

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA

**Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Programa de
Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação Física**

Ricardo Lira de Rezende Neves

**A BUSCA PELA LEGITIMAÇÃO DA EDUCAÇÃO
FÍSICA NA SAÚDE PÚBLICA EM GOIÂNIA-GO -
Evidências e Percepções**

**Brasília
2015**

RICARDO LIRA DE REZENDE NEVES

**A BUSCA PELA LEGITIMAÇÃO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE
PÚBLICA EM GOIÂNIA-GO - Evidências e Percepções**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação
Stricto Sensu em Educação Física da
Universidade Católica de Brasília, como requisito
parcial para obtenção do título de Doutor em
Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Luis Otávio Teles
Assumpção.

**Brasília
2015**

N519b Neves, Ricardo Lira de Rezende.

A busca pela legitimação da educação física na saúde pública em Goiânia-GO - evidências e percepções. / Ricardo Lira de Rezende Neves – 2015.

297 f.; 30 cm

Tese (Doutorado) – Universidade Católica de Brasília, 2015.

Orientação: Prof. Dr. Luis Otávio Teles Assumpção

1. Educação física. 2. Profissional de educação física. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). 4. Produção científica. I. Assumpção, Luis Otávio Teles, orient. II. Título.

CDU 796:614

7,5cm

Universidade Católica de Brasília

Tese de autoria de Ricardo Lira de Rezende Neves, intitulada “A BUSCA PELA LEGITIMAÇÃO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE PÚBLICA EM GOIÂNIA-GO - Evidências e Percepções”, apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor no Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Educação Física da Universidade Católica de Brasília, em 02/03/2014, defendida e aprovada pela banca examinadora abaixo assinada

Prof. Dr. Luis Otávio Teles Assumpção
Orientador
PPGEF-UCB

Profa. Dra. Yara Maria de Carvalho
PPGEEFE - USP

Profa. Dra. Nanci Maria de França
PPGEF - UCB

Prof. Dr. Luiz Renato Vieira
Consultor do Senado Federal

Profa. Dra. Carmen Jansen de Cárdenas
PPG em Gerontologia - UCB

Prof. Dr. Francisco Martins da Silva
Universidade Federal da Paraíba

Brasília 2015

Dedico este trabalho a minha mãe, Lucia Helena Silva, pelo apoio constante. Aos meus queridos filhos Carolina Lira Reis Neves e Rodrigo Lira Reis Neves. A minha incansável e parceira esposa Rejane Reis Lira. Sem seu apoio seria impossível realizar este desafio de qualificação. Todos vocês foram fontes de inspiração para escrever esta tese.

AGRADECIMENTOS

Dirijo-me com profunda gratidão e reconhecimento a todas as pessoas e instituições que colaboraram para a realização deste estudo. Agradeço:

Ao Prof. Dr. Luis Otávio Teles Assumpção pela orientação segura e competente e, principalmente, pela confiança depositada em meu trabalho. Seu estímulo constante e testemunho de seriedade e compreensão permitiram a materialização deste estudo.

Aos Professores (as), Dra. Yara Maria de Carvalho, Dr. Luiz Renato Vieira, Dra. Nanci Maria de França, Dra. Carmen Jansen Cádenas e Dr. Francisco Martins da Silva pelas relevantes contribuições proporcionadas na ocasião da qualificação e/ou defesa.

À Diretoria do Programa de Pós-graduação em Educação Física da Universidade Católica de Brasília, aos seus professores, e funcionários. Especialmente à Juliana dos Santos Cardoso, assistente de pesquisa.

À UFG e à Diretoria da Faculdade de Educação Física e Dança pelo apoio institucional.

Aos profissionais de Educação Física e de outras profissões da Saúde Pública pelas valiosas entrevistas e pela colaboração com materiais e documentos das Unidades de Saúde do Distrito Sanitário Leste de Goiânia.

Aos amigos próximos e distantes, por compartilharem, de formas distintas, a realização deste estudo: Jéssica Félix Nicácio Martinez, Tadeu João Ribeiro Baptista, Priscilla de Cesaro Antunes, pelo inestimável exemplo de amizade, companheirismo e solidariedade.

"Quando a alma está feliz, a prosperidade cresce, a saúde melhora, as amizades aumentam, enfim, o mundo fica de bem com você...! O mundo exterior reflete o universo interior"

(Mahatma Gandhi)

LISTA DE SIGLAS

ABENEFS	Associação Brasileira de Ensino da Educação Física para a Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACSM	American College of Sport Medicine
APS	Atenção Primária em Saúde
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBCE	Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COESF	Coordenação da Estratégia da Saúde da Família
CONBRACE	Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte
CONFEF	Conselho Federal de Educação Física
DANTs	Doenças e agravos não transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DSL	Distrito Sanitário Leste
EF	Educação Física
EP	Esquema Paradigmático
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FEFD	Faculdade de Educação Física e Dança
FPDAF	Frente Parlamentar em Defesa da Atividade Física
GTT1	Grupo de Trabalho Temático “Atividade Física e Saúde”
GTTs	Grupos de Trabalhos Temáticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde

OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OPT	Organização do Processo de Trabalho
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCAF	Práticas Corporais/Atividade Física
PEF	Profissional ou profissionais de Educação Física
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
POAS	Profissionais de outras áreas da Saúde Pública
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PST	Projetos de Saúde do Território
PTS	Projetos Terapêuticos Singulares
PVS	Projeto Viver Saudável
RBCE	Revista Brasileira de Ciências do Esporte
RNAF	Rede Nacional de Atividade Física
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
UEG	Universidade Estadual de Goiás
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Mapa das regiões do município de Goiânia/GO.....	44
QUADRO 1 – Distribuição dos Sujeitos a serem pesquisados.....	49
QUADRO 2 – Análise das ações desenvolvidas no DS.....	117
QUADRO 3 – Análise das ações desenvolvidas no CAIS.....	119
QUADRO 4 – Análise das ações desenvolvidas no CS.....	122
QUADRO 5 – Análise das ações desenvolvidas no CAPS.....	125

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – População de Goiânia por região - BRASIL, 2014.....	43
TABELA 2 – Número de pessoas residentes, por classe de rendimento nominal mensal, Goiânia - BRASIL, 2014.	45

RESUMO

Os estudos sobre as profissões tem ganhado vertiginoso espaço no campo científico em todas as partes do mundo, especialmente nos Estados Unidos e na Europa. Não é diferente no Brasil. O envolvimento com os estudos relacionados à Sociologia das Profissões suscitou uma série de questões importantes para a compreensão dos conflitos e das tendências observadas nos processos de conformação, desenvolvimento e explicação dos fenômenos relacionados à Educação Física (EF) e Saúde Pública. Fizemos um esforço em contribuir com este avanço ao longo desta pesquisa. Para tanto, analisamos as contradições, lutas e disputas do processo de inserção, atuação, aceitação, profissionalização e legitimação da Educação Física no campo da Saúde Pública, a partir da produção científica, dos documentos legais da Política Nacional de Saúde, dos documentos das instituições institucionalizadas (Conselho profissional e Associações) do campo da Educação Física evidências documentais e da percepção e dos agentes das unidades de saúde do Distrito Sanitário Leste em Goiânia - GO. A pesquisa orientou-se pela perspectiva teórico-metodológica e conceitual do campo da Sociologia das Profissões e da Teoria da Prática. Quanto à metodologia, as aproximações com o objeto de estudo se deram, inicialmente, sobre a produção científica brasileira quanto à temática “Educação Física na Saúde Pública”. Nesta parte, optamos por uma pesquisa bibliográfica entre os anos 2000 e 2012. Na pesquisa documental as informações foram coletadas a partir dos documentos das quatro unidades de saúde pesquisadas, dos documentos da Política Nacional de Saúde e dos documentos de instituições relacionadas ao campo da Educação Física. Realizamos também observação e entrevistas com os agentes do campo, sendo nove profissionais de Educação Física, sete profissionais de outras áreas da saúde e quatro gestores. O material coletado foi analisado a partir da técnica de Análise de Conteúdo com apoio do *software* Webqda. Os resultados apontaram que, na produção científica os temas mais pesquisados foram relacionados à Saúde Mental, à Atenção Básica e à Estratégia Saúde da Família, com centralidade nos relatos de experiências e pesquisas acerca do conhecimento e percepção de profissionais, gestores e usuários sobre a profissão Educação Física. Para nossa surpresa, em menor número apareceram trabalhos empírico-analíticos com ênfase em experimentos, testes medidas e avaliação de programas de atividades físicas no SUS, historicamente muito mais hegemônicos no campo da EF. Quanto às análises dos sentidos da legitimação nos documentos, os mesmos indicaram que a Política Nacional de Saúde busca qualificar a atuação reorientando a organização do trabalho e as práticas do exercício profissional da EF. Nos documentos “Institucionais” apresenta uma reorientação tímida, tensa e contraditória, de acordo com os interesses materiais e simbólicos do grupo de poder representativo nas disputas pela profissionalização hegemônicos ou contra-hegemônicos. Concluímos que a busca pela legitimação da Educação Física, no campo no SUS, na região Leste da Goiânia é marcada por um processo não linear, com conflitos, lutas, estratégias e disputas, mas também por parcerias com vistas a implementar o trabalho em equipe e os principais desafios da Política Nacional de Saúde. Assim, a presença da Educação Física no campo da Saúde Pública é permeada por jogos, tensões, consensos e estratégias em busca de espaço neste, relativo, “novo” campo para a Educação Física. Enfim, embora não haja consenso entre os agentes sobre as dificuldades no processo de trabalho em virtude das condições estruturais e materiais. Ponderamos que, em sua maioria, defenderam a necessidade da estruturação, alegando que a resolutividade dos problemas de saúde dos usuários poderiam ser melhores do que se alcança, atualmente, sem estruturas específicas da profissão.

