a conceba como um direito e não como mercadoria se distancia dos interesses desses modelos hegemônicos, os quais a universidade frequentemente sustenta.

A hegemonia desses modelos é um claro mecanismo que faz uso do sistema escolar como meio de qualificação da força de trabalho⁴⁴. Assim sendo, a escolha do currículo tende a propiciar que esses interesses sejam mantidos por meio da seleção do que é permitido, negado ou ignorado nas experiências e vivências que ocorrem na formação, perpetuando e valorizando certas áreas de conhecimento em detrimento de outras⁴⁶.

Então, o que vem a ser currículo e qual é o seu papel na reprodução ideológica que a universidade ensina? Young⁴⁸⁽²⁰¹⁾ se refere a currículo como “conhecimento dos poderosos”, uma vez que envolve relações sociais e de poder, e enfatiza, também, o “conhecimento poderoso”, referindo-se, nesse caso, ao poder que propicia, explicando ou ampliando as formas de pensar o mundo⁴⁹⁽¹²⁹⁴⁾. “O currículo está, assim, no centro das relações de poder”⁵⁰⁽²⁹⁾. Ademais, o currículo não é neutro, uma vez que tem fortes conexões com a política da cultura, sendo o resultado da escolha de alguém ou de um grupo que legitima esse conhecimento como sendo adequado⁵¹. Por essa razão, ainda, o que parece ser o ‘adequado’ na formação em educação física certamente não são os conteúdos de saúde coletiva nem um perfil de egresso para o SUS.

Por conseguinte, Michael Apple⁵², em sua obra ‘A educação pode mudar a sociedade’, ressalta como o interior do sistema escolar tem dado espaço ao ‘engessamento’, aos distanciamentos de nível acadêmico, aos cortes orçamentários, à restrição de conteúdos críticos e outros, que trazem como decorrência desdobramentos que afetam os direitos sociais. Com esse cenário, os aspectos reprodutivos dos currículos são evidenciados, e, como o papel do sistema escolar não só favorece, mas prepara para a reprodução de uma sociedade, ao mesmo tempo, e de forma contraditória, ele

é um espaço para o desenvolvimento crítico.

É nesse sentido que pensar nos currículos das escolas universitárias como processos pedagógicos que encarnam essa dupla função (de transformar e de reproduzir) pode ser interessante para evitar ilusões ingênuas. Apenas a inserção de conteúdos de saúde coletiva nos currículos de educação física, deslocando o perfil desses egressos em direção a uma perspectiva orientada à promoção da saúde e no SUS, pode não ser suficiente para garantir, por si só, mudanças curriculares que promovam câmbios nos objetivos institucionais.

O peso que a institucionalidade burguesa da universidade tem sobre os currículos pode, sem muitas dificuldades, encapsular a saúde coletiva em seu aspecto mais disruptivo e questionador do objetivo que esse currículo tem. Além disso, a lógica que rege a existência da instituição universitária no mundo capitalista forçosamente irá pautar a importância do currículo que ‘produza’ para inserção no mercado de trabalho, em detrimento da formação orientada pela luta e pelo exercício do direito à saúde, gerando tensionamentos que promovam a eterna dúvida sobre o porquê da presença dos conteúdos de saúde coletiva nesses currículos.

Considerações finais

A saúde coletiva traz em suas raízes fortes traços contra-hegemônicos com relação ao modelo de saúde biomédico característico e presente nas profissões da saúde, o que inclui nesse cenário a área de educação física.

Incorporar os conteúdos referentes à saúde coletiva de forma mais abrangente nos anos de formação, certamente, é um contraponto que possibilita ao profissional o deslocamento necessário das áreas tradicionais para um entendimento diferente e fundamentalmente necessário no contexto do SUS.

Isso posto, por meio de um olhar mais abrangente, buscando superar suas tradicionais ações e contextualizar sua prática a

partir das necessidades dos territórios, podem ocorrer alguns desdobramentos advindos de uma formação na perspectiva de ampliar suas conexões com a saúde coletiva de forma mais efetiva, e que são bastante urgentes dentro da área.

Sem embargo, deve-se atentar ao fato de que apenas inserir os conteúdos de saúde coletiva nos currículos de educação física não é o suficiente. Se essa inserção é realizada de forma desarticulada com o todo curricular, sem uma crítica às determinações históricas que forjaram a profissão e sem uma capacidade crítica sobre o papel reprodutor da universidade como parte da institucionalidade capitalista, esse projeto provavelmente não terá sucesso.