Palavras Chave: Profissional de Educação Física, SUS, Produção Científica, Campo, *Habitus*

ABSTRACT

Studies on the professions has gained vertiginous space in the scientific field in all parts of the world, especially in the United States and Europe. It's no different in Brazil. Involvement with the Sociology of Professions related studies raised a number of issues important to the understanding of conflicts and trends in forming processes, development and explanation of phenomena related to Physical Education and Public Health. We made an effort to contribute to this progress along this research. Therefore, we analyzed the contradictions, struggles and disputes the insertion process, performance, acceptance, professionalism and legitimacy of physical education in the field of Public Health, from the scientific literature, legal documents of the National Health Policy, the documents of the institutions (professional advice and Associations) own the field of Physical Education documentary evidence and perception and the agents of health facilities Eastern health District of the Goiania - GO. The research was guided by the theoretical-methodological and conceptual perspective of the field of Sociology of the Professions and the Theory of Practice. Regarding the methodology, the approaches to the study object is given, initially, on the Brazilian scientific production on the theme "Physical Education in Public Health". In this part, we chose a literature between 2000 and 2012. In the documentary research data were collected from the documents of the four health facilities surveyed, of the National Health Policy documents and documents of institutions related to the field of physical education. We also observation and interviews with field agents, nine professionals of Physical Education, seven professionals from other areas of health and four managers. The collected material was analyzed with the content analysis technique with support Webqda software. The results showed that, in scientific production the most searched topics were related to mental health, to basic care and the Family Health Strategy, focused on the experiences reported and research on the knowledge and perception of professionals, managers and users of the profession Physical Education. To our surprise, appeared in fewer empirical-analytical work with emphasis on experiments, testing and evaluation measures of physical activity programs in the SUS, historically much more hegemonic in the field of EF. As for the analysis of the meanings of legitimacy in the documents, they indicated that the National Health Policy seek to empower the performance reorienting the organization of work and practices of professional EF exercise. In the "Institutional" documents presents a shy, tense and contradictory reorientation, according to the material and symbolic interests of representative power group in disputes over hegemonic or counter-hegemonic professionalization. We conclude that the search for legitimacy of physical education in the field of Public Health in the east of the city of Goiania is marked by a non-linear process, conflicts, struggles, strategies and disputes, but also for partnerships in order to implement the work in team and the main challenges of the National Health Policy. Thus, the presence of physical education in the field of Public Health is permeated by games, tensions, consensus and strategies in search space this on, "new" field for Physical Education. Finally, although there is no consensus among agents about the difficulties in the work process due to structural and material conditions. Ponder that, mostly, they called for the structuring, claiming that solving the health problems of users could be better than is achieved currently no specific structures of the profession.

Keywords: Professional Physical Education, SUS, Scientific Production, Field, *Habitus*

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	05
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	06
RESUMO	07
ABSTRACT.....	08
CAPITULO I	
1	INTRODUÇÃO 13
CAPITULO II	
2	SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES E A CONTRIBUIÇÃO DE PIERRE BOURDIEU..... 24
2.1	O APORTE TEÓRICO DA SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES COMO BASE DE ANÁLISE: CONCEITOS, CARACTERÍSTICA E IMPLICAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO..... 24
2.2	A TEORIA DA PRÁTICA DE BOURDIEU (HABITUS, ESPAÇO SOCIAL CAMPO E OS DIFERENTES TIPOS DE CAPITAIS ECONÔMICO, CULTURAL, SOCIAL E SIMBÓLICO..... 31
CAPITULO III	
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 40
3.1	O TIPO DA PESQUISA, AS ABORDAGENS PRIVILEGIADAS E O LOCAL/CONTEXTO DA PESQUISA DE CAMPO..... 40
3.2	SUJEITOS DA PESQUISA DE CAMPO..... 48
3.3	TÉCNICAS DE COLETA E ANÁLISES DAS INFORMAÇÕES..... 49
3.4	PROCEDIMENTOS ÉTICOS DA PESQUISA..... 51
CAPITULO IV	
	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, A PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA EDUCAÇÃO FÍSICA RELACIONADA À SAÚDE PÚBLICA, OS DOCUMENTOS LEGAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E DAS INSTITUIÇÕES DO CAMPO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NO BRASIL..... 53
4.1	A ORGANIZAÇÃO DO SUS E ALGUNS PRINCÍPIOS ESTRUTURANTES 53
4.2	A PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE PÚBLICA..... 58
4.3	A EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE PÚBLICA: SENTIDOS DOS DOCUMENTOS DAS INSTITUIÇÕES, SISTEMAS E MOVIMENTOS..... 71
4.4	SÍNTESES SOBRE A PRODUÇÃO CIENTÍFICA, OS DOCUMENTOS ANALISADOS DA PNS E DAS INSTITUIÇÕES DO CAMPO DA

	EDUCAÇÃO FÍSICA E SUAS RELAÇÕES COM O APORTE TEÓRICO METODOLÓGICO.....	103
CAPITULO V		
5.	A EDUCAÇÃO FÍSICA NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA DO DISTRITO SANITÁRIO LESTE GOIÂNIA: O PERFIL DOS AGENTES, AS ANÁLISES DOS DOCUMENTOS E AS OBSERVAÇÕES.....	107
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIO DEMOGRÁFICA E DE FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS.....	107
5.2	A EDUCAÇÃO FÍSICA NAS UNIDADES DE SAÚDE: OS DOCUMENTOS E AS OBSERVAÇÕES INICIAIS.....	111
CAPITULO VI		
6.	O DISCURSO DOS PROFISSIONAIS (AGENTES) QUANTO A INSERÇÃO, ACEITAÇÃO, INSTITUCIONALIZAÇÃO E A LEGITIMAÇÃO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE PÚBLICA DO DISTRITO SANITÁRIO LESTE EM GOIÂNIA: Evidências e percepções	127
6.1	EVIDÊNCIAS E PERCEPÇÕES DOS AGENTES SOBRE A INSERÇÃO DOS PEF NA SAÚDE PÚBLICA.....	128
6.2	EVIDÊNCIAS E PERCEPÇÕES DOS AGENTES SOBRE A JUSTIFICATIVA DA PRESENÇA/PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE PÚBLICA.....	138
6.3	EVIDÊNCIAS E PERCEPÇÕES DOS AGENTES SOBRE O RECONHECIMENTO E VALORIZAÇÃO DOS PEF NA SAÚDE PÚBLICA.	157
6.4	PERCEPÇÕES E EVIDÊNCIAS SOBRE AS DIFICULDADES ENCONTRADAS NO CAMPO DE ATUAÇÃO.....	176
6.5	EVIDÊNCIAS E PERCEPÇÕES DOS AGENTES SOBRE A FORMAÇÃO INICIAL E CONTINUADA DOS PEF RELACIONADAS ÀS NECESSIDADES DA SAÚDE PÚBLICA.....	187
6.6	PERCEPÇÕES E EVIDÊNCIAS DOS AGENTES SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.....	213
6.7	EVIDÊNCIAS, PERCEPÇÕES E DESDOBRAMENTOS SOBRE AS RELAÇÕES PROFISSIONAIS, CONFLITOS E DISPUTAS NO CAMPO.....	224
6.8	O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA SOBRE OS DOCUMENTOS LEGAIS DAS POLÍTICAS NACIONAL DE SAÚDE RELACIONADA À EDUCAÇÃO FÍSICA.....	254
	7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	265
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	270
	ANEXOS.....	286
	APÊNDICES.....	287

CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO

Esta tese apresenta como temática a Educação Física (EF) na Saúde Pública (SP). A pesquisa que fizemos buscou responder importantes questões complexas e desdobramentos da inserção, legitimação e profissionalização da EF na SP, em unidades municipais do Sistema Único de Saúde em Goiânia.

A opção pelo tema da investigação foi despertada, inicialmente, pelos resultados da pesquisa que realizei entre 2003 e 2004. O estudo constituiu, em um primeiro momento, em analisar a produção científica do Grupo de Trabalho Temático (GTT) “Atividade Física e Saúde” do Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte (CONBRACE)¹. Naquela época, percebemos que as temáticas privilegiadas nos estudos eram, em sua maioria, da abordagem empírica analítica com viés nos aspectos biofisiológicos e a temática atividade física na Saúde Pública não era privilegiada pelo campo científico da EF.

Na referida pesquisa também entrevistamos os coordenadores deste GTT nos anos de 1997 a 2003, procurando caracterizar e analisar seus discursos e ações. Na apresentação dos objetivos à comunidade científica, os componentes da gestão entre 2001/2003 do GTT “Atividade Física e Saúde”, demonstraram uma forma diferenciada de ver esta relação. Convocaram a comunidade da EF a participar e contribuir democraticamente no processo de reestruturação do GTT 01 do CBCE, no intuito de alicerçar uma base sólida e constante de debates acerca das questões que permeiam as temáticas da atividade física e saúde. Buscaram, com essa ação, abrir outras frentes de discussão no GTT, para além do viés biológico sem, contudo, negar ou restringir a importância desta dimensão. Mas, sobretudo, almejando ampliar os enfoques teórico-metodológicos dos trabalhos ali apresentados. Passaram a considerar e a disseminar as investigações nas áreas da Epistemologia, Sociologia, Antropologia, Saúde Pública, Saúde Coletiva, entre outras.

Importa ressaltar que, as conclusões do nosso estudo apontaram para que a EF e sua produção do conhecimento, relacionada à atividade física e saúde, precisaria incorporar novos instrumentos conceituais e novos fundamentos teóricos que pudessem indicar possibilidades

¹ Este congresso é parte da comunidade científica do Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte que participa das discussões críticas do campo da Educação Física, desde a década de 80. Principalmente a partir dos movimentos renovadores da EF brasileira (Movimentos da década de 80 que buscou ampliar as discussões do campo da EF em busca de abordagens e perspectivas de atuação, sobretudo no âmbito escolar).

interdisciplinares de ação na SP e a busca por aproximar-se das discussões da Saúde Coletiva, o que permitiria um avanço significativo na própria área.

Contudo, é possível observar, desde o final da década de 1980, que o campo da EF vem ampliando sua produção científica na perspectiva sócio cultural e pedagógica da relação entre a Educação Física e Saúde. Desta forma, acompanhamos ao longo da primeira década deste milênio e atualmente, a construção de uma contra hegemonia na área no que tange a proposta de diversos autores, programas de pós-graduação, eventos e entidades.

Na ampliação deste debate, vale ressaltar a criação de diversos grupos de estudos e pesquisas relacionando Educação Física e Saúde: o grupo “Educação Física & Saúde Coletiva & Filosofia” da USP, vinculado ao Laboratório de Pedagogia do Movimento e ao Programa de Pós-Graduação em Pedagogia do Movimento da Escola de Educação Física e Esporte da USP; Políticas de Formação em Educação Física e Saúde (POLIFES), vinculado à Escola de Educação Física (ESEF) da UFRGS e ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano (PPGCMH); O Laboratório de Estudos em Educação Física (LESEF) pertence ao Centro de Educação Física e Desportos (CEFD) da UFES, fundado no ano de 1996. Estas iniciativas contribuíram para a aproximação entre os campos da EF com a Saúde Pública e a Saúde Coletiva.

Neste aspecto, também podemos citar a publicação, no início do século XXI, dos três volumes do livro “Saúde em Debate na Educação Física” como um marco neste avanço da produção científica, além de outras diversas produções que focaram reflexões e fazeres da Educação Física no campo de intervenção do SUS.

Assim, objetivamente, houve a inserção da EF na Saúde Pública tanto no aspecto da produção científica e em espaços de atuação profissional em de unidades de saúde de diversos municípios brasileiros. Neste sentido, dados do Ministério da Saúde demonstram que até 2012 havia 1136 Profissionais de Educação Física nos NAFS em todos os municípios brasileiros². Contudo, com essa inserção ocorrem desdobramentos práticos decorrentes das atividades/ações desenvolvidas pelos Profissionais da Educação Física. Estes suscitam pesquisas sobre os aspectos objetivos e subjetivos do processo de trabalho de uma “nova” profissão no campo da SP.

Neste sentido, Freitas Carvalho e Mendes (2013, p. 640) defendem que, atualmente, há ampliação da produção científica da área da EF nas Políticas Nacionais de Saúde (PNS) (BRASIL, 2006a) principalmente a partir de 2006. Também nos campos de intervenção e

² Dados do NASF - Consolidado de Categorias Profissionais no Brasil - agosto/2012. Ministério da Saúde - Brasil

interlocução da EF com a Saúde, sobretudo na Atenção Básica do SUS e, por estes motivos, seria possível perceber a “institucionalização dos conteúdos e das ações da educação física [...] que sugere uma mudança nos modos de fazer o trabalho em saúde e maior articulação com o campo”.

Da mesma forma, percebemos em diversas Unidades de Saúde do país a presença de profissionais médicos, enfermeiros, psicólogos, cirurgiões dentistas, fisioterapeutas, assistentes sociais e, mais recentemente, os profissionais de Educação Física. Estes últimos, historicamente, sempre em menor quantidade. Esta situação pode ser explicada pelos aspectos históricos do campo da EF que não privilegiou a área da saúde humana na dimensão “Pública” do SUS. Mesmo assim, destacamos a presença dos profissionais de Educação Física em diversos municípios brasileiros, em especial na Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Goiânia. Nesta cidade a inclusão deste profissional aconteceu em diversas unidades de saúde, sobretudo a partir do ano de 2002³.

A SMS de Goiânia possui, atualmente, 31 profissionais de Educação Física em seu quadro profissional, distribuídos da seguinte forma: 20 estão lotados nos CAPS de transtornos mentais ou álcool ou outras drogas; 04 estão nas subsedes da SMS, chamados de Distritos sanitários; 02 estão em CAIS; 02 em Centros de Referência de Atenção à Saúde de Idosos; 01 em Centro de Convivência de Saúde Mental; 01 em Hospital Psiquiátrico; 01 na Divisão de saúde mental da SMS (nível central) (Goiânia, SMS - DGETS, 2013)⁴.

No Distrito Sanitário Leste (DSL), atualmente, são 06 os profissionais desta área, além de outros 03 que já trabalharam ou prestaram algum tipo de apoio à construção estruturação de projetos, consultorias, trabalhos como gestores, entre outros. Este profissional tem atuado no sentido de fazer parte das equipes multidisciplinares e em demonstrarem o papel da EF na melhoria das condições de saúde da população goiana. Estudos que considerem a estruturação das relações profissionais e da organização do trabalho, com estes profissionais recentemente inseridos, são fundamentais para entendimento e consequentemente o avanço da profissão no campo.

Outro ponto que pode ser observado e que entendemos justificar a realização dessa investigação seria que, apesar da EF estar inserida na SP do município de Goiânia, parecem tímidas as iniciativas de aumentar a quantidade destes profissionais em nível de concurso. No

³ Informações retiradas de documento “Relação de profissionais de educação física” da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

edital nº 01 de 2006 da Secretaria Municipal de Administração e Recursos Humanos, o primeiro em que configurou a presença de vagas voltadas para os PEF, das 1794 vagas para a área da saúde 19 foram para a EF (Goiânia, SMS, 2006). Já no edital de 02 de fevereiro de 2012, do concurso público para a Saúde da SMS, entre as mais de 1200 vagas a EF ficou com apenas 05.

Apesar disso, os PEF tem sido incluídos em vagas para concursos públicos na área de saúde. Dias, Antunes e Arantes (2013) analisaram editais de concursos realizados para PEF voltados para o trabalho em hospitais entre os anos de 2006 e 2012. Em suas análises encontraram os seguintes editais e áreas: hospitais das clínicas (5 editais); hospital universitário (1); rede SARAHE de hospitais de reabilitação (instituição pública, mas não estatal) (2); hospital regional (1) e hospital psiquiátrico (1). Para os autores os editais demonstraram as expectativas de atuação da EF nas áreas da Reabilitação, Condicionamento Físico, Esportes, Recreação, Educação, Reeducação Postural, Ginástica Laboral, Promoção da Saúde e Gestão em Processos de Trabalho. Com centralidade em atividades de condicionamento físico.

Para além das questões relacionadas à entrada dos PEF na Saúde Pública, outros aspectos nos motivaram para a realização desta pesquisa de doutorado. O fato de ter ingressado, no ano de 2011, como professor na Universidade Federal de Goiás, mais especificamente na Faculdade de Educação Física e Dança (FEFD), na cidade de Goiânia. A partir deste momento, iniciei o contato com diversos destes PEF que desenvolvem suas atividades em unidades de saúde da SMS.

Nas atividades acadêmicas orientei estudantes dos estágios desenvolvidos em diversas Unidades de Saúde Públicas do município de Goiânia, bem como desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão no Programa de Educação para o Trabalho pela Saúde (PET-SAÚDE) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). Nestes trabalhos, ao participar de trabalhos interprofissionais que envolviam os cursos da área da saúde da UFG e os serviços da SMS, pude perceber que as relações entre as profissões, presentes no campo da Saúde Pública, eram muito complexas e envolviam jogos de poder das mais diversas ordens e, sobretudo nos momentos da divisão do trabalho.

Também ingressei no grupo de pesquisa “Educação Física, Trabalho e Formação” (ECOS). Este grupo é militante da reforma psiquiátrica e da reforma sanitária e produz

⁴ Dados retirados da planilha “Relação de Profissionais Educadores Físicos”. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Divisão de Educação do Trabalho em Saúde. Setor de Informação (2013).

conhecimentos na perspectiva crítica da EF relacionada à Saúde Pública. Atualmente, o grupo busca pesquisar o trabalho do professor de EF nos centro de atenção psicossocial (CAPS). A partir da pesquisa ação procura diagnosticar o trabalho do professor de EF nos CAPS da referida cidade e propor mudanças na organização do trabalho. Para isso conta com o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

Por outro angulo, meu interesse por esta temática surgiu também no mesmo ano de 2011. Coincidentemente ingressamos no doutorado em EF no Programa de Pós-graduação em da Universidade Católica de Brasília. Neste programa, participei de grupos de pesquisa e projetos interdisciplinares que tinham por objeto de investigação os aspectos socioculturais e pedagógicos da EF e Saúde. O envolvimento com estas iniciativas suscitou uma série de questões referidas à seleção e operacionalidade de teorias e métodos de abordagem, levando-nos a perceber a análise sociológica da profissionalização de Freidson e a teoria da prática de Bourdieu como providas de elementos imprescindíveis para suscitar a atividade científica no campo da EF. Assim como, um recurso importante para a compreensão dos conflitos e das tendências observadas nos processos de conformação, desenvolvimento e explicação dos fenômenos relacionados à Educação Física e Saúde Pública.

Não obstante, salientamos não serem muitos os estudos sobre a EF na SP em Goiânia. Cirqueira (2009) fez reflexões acerca da cultura corporal no espaço de atenção à Saúde Mental e apontou serem as atividades recreativas muito positivas no processo de sociabilização dos usuários dos serviços dos CAPS. Defendeu que as ações devem ser sistematizadas numa “intencionalidade pedagógica” e centradas nos conteúdos da cultura corporal de movimento, assim seriam importantes porque contribuiriam com a legitimação da presença do professor de Educação Física na Saúde Mental.

Outra pesquisa foi realizada por Martinez (2014). Em sua tese de doutoramento problematizou a organização do trabalho nos NASF e as contribuições da Educação Física, em suma buscou analisar os avanços e dificuldades relatados pelos profissionais e gestores das equipes multiprofissionais do NASF em Goiânia.

Por outro ângulo, Furtado et al. (2015) buscaram compreender as características e rotinas da realidade das intervenção do trabalho de professores de Educação Física nos CAPS de Goiânia. Concluíram afirmando que os CAPS seriam instituições estratégicas na atenção psicossocial, nos quais se materializam disputas relacionadas ao processo de Reforma Psiquiátrica. Além dessas disputas e debates contribuem para a formação dos trabalhadores

destas instituições, para lidarem com os novos desafios e por fim, que seria importante compreender os limites de uma “transformação em curso”.

Estas produções demonstram um momento incipiente das investigações quanto à temática EF na SP em Goiânia. Contudo, concordamos com Coutinho (2011) que defende estar aumentando a presença de profissionais de EF na Atenção Básica à Saúde nos últimos anos no Brasil, mas indica que o campo precisa ampliar as pesquisas empíricas considerando como objeto de análises as bases de atuação profissional: quer sejam competências, habilidades, parâmetros para avaliação da aproximação ou não dos princípios do SUS no trabalho da EF.

Por outro lado, temos as “Instituições ligadas ao campo”, (com outras intenções para a relação EF e Saúde Pública). Dentre as principais instituições destacamos o Conselho Federal de Educação Física (CONFEF) e suas “Cartas”, “Recomendações”, “Resoluções” e “Revistas” que focaram o campo da Saúde Pública, a Frente Parlamentar da Atividade Física para o Desenvolvimento Humano (FPAFDH) com suas influências políticas neste cenário e seus informes, a Associação Brasileira de Ensino em Educação Física para a Saúde (ABENEFES) com seus congressos, revistas e tentativas de interferir no processo de formação em EF.

Estas, em linhas gerais, fazem a defesa e reforçam o modelo biomédico e as abordagens da atividade física e saúde relacionadas ao paradigma dos fatores de risco. Representam grupos corporativistas da profissão. Estes relacionam a atuação da EF na saúde humana a partir das dimensões orgânicas do corpo. Em uma primeira análise, essas instituições têm a suposta boa intenção da democratização da atividade física como condição de saúde e aptidão física, mas não consideram, em seus documentos institucionais, saberes e práticas relacionados à determinação social, econômica e cultural do processo saúde-doença. Tem discursos próprios do dilema preventivista e de uma promoção da saúde centradas no indivíduo e na responsabilização exclusiva do sujeito quanto ao estilo de vida. Portanto representam uma “classe” ou “grupo” na disputa por espaço social no campo profissional em disputas por poder com outras “classes e grupos”.

Para Martinez (2014, p. 15), o campo da EF e da Saúde possuem, muitas vezes, “discursos” e “projetos” sociais em disputa. As instituições indicadas acima representam parte desses grupos. Os autores acima afirmam que, geralmente, são comuns grupos que se associam às concepções teórico-metodológicas relacionadas ao processo saúde-doença e à promoção da saúde, caracterizadas por “(re)leituras preventivistas”, os quais operam e fundamentam suas intervenções e produções científicas no paradigma dos fatores de risco e

em “concepções reducionistas e lineares do trato tradicional da Educação Física com a saúde”. De outra forma, defendem existir discussões críticas que apontam a necessidade do campo da EF avançar para “compreensões da saúde-doença a partir da realidade social e das condições de vida da população”.

Quando se trata da questão do que seria melhor em relação à atuação profissional (expertise) para o SUS, o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no ano de 2006, contribui com esta reflexão. Indica que mesmo estando estabelecida na Constituição Federal em seu artigo 22, inciso XVI, a competência privativa à União para legislar sobre a organização das profissões. Esta regulação tem obedecido muito mais às regras impostas pelo mercado do que propriamente as ações efetivas do governo, não observando as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006b). Prevaecem os interesses corporativos que influenciam diretamente em desdobramentos nas ações dos profissionais nas Unidades de Saúde do SUS.

Por este motivo, as influências e extrapolação dos limites jurisdicionais pelas associações e conselhos profissionais, bem como as diversidades e disparidades presente na composição de profissionais no campo da Saúde Pública devem ser foco de análise em pesquisas. Vejamos o que pensa a Secretaria sobre este importante tema:

[...] numa análise mais aprofundada da situação, identifica-se uma característica básica do atual regime regulatório brasileiro: a existência de uma legislação que preserva monopólios corporativistas na regulação do trabalho, os quais, muitas vezes, extrapolam os seus próprios limites de atuação, disseminando conflitos que promovem a competição entre as profissões de saúde. Sendo assim, é fundamental um Estado presente e atuante no papel de gestor e regulador do trabalho em saúde (BRASIL, 2006b, p. 4).