Nesse sentido, refletir sobre como driblar as influências normativas dos documentos oficiais e avançar em direção a uma superação são perspectivas que devem, efetivamente, estar contempladas no Projeto Político Pedagógico desses cursos de graduação, permitindo versar, inicialmente, sobre o curso pensado para aquele território e suas necessidades, passando a discutir a saúde como um direito na formação, balizada por conteúdos críticos que possibilitem esse diálogo.

Obviamente, este ensaio não buscou esgotar o assunto, mas, sim, trazer luz a algumas reflexões pertinentes sobre a importância da saúde coletiva na área da educação física e aos desafios relacionados à sua inserção, de maneira crítica e transformadora, na formação dessa profissão e sua atuação na área da saúde.

Colaboradores

Galleguillos VSB (0000-0003-1763-1354)* e Carnut L (0000-0001-6415-6977)* contribuíram igualmente para a concepção da obra, análise e interpretação de dados, elaboração do trabalho, revisão crítica do conteúdo intelectual importante e aprovação final da versão a ser publicada. Guerra LDS (0000-0003-0093-2687)* contribuiu para a revisão da redação e a versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Nota Técnica nº 03, de 28 de janeiro de 2020. Dispõe sobre Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne. Brasília, DF: MS; 2020.
2. Costa BVL, Mendonça RD, Santos LC, et al. Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(1):95-102.
3. Santos JCV, Carnut L, Agripino NA, et al. Ações de promoção da saúde em idosos: percepção avaliativa dos usuários do 'Programa Saúde no Parque'. In: *Anais do 7º Congresso Online de Gestão, Educação e Promoção da Saúde*; 2018 dez 6-9; São Paulo: São Paulo: Convibra; 2018. [acesso em 25 maio 2021]. Disponível em: <https://convibra.org/congresso/convibra-painel/artigo/15052/>.
4. Brasil. Constituição Federal 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
5. Bagrichevsky M, Estevão A. Perspectivas para a formação profissional em educação física: O SUS como horizonte de atuação. *Arquivos em Movimento.* 2008 [acesso em 2021 jan 3]; 4(1):128-143. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/am/article/view/9115/7245>.
6. Silva DA, Santana JC, Carvalho RMB. Atuação do profissional de Educação Física na Saúde Pública: oportunidades e desafios. In: *Anais do 2º Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde*; 2017 jun 14-16; Paraíba. Paraíba: Ed Realize; 2017. [acesso em 2021 maio 24]. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/29111>.
7. Carreiro EA, Venâncio L. Ginástica. In: Darido SC, Rangel ICA, coordenadoras. *Educação Física Escolar: Implicações para a prática pedagógica.* 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 229-245.
8. Brancht V. A constituição das teorias pedagógicas da educação física. *Cad. Cedes.* 1999; 19(48):69-88.
9. Nogueira JAD, Bosi MLM. Saúde Coletiva e Educação Física: distanciamentos e interfaces. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(6):1913-1922.
10. Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos.* 2001; 7(1):48-70.
11. Neves RLR, Antunes PC, Baptista TJR, et al. Educação Física na saúde pública: Revisão Sistemática. *Rev. bras. ciênc. mov.* 2015; 23(2):163-77.
12. Soares CL. Notas sobre a educação no corpo. *Educ. rev.* 2000; (16):43-60.
13. Brasil. Lei nº 8.880, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 20 Set 1990.
14. Rodrigues JD, Ferreira DKS, Silva PA, et al. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. *Rev. bras. ativ. fis. saúde.* 2013; 18(1):5-15.
15. Paim JS. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.* 1. ed. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
16. Anjos TC, Duarte ACGO. A Educação Física e a Estratégia de Saúde da Família: formação e atuação profissional. *Physis: rev saúde colet.* 2009; 19(4):1127-1144.
17. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos.* 2013; 20(2):653-673.
18. Paim JS. A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis: rev saúde colet.* 2008; 18(4):625-644.