Nossas intenções são de contribuir com a clarificação e a ampliação deste debate. Destacamos o fato destas instituições, do campo da EF, terem produzido documentos relacionados à EF na Saúde Pública, que podem influenciar nas ações desta profissão neste campo, portanto merecem uma análise de seus sentidos e desdobramentos para a SP e para o próprio campo da EF (apresentamos estes documentos no capítulo destinado à metodologia).

A partir desse contexto, consideramos para nossas análises e reflexões os elementos constitutivos e interdependentes do quadro analítico formulado por Freidson (2001) - para entender a institucionalização e a legitimação da EF no campo da Saúde Pública - o ideal-tipo de profissionalismo, quais sejam: trabalho especializado assente num corpo teórico, no uso discricionário do conhecimento e das competências pelo profissional; jurisdição exclusiva e uma divisão do trabalho controladas pela profissão; posição de monopólio no mercado

baseada em credenciais qualificadoras criadas pela profissão; existência de um programa formal de ensino, ao nível superior, produtor dessas credenciais e controlado pela profissão; existência de uma ideologia que garanta o reconhecimento social do trabalho profissional, da sua eficiência econômica e da validade do conhecimento especializado em que assenta.

Consideramos este quadro teórico-metodológico para a construção da pesquisa documental e de campo. O quadro serviu de referência para subsidiar a explicação e análise dos documentos, das entrevistas e das observações realizadas. Contribuir com a possibilidade de entender e refletir sobre o trabalho do profissional de EF em diferentes espaços de atuação no SUS em Goiânia. Especificamente em um Centro de Atenção Psicossocial, numa unidade da Estratégia da Saúde da Família, em um Centro de Atenção Integral à Saúde em uma subsele administrativa da SMS chamada de Distrito Sanitário Leste (DSL).

Cabe destacar também que a pesquisa orientou-se pela perspectiva teórico-metodológica e conceitual do campo da Sociologia das Profissões (FREIDSON, 1996, 1998, 2001) e da Teoria da Prática (BOURDIEU, 1983, 1989, 2002, 2007).

A partir destas reflexões anteriores delineamos o seguinte **problema de pesquisa**: como se configura a busca pela inserção, aceitação, profissionalização e legitimação da Educação Física no campo da Saúde Pública? O que vem acontecendo no campo da Saúde Pública em virtude da inserção da profissão Educação Física?

Para conseguir responder a esta questão central elaboramos questões norteadoras da investigação: como está o estado da arte da produção científica ligada à temática Educação Física e Saúde Pública no Brasil? Como os documentos legais (Leis, Resoluções, Portarias, Movimentos) da PNS e das Instituições do campo da EF, discursam, dão sentido e relacionam com a Saúde Pública? Como se estrutura o trabalho da EF nas unidades de saúde da SMS na região do Distrito Sanitário Leste (DSL) em Goiânia-GO? Como se configuram as evidências e percepções dos agentes quanto à inserção, justificativa da presença/papel e o reconhecimento/valorização da Educação Física neste *lócus* privilegiado? Quais as percepções dos agentes sobre a formação inicial, continuada e os conhecimentos balizadores das ações da EF nas unidades? Quais as dificuldades enfrentadas e estratégias utilizadas pelos PEF na organização do trabalho considerando as ações que desenvolve? Considerando as interrelações entre as profissões, quais seriam as crises, lutas, contradições, arranjos, desigualdades e interesses presentes nas correlações de força? Por fim, quais as percepções dos agentes sobre a Política Nacional de Saúde, considerando os avanços, limites, potencialidades, dificuldades de implementação em relação à organização do trabalho?

Assim, esta investigação teve como **objetivo** analisar as contradições, lutas e disputas do processo de inserção, atuação, aceitação, profissionalização e legitimação da Educação Física no campo da Saúde Pública, a partir da produção científica, dos documentos legais da PNS, dos documentos das instituições (Conselho profissional e Associações) próprias do campo da EF, das evidências documentais e da percepção e dos agentes das unidades de saúde do Distrito Sanitário Leste (DSL) da cidade de Goiânia - GO.

Desdobramos o **objetivo** acima nos **específicos**:

- a. Caracterizar e analisar o sentido das produções científicas brasileiras com a temática “Educação Física na Saúde Pública”;
- b. Analisar o sentido da legitimação da Educação Física no campo da SP a partir de documentos historicamente desenvolvidos de: Movimentos, Leis, Portarias, Instituições, Resoluções;
- c. Reconstruir a trajetória de desenvolvimento da Educação Física no contexto da subseleção do Distrito Sanitário Leste (DSL), do Centro de Saúde (CS), do Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), analisando a história, os planos de trabalho, os projetos desenvolvidos relacionados ao campo da EF.
- d. Analisar as percepções dos agentes sobre as formas de inserção, justificativa da presença/papel e reconhecimento/valorização da EF nas unidades de saúde pesquisadas e confrontar com os documentos da SMS;
- e. Analisar a percepção dos agentes sobre o processo de formação geral dos PEF e os conhecimentos que entendem serem necessários para uma atuação eficaz na Saúde Pública;
- f. Identificar as dificuldades enfrentadas na organização do trabalho da EF, as ações desenvolvidas e as estratégias utilizadas, considerando os diferentes olhares dos agentes no campo;
- g. Analisar as relações profissionais a partir da percepção dos agentes do campo e as evidências documentais relacionadas a este tema;
- h. Analisar a percepção dos agentes sobre as reorientações da Política Nacional de Saúde que podem influenciar na organização do trabalho da EF na Saúde Pública.

Para conseguir alcançar estes objetivos sustentamos esta empreitada com ênfase na teoria sociológica das profissões (FREIDSON, 1998) ao destacar que a legitimidade de uma profissão, num espaço social, está associada a quatro fatores complexos: seu desenvolvimento corporativo (*status*); o nível de apoio e aparato Estatal; a posição dos membros no mercado de trabalho; o papel que assume na divisão do trabalho e a posição de

seus membros nos ambientes concretos. Fundamentamos estes aspectos para análise teórico-metodológica de nosso estudo.

Por outro lado, soma-se a esta complexidade das profissões, a atual conjuntura em que nos diversos espaços sociais, as mudanças nas relações do trabalho em Saúde Pública e a inserção de outras profissões no trabalho multiprofissional têm acontecido rotineiramente nos quotidianos das unidades de saúde. Temos que considerar também as mudanças significativas nas Leis do SUS e a construção da Política Nacional de Saúde, as quais, muitas vezes, provocam alterações na estrutura dos serviços.

As mediações desta tese fundamentaram-se também na discussão da complexidade da legitimidade, dos desafios e das lutas para/nos processos e relações sociais/profissionais apontados por Bourdieu (1989). Assim, buscamos elucidar como vem se dando os processos de aproximação da EF com a SP na produção científica, nos documentos legais e na realidade das unidades de saúde. Ao aprofundar nos estudos sobre a sociologia das profissões e sobre a teoria da prática, entendemos que as relações profissionais, na maioria das vezes, constituem-se em contextos sociais, políticos, organizacionais e culturais distintos e, por outro lado, são dependentes da formação acadêmica, das propostas práticas dominantes, dos discursos, dos conhecimentos. Todos estes aspectos são desenvolvidos dentro e fora dos locais de trabalho, estes entendidos como espaços sociais representativos de grupos e micro campos (BOURDIEU, 1989).

A par destas considerações, a título didático, após este primeiro capítulo, em que apresentamos a temática, a situação problema, as justificativas e os objetivos, organizamos o trabalho da seguinte forma: no segundo capítulo refletimos sobre os principais conceitos e teorias que sustentam as análises realizadas na pesquisa. Para tanto apresentamos a teoria da prática de Bourdieu discutindo conceitos como “campo”, “capitais”, “*habitus*”, “violência simbólica”, “poder”, “dominação”, entre outros que ajudam a entender e explicar os fenômenos inerentes ao campo da Saúde Pública. Nesta parte também destacamos conceitos da teoria sociológica das profissões como “expertise”, “autonomia”, “credencialismo”, “*status*”, “discurso”, poder nas relações profissionais, conhecimento entre outros.

No terceiro capítulo, seguem os procedimentos metodológicos que delinearam o “desenho da pesquisa”. Nesta parte apresentamos as opções pelo desenho da pesquisa com o local, o contexto e as características da pesquisa bibliográfica, documental e de campo, a qual foi realizada na região do Distrito Sanitário Leste de Goiânia. Detivemos em seguida a apresentar as principais técnicas de coleta de informações, a relação dos documentos e instituições que foram analisadas e as técnicas de análise de dados, nos quais privilegiamos a

triangulação dos dados e a análise de conteúdo das entrevistas realizadas com os agentes do campo de investigação, ou seja, Profissionais de Educação Física, Profissionais de outras áreas da Saúde e Gestores, todos das unidades de saúde pesquisadas.

No quarto capítulo apresentamos os resultados da pesquisa bibliográfica. A finalidade foi demonstrar como se configura o debate teórico no campo científico e nas Leis. Inicialmente, analisamos parte da produção científica relacionada às reflexões e ações da Educação Física na Saúde Pública em busca pela sua legitimação. Também analisamos como tem se dado esta busca a partir das Leis, Resoluções, Projetos/programas governamentais e Institucionais, Sistemas e Movimentos, com seus “discursos e poderes” na relação de forças. Nesta parte, demonstramos a existência de dois projetos sócios históricos com sentidos divergentes e em disputa pela profissionalização da EF no campo de trabalho da Saúde Pública.

No quinto capítulo apresentamos e analisamos os resultados e discussões da pesquisa de campo. Consideramos para as análises os documentos das unidades de saúde e as percepções dos agentes/sujeitos da pesquisa. Caracterizamos os sujeitos da pesquisa e a organização da EF das unidades de saúde pesquisadas com suas dificuldades e potencialidades, a partir dos documentos e as observações iniciais.

No capítulo seis, analisamos as percepções dos profissionais (agentes) quanto à inserção, aceitação, institucionalização e legitimação da Educação Física na Saúde Pública do Distrito Sanitário Leste em Goiânia. Especificamente, analisamos a inserção, o papel desempenhado (justificativa da presença dos PEF), aspectos do reconhecimento e valorização profissional, as dificuldades e ações desenvolvidas na organização do trabalho e na atuação, a formação e os conhecimentos balizadores das ações da EF, as relações profissionais e as influências positivas e negativas dos documentos legais da PNS no trabalho dos PEF.

Por fim, tecemos nossas considerações finais sobre o processo de investigação, apontando limites e avanços, bem como novas possibilidades de investigação.

CAPÍTULO II

2. SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES E A CONTRIBUIÇÃO DE PIERRE BOURDIEU

2.1 O APORTE TEÓRICO DA SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES COMO BASE DE ANÁLISE: CONCEITOS, CARACTERÍSTICA E IMPLICAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO

A sociologia das profissões investiga a formação, os conhecimentos, as interrelações, as lutas entre as profissões, em um determinado campo, a partir da divisão do trabalho e das mudanças sociais, econômicas, culturais que perpassam as sociedades. Contribui para esclarecer a complexa teia de relações multiprofissionais, onde interferem normas, resistências, lutas, conflitos, disputas entre os vários agentes sociais.

A partir do final do século XIX, com o processo de industrialização e massificação, ocorre o surgimento de inúmeras profissões. O surgimento das profissões como atividade desenvolvida a partir da apropriação de um conhecimento sistematizado (diferenciado das atividades que dispensam este conhecimento) fez brotar o campo de estudos chamado “Sociologia das Profissões”. Ele Estruturou, inicialmente, com o objetivo de caracterizar o desenvolvimento das atividades no mundo do trabalho, de suas especificidades e de sua dinâmica.

Em geral a análise sociológica das profissões é entendida como um ramo da sociologia que se dedica a desenvolver análises teórico-metodológicas sobre grupos profissionais. Neste sentido, também pode ser considerada uma “disciplina específica no campo da Sociologia que elege como objeto de estudo os processos sociais através dos quais emergem e se afirmam os diferentes grupos profissionais” (ALMEIDA, 2010, p. 116). O objeto de estudo da sociologia das profissões também relaciona-se com processos de compreensão das formas de estruturação social em que diferentes grupos profissionais tentam “conquistar e ou manter determinado estatuto social” (p. 116).

A finalidade da sociologia das profissões seria analisar as desigualdades, lutas, disputas, conflitos, convergências, afinidades, contradições, diferenças entre as profissões. Ou seja, investiga as profissões no campo da “análise sociológica da divisão do trabalho” num jogo/conflito que visa a “construção de identidades” (ALMEIDA, 2010).

Nesta mesma linha de raciocínio, Gonçalves (2008) defende que a análise sociológica das profissões, para entender as dinâmicas entre as profissões, parte de três perspectivas: das formas históricas de organização social das atividades de trabalho; das formas históricas de

identificação e de expressão de valores éticos e; das formas históricas de estruturação dos mercados de trabalho.

Além destas três perspectivas, afirma que, para entender a dinâmica das relações entre profissões, é necessário “realizar uma análise sócio-histórica sem ocultar a trama de relações e de processos sociais que formam o fenômeno profissional” (GONÇALVES, 2008).

Esta forma de abordagem está presente nos estudos de Almeida (2010), pois a análise histórica permite

compreender o modo como os grupos profissionais se estruturam e procuram mobilizar recursos materiais e simbólicos capazes de contribuir para a sua afirmação coletiva enquanto grupos de *status* que se diferenciam de outros grupos profissionais (ALMEIDA, 2010, p. 126).

O estudo das profissões permite explicar as características que interferem na dinâmica e na lógica da divisão social do trabalho nas sociedades globalizadas. Dilemas, conflitos, disputas por espaço e *status*, nos diversos espaços e campos de atuação em que existem relações interativas entre profissões diferentes faz parte de seu objetivo. Bourdieu (1983) falaria de lutas e disputas presente no campo profissional, demarcados por um jogo de poder cujas regras ou são ignoradas ou estão subsumidas, traduzidas no *habitus* constituído pelos capitais que marcariam o “senso prático” de cada profissão. Estas disputas e lutas no seio da divisão social do trabalho, no campo onde interagem as profissões, é geradora de inúmeras formas de “violência simbólica” entendida por um tipo de dominação consentida pela aceitação das regras e crenças partilhadas como “naturais”.

Santos e Faria (2008) discutem várias questões sobre a sociologia das profissões na área da Saúde Pública, mostrando as lutas e negociações que se desdobram e os problemas gerados entre as profissões, ou mesmo no interior da própria profissão.

Afirmam que, no Brasil, estas lutas são mais acirradas pelos “dilemas típicos do corporativismo particularista” que buscam garantir territórios “cartoriais” e limitar o exercício de atribuições comuns, além do “autoritarismo sindical dos Conselhos Classistas” em diversas atividades (SANTOS; FARIA, 2008, p. 39). Destacamos a aprovação do “Ato Médico”⁵ que, mesmo com os vetos da presidência da República do Brasil, tentava resguardar à classe médica o exercício profissional em determinadas intervenções (diagnóstico e prescrição) que entra em confronto com as jurisdições que regulamentam o exercício e intervenção das outras profissões da área da saúde.

⁵ Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013.

Todo campo é permeado por muitos interesses corporativos e particularistas que, nas relações de trabalho, através da defesa de hierarquias e privilégios entre as profissões detentoras de maior ou menor poder e prestígio. A análise sociológica das profissões permite avaliar a inserção de novas profissões em um campo específico, permeado por conflitos e interesses em busca de diferentes formas de legitimação possíveis e privilégios materiais e simbólicos.

Gonçalves (2008) propõe pensar esta discussão nos planos macro, meso e micro. Em uma análise “macro” as profissões se enquadram nas dinâmicas das sociedades capitalistas, considerando os processos de sua formação e as articulações com a expansão do sistema econômico capitalista. Em uma análise meso destaca-se o poder dos profissionais para com os clientes, com outros profissionais e com o Estado; os processos de institucionalização dos monopólios profissionais; as articulações entre as profissões e a estrutura das classes sociais; os conflitos entre profissões para a apropriação das jurisdições profissionais; a influência cultural e política exercida pelas profissões para benefício dos próprios interesses; a desprofissionalização e proletarização dos profissionais; a retórica legitimadora da ideologia profissional (GONÇALVES, 2008, p. 182).

Considerar, a história da profissionalização e as dinâmicas profissionais é tarefa imprescindível ao pesquisador que envereda nesta área, especialmente para não correr o risco de montar um quadro analítico desarticulado do desenvolvimento econômico, cultural, político e simbólico. Este quadro demonstraria os interesses e o “monopólio de exclusividade” de uma profissão, traduzidos em estratégias de defesa e consolidação profissional no quadro da divisão social do trabalho (FREIDSON, 1998).

Nesta mesma linha de raciocínio, Vicente (2011) acrescenta, a esta importante questão, que as profissões são legitimadas pelas instituições e por associações de pares, de modo a constituírem “comunidades de pertencimento” e identidade. Este monopólio abarca valores abarcando aspectos simbólicos, interativos, culturais, sociais e políticos.

Cabe à sociologia das profissões centrar a sua análise nas situações, nos acontecimentos vividos, experimentados pelos actores sociais, encarados como produtores activos das relações e das configurações profissionais. Isto é, estudar as interacções enquanto resultado de coreografias concebidas, interiorizadas, produzidas e reproduzidas pelos actores. As interacções desenham formas de comportamento, mas também formas de representação objectivadas em transacções comunicacionais onde o discurso e a linguagem adquirem um papel central (VICENTE, 2011, p. 28)

Para o sociólogo Freidson (1998) as profissões institucionalizadas ocupam um lugar privilegiado dentro das ocupações. Uma posição particular no seio da divisão do trabalho. O

status alcançado por uma determinada profissão permite controlar, com maior ou menor exclusividade, o próprio mercado de trabalho. Para o autor, profissão é entendida como uma forma de organização do mercado de trabalho assentada em três elementos fundamentais: a autonomia técnica por via do controle da natureza e da forma como é executado o trabalho; o monopólio de uma área de conhecimento especializado e institucionalizado, o qual sustenta essa autonomia e o credencialismo que permite o acesso à profissão somente aos que detêm credenciais ocupacionais e ou institucionais.

Esta complexa teia de relações entre as profissões é constituída por diversos elementos: interdependentes que podem ser observados e avaliados na sociedade em geral e em instituições, grupos, classes, comunidades, órgãos. Freidson (2001) destaca quatro destes elementos: trabalho especializado assentado em um corpo teórico e na utilização discricionária destes conhecimentos e competências do profissional (natureza do trabalho); jurisdição exclusiva e uma divisão do trabalho controlada pela profissão; existência de um programa formal de ensino, ao nível superior, produtor destas credenciais e controlado pela profissão; existência de uma ideologia que garanta o reconhecimento social do trabalho profissional, da sua eficiência econômica e da validade do conhecimento especializado em que assenta.

No que se refere ao monopólio da área do conhecimento especializado, na utilização destes conhecimentos no campo de trabalho pelos profissionais e em seu reconhecimento. Vicente (2011) defende que as profissões tendem a manifestar publicamente a importância dos seus saberes e ações e legitimados como socialmente úteis.

Os conhecimentos científicos e técnicos, complexos e especializados, em conjunto com as formas de ação, distinguem uma ocupação de uma profissão. Estes podem ser obtidos pelo sujeito no ambiente escolar e mais especificamente numa formação universitária, sendo legitimadas pelas instituições científicas, universidades, órgãos de classes ou conselhos ético-profissionais.

Os profissionais ao acumular em suas estruturas formas diferentes de percepção, ação, classificação e distinção formam seu *habitus*, na medida em que, passam a possuir diferentes capitais, neste caso, segundo Bourdieu, o capital cultural estaria mais ligado aos processos de formação e educação realizados nos cursos das universidades, na escola, no próprio campo acadêmico e de atuação profissional.

Os conhecimentos científicos e técnicos contribuem para proporcionar legitimidade social às profissões na teia de relações dinâmicas, corporativas, políticas, e complexas. Uma profissão torna-se imprescindível ao funcionamento de uma sociedade globalizada através de

suas práticas, adquirindo prestígio e *status* social. Esta busca contínua de legitimidade se dá num tempo e em um espaço social permeado por conflitos nas interações sociais, pelo poder de controlar e monopolizar determinadas atividades e pelo processo de “persuasão” social.

É importante salientar que a profissionalização depende também da legitimação social, que permite à sociedade ser convencida de os profissionais serem dignos de confiança. Quando isto acontece, segundo Evettes (2003, p. 28) há um retorno do “cliente com recompensas como autoridade, privilégios e maior *status* social”. Ao o mesmo tempo se cria uma ideologia do profissionalismo, atraente para o grupo profissional incluindo aspectos de “exclusividade e propriedade de uma área de especialização e de conhecimento, e a autonomia na tomada de decisões e descrição em práticas de trabalho” (EVETTES, 2003, p. 30)⁶.

As profissões, na busca da legitimidade nos diferentes espaços sociais inserem-se em campo de disputas em lutas e conflitos. Ao mesmo tempo, buscam construir um “monopólio e uma uniformização dos seus desempenhos, papéis e práticas sociais, dentro da sua atividade profissional” (VICENTE, 2011, p. 30). Para tanto, constroem estratégias que procuram maximizar recursos e resultados, reduzindo muitas vezes o acesso ao seu grupo profissional e a seu campo de atuação multiprofissional. Esta dinâmica configuraria um processo de “fechamento social” marcado pelo corporativismo, reserva de mercado, manutenção de privilégios. Prova disso é que poderíamos apontar a quantidade de instituições e associações profissionais que co-existem no campo de cada uma das profissões, disputando poder e legitimidade social.

As lutas e disputas das profissões num campo são estruturadas a partir do *habitus* e dos capitais dos agentes. A teoria da prática de Bourdieu explica como se estruturam a uniformização, manutenção e o monopólio dos desempenhos profissionais nas práticas sociais. As ações realizadas no campo pelos agentes ao mesmo tempo em que estruturam o *habitus* individuais e coletivos são estruturadas pela realidade social objetivada.

No campo específico da Educação Física podemos citar, como instituições que disputam poder e legitimidade social, o Conselho Federal de Educação Física (CONFEF) fundado em setembro de 1998 e o contraditório movimento, fundado em agosto de 1999, chamado Movimento Nacional Contra a Regulamentação da Educação Física (MNCR).

Concordamos com Freidson no que se refere à discussão de dominação de profissões sobre outras no espaço e no campo. Para uma análise complexa de uma instituição é necessário não cometer o equívoco de reduzir a realidade a caracterizações simples e

abrangentes. É importante pensar em “qual profissão, em que nível de análise e em que arenas”. Para Bourdieu (1989) nas arenas e micro campos os agentes, com seu poder simbólico e tomadas de decisões, entram numa luta para legitimação e, conforme seus interesses individuais e do grupo, impõem suas formas simbólicas de dominação. Para o autor este processo gera a violência simbólica de acordo com a correlação de forças e poder entre os grupos e dentro do próprio grupo. Assim são formadas as hierarquias da vida cotidiana e o processo de distinção.

Bourdieu (1983) faz a defesa de que é necessário um entendimento de que o campo é sempre permeado por ideologias, valores, conhecimentos, comunicações e ações (estruturadas e estruturantes) que sempre possuem potencial valor de dominação ou de aceitação da dominação pelos agentes nas arenas, mesmo que sejam inconscientes, por força do *habitus*. Ainda demonstra como se estrutura a divisão do trabalho social, com os sistemas ideológicos estruturantes legitimadores das relações no campo.

Compreender a gênese social de um campo, e apreender aquilo que faz a necessidade específica da crença que o sustenta, do jogo de linguagem que nele se joga, das coisas materiais e simbólicas em jogo que nele se geram, é explicar, *tornar necessário*, subtrair ao absurdo do arbitrário e do não-motivado os actos dos produtores e as obras por eles produzidas e não, como geralmente se julga, reduzir ou destruir (BOURDIEU, 1989, p. 69).

Analisar o papel das profissões é necessário examinar o cenário de instituições profissionais e suas relações com as outras fontes de poder. Esta postura envolve não apenas a estrutura formal e os procedimentos administrativos formais da instituição (tarefa mais apropriada para a área da administração com seus capitais exclusivos) e sim olhar para o efetivo processo de trabalho profissional nas dimensões instrumentais, comunicativas, culturais e sociais, o que evitaria, segundo Freidson (1998, p. 81), “boa parte do estéril debate que ocupou tanto tempo, e em vez disso, os pesquisadores coletariam e trocariam informações novas e mais ricas que seriam consideravelmente mais esclarecedoras, ainda que não tão notáveis ou divertidas”.

No campo da saúde os modos como as relações de saber e poder se inscrevem nas relações sociais revelam diversificadas de agir e estabelecer relações sociais entre as profissões de acordo com os atributos particulares às profissões. O trabalho reconhecido nas aspirações, conhecimentos e práticas desempenhados no campo, os certificados traduzidos em *status*, os valores e ideologias defendidos pelas instituições e movimentos, a faz ocupar lugar distinto em campos específicos e na sociedade em geral, e demonstra seu profissionalismo

⁶ Fizemos traduções livres do artigo em questão.

traduzido pela qualidade na resolução de problemas sociais, a partir dos valores fundamentais para sua pertinência ou legitimidade social.

Ojeda e Strey (2008) afirmam que estas práticas cotidianas situam-se e movimentam-se em relações de poder entre as profissões e os profissionais. Estas relações tornam as práticas em saúde um espaço social de intensa efervescência de pensamentos, *habitus* e práticas produtoras de produtos e subjetividades. Como consequência “perpetuam-se saberes e práticas individualizados em cada profissão, centrados em interesses corporativos, em territórios e práticas hierarquizadas que fragmentam as ações em saúde” (OJEDA; STREY, 2008, p. 03). Nem sempre os saberes e práticas perpetuam-se, podem ser também ressignificados, reestruturados a partir do ato criativo dos agentes em cada contexto de ação.

Analisar a busca pela legitimação e a posição de uma profissão no campo da Saúde Pública requer avaliar, além das concepções de saúde, do processo saúde-doença e, das competências para a resolutividade dos problemas de saúde, as técnicas, o conhecimento específico e as conquistas históricas da profissão, como indicam (SANTOS; FARIA, 2008).

Na verdade é preciso pensar a definição da subordinação ou não de uma profissão à outra no campo da Saúde Pública. As formas como estas profissões inserem-se, legitimam-se, institucionalizam-se, na dinâmica do modo de produção capitalista permitem, a elas, construir um *corpus* de conhecimento científico e técnico. Dentro e/ou fora do sistema de ensino formal/universitário.

Nesta discussão é necessário reafirmar que o debate atual sobre as profissões de saúde e sua articulação no Sistema Único de Saúde não se referem somente às mudanças no interior dos cursos nas universidades e nos currículos propostos (lugar especial de ensino da profissão). Diz respeito também ao processo de formação e desenvolvimento da divisão social do trabalho no campo da saúde (MORETTI-PIRES; LIMA; MACHADO, 2011).

Uma profissão, ao se inserir no campo da Saúde Pública, entra num jogo/conflito com grupos de profissionais que compartilham e disputam processos de negociação e enfrentamentos com bases de legitimidade diferenciados. Conhecer Estes processos permitiriam, ao investigador, identificar as melhorias, retrocessos, contradições e prestígio social de cada profissão em determinado contexto histórico e cultural.

Diante das considerações apontadas é possível inferir que a busca pela legitimação social de uma profissão, no campo da Saúde Pública, não acontece nos diferentes espaços profissionais e na relação com outras profissões, em um processo linear que aconteça de forma natural e sem conflitos. Pelo contrário, a presença de uma nova profissão no campo da Saúde Pública deve ser historicamente situada e permeada por tensões, conflitos, acordos,

lutas e consensos, considerando a complexidade das dimensões da organização do trabalho nos níveis administrativo, acadêmico e profissional. Além de sua permanência no SUS ser dependente de sua institucionalização e legitimação, o que requer novos saberes e práticas de intervenção.

2.2 A TEORIA DA PRÁTICA DE BOURDIEU (*HABITUS*, ESPAÇO SOCIAL, CAMPO E OS DIFERENTES TIPOS DE CAPITAIS ECONÔMICO, CULTURAL, SOCIAL E SIMBÓLICO)

O objetivo desta parte do trabalho é descrever e analisar os principais conceitos operatórios da teoria da prática de Bourdieu. Demonstrar, portanto, que essa base teórico-metodológica pode orientar, esclarecer, superar possibilidades, e assim, contribuir para explicar temas e questões de disputa, gostos e práticas cotidianas assumidas individualmente e coletivamente pelos profissionais do campo da Educação Física e da Saúde Pública. Igualmente nas pesquisas relacionadas ao campo da Sociologia das Profissões.

Muitos autores críticos consideram Pierre Bourdieu como um dos autores mais lidos no século 20 e atualmente, sobretudo nas ciências humanas. Seus estudos provocaram, certamente, mudanças dentro e fora do campo da Sociologia, seja na dimensão científica, profissional, política, entre outros. Conceitos como “campo”, “capital”, “*habitus*”, entre outros são colocados no meio acadêmico como imprescindíveis para analisar e entender o “sentido prático” dos diversos fenômenos em uma amplitude de áreas do conhecimento, não só nos campos das Ciências Humanas e Sociais, mas em diferentes áreas da vida humana.

Autor de uma centena de obras nas áreas da literatura, religião, alta costura e moda. Também se enveredou nos campos dos intelectuais universitários das academias (científico), na política e nas questões do Estado, no jurídico, na educação, etc. Analisando e esclarecendo as sutis intenções culturais, sociais e simbólicas e os mecanismos de “reprodução”, envolvidos nas relações inter e entre grupos de agentes de um determinado espaço social. Embora contemporâneo, é reconhecido como um “teórico clássico”. Sua produção intelectual inicia-se na década de 1960 até 2002, ano de seu falecimento.

2.1.1 O Conceito de *habitus* e a teoria da prática

A teoria da prática de Pierre Bourdieu só pode ser entendida, de forma consistente, se compreendermos os conceitos interdependentes de campo, capitais, *habitus*, estratégia, sentido prático, distinção, entre outros.

Pierre Bourdieu foi um pesquisador do campo das ciências humanas e crítico emblemático dos mecanismos de reprodução das desigualdades sociais. Buscou em seus trabalhos analisar e denunciar os mecanismos de dominação próprios de uma sociedade hierarquizada e marcada por divisões desiguais de poderes.

As relações de poder e dominação, presentes entre os agentes e grupos sociais nos diversos campos são explicados pela interconexão entre os conceitos estruturantes de sua teoria. Procurou formular um modo de conhecimento que denominou “praxiológico”, cuja finalidade consiste em articular, dialeticamente, estrutura social e agente social.

Um dos conceitos centrais de sua teoria é o *habitus*. Este sugere relações, conteúdos e interações sociais, implicando um campo carregado de significados e relações entre agentes portadores de diferentes capitais com diferenças de posição e hierarquias.

Para Bourdieu, o *habitus* seria um princípio de produção de uma ordem observada e incorporada nos próprios sujeitos. “Um sistema de disposições duráveis estruturadas de acordo com o meio social dos sujeitos e que seriam predispostos a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, como princípio gerador e estruturador das práticas e das representações” (BOURDIEU, 1983, p. 47). Corresponderia, assim, à mediação, a ponte entre as dimensões objetiva e subjetiva do mundo social ou simplesmente, entre a estrutura e a prática.

O conhecimento praxiológico (teoria da prática) tem

[...] como objeto não somente o sistema das relações objetivas que o modo de conhecimento objetivista constrói, mas também as relações dialéticas entre essas estruturas e as disposições estruturadas, nas quais elas se atualizam e que tendem a produzi-las. O processo de interiorização da exterioridade e exteriorizar a interioridade (BOURDIEU, 1983, p. 47).

Chama a atenção para o fato de que a estruturação das práticas sociais não é um processo que se faça mecanicamente, de fora para dentro, de acordo com as condições objetivas presentes em determinado espaço ou situação social. Não é um processo conduzido de forma autônoma, consciente e deliberada pelos sujeitos individuais. Seriam estruturas estruturantes, ou seja, apresentariam propriedades típicas da posição social de quem a produz (apreciação, preferências, gostos, aspirações estão estruturadas em relação ao momento da ação). A posição social que o agente ocupa no campo, neste processo de estruturação em uma via de mão dupla, seria marcada por lutas, contradições, jogos de poder que constituem o processo de hierarquização dos agentes em uma determinada ação e em um determinado campo de relações.

O *habitus* do indivíduo e/ou do grupo depende do espaço social que envolve os sujeitos, variando conforme a experiência da cultura historicamente vivida, na educação, no lazer, no

trabalho. É percebido, classificado e incorporado pelo sujeito e pelas instituições nas quais se estabelecem interações. O *habitus* como uma “matriz de percepção e aspirações” não corresponderia a um conjunto inflexível de regras de comportamento a ser indefinidamente seguidas pelo sujeito, mas, diferentemente disso, constituiria um “princípio gerador duravelmente armado de improvisações regradas” (BOURDIEU