19. Machado DO. A educação física bate à porta: o Programa de Saúde da Família (PSF) e o acesso à saúde coletiva. In: Fraga AB, Wachs F, organizadores. Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2007. p. 99-112.
20. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. Brasília, DF: MS; 2018.
21. Bahia SHA, Haddad AE, Batista NA, et al. Ensino na Saúde como objeto de pesquisa na pós-graduação stricto sensu: análise do Pró-Ensino na Saúde. Interface. 2018; 22(supl1):1425-42.
22. Illich I. A expropriação da Saúde: nemêsis da Medicina. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1975.
23. Carvalho YM, Ceccim R. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, et al. organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 137-70.
24. Azevedo ACB, Malina A. Memória do currículo de formação profissional em Educação Física no Brasil. Rev. bras. ciênc. esporte. 2004; 25(2):129-42.
25. Bagrichevsky M, Estevão A, Palma A. Saúde coletiva e educação física: aproximando campos, garimpando sentidos. In: Bagrichevsky M, Palma A, Estevão A, et al., organizadores. A saúde em debate na educação física. Blumenau: Nova Letra; 2006. p. 21-44. v. 2.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União. 31 Mar 2006.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Anexo I Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS. Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Diário Oficial da União. 3 Out 2017.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 4 Maio 2006.
29. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 218, de 06 de março de 1997. Reconhecer como profissionais da saúde de nível superior. Diário Oficial da União. 7 Mar 1997.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da União. 25 Jan 2008.
31. Pasquim HMA. Saúde Coletiva nos Cursos de Graduação em Educação Física. Saúde soc. 2010; 19(1):193-200.
32. CBO. Classificação Brasileira de Ocupações: CBO – 2010. 3. ed. Brasília, DF: MTE; SPPE; 2010. p. 275-276.
33. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 7, de 31 de março de 2004. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena. Diário Oficial da União. 5 Abr 2004.
34. Carvalho AS, Abdalla PP, Bueno Júnior CR. Atuação do Profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: Revisão Sistemática. Rev. bras. promoç. saúde. 2017; 30(3):1-11.
35. Vieira-da-Silva LM. Gênese Sócio-Histórica da Saúde Coletiva no Brasil. In: Lima NT, Santana JP, Paiva CHA, organizadores. Saúde Coletiva: a Abrasco em 35 anos de história. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015. p. 25-48.
36. Carvalho FFB. Educação física e saúde coletiva: diálogo e aproximação. Corpus et scientia. 2012; 8(3):109-126.
37. Nogueira L, Palma A. Reflexões acerca das Políticas de Promoção de Atividade Física e Saúde: Uma questão histórica. Rev. bras. ciênc. Esporte. 2003; 24(3):103-119.

38. Giddens A. Sociologia do Corpo: saúde, doença e envelhecimento. In: Sobral JM organizador. Sociologia. Fundação. 6. ed. Lisboa: Calouste Gulbenkian; 2008. p. 142-17.
39. Lipovetsky G. Os Tempos Modernos. São Paulo: Editora Barcarolla; 2004.
40. Fraga AB, Carvalho YM, Gomes IM. Políticas de formação em educação física e saúde coletiva. *Trab. educ. saúde.* 2012; 10(3):367-386.
41. Loch RM, Rech CR, Costa FF. A urgência da Saúde Coletiva na formação em Educação Física: lições com o COVID-19. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020; 25(9):3511-16.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Ações e Programas. Cartilha do Programa Academia da Saúde. Brasília, DF: MS; 2014.
43. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da saúde. 3. ed. Brasília, DF: MS; 2010.
44. Althusser L. Ideologia e aparelhos ideológicos de Estado. 3. ed. Lisboa: Editorial Presença; São Paulo: Martins Fontes; 1980.
45. Althusser L. Ideologia e aparelhos ideológicos de Estado (Notas para uma investigação). In: Zitek S, organizador. Um mapa da ideologia. Rio de Janeiro: Contraponto; 1996. p. 105-142.
46. Marchelli PS. O Currículo como retórica progressista dos movimentos políticos neoconservadores. *Práxis Educacional.* 2018; 14(27):226-48.
47. Ferraro JLS. Althusser, educação, estado e (re) produção. *Revista Contemporânea de Educação.* 2014; 9(17):4-23.
48. Young M. Teoria do Currículo: o que é e por que é importante? *Cad. pesqui.* 2014; 44(151):190-202.
49. Young M. Para que servem as escolas? *Educ. soc.* 2007; 28(101):1287-1302.
50. Moreira AFB, Silva TT. Sociologia e Teoria Crítica do currículo: uma introdução. In: Moreira AFB, Silva TT, organizadores. Currículo, cultura e sociedade. 7. ed. São Paulo: Cortez; 2002. p. 7-35.
51. Apple MW. A política do conhecimento oficial: faz sentido a ideia de um currículo nacional? In: Moreira AFB, Silva TT, organizadores. Currículo, cultura e sociedade. 7. ed. São Paulo: Cortez; 2002. p. 59-92.
52. Apple MW. A Educação pode mudar uma sociedade? Loman L, tradução. Rio de Janeiro: Vozes; 2017.

Recebido em 28/12/2021

Aprovado em 29/07/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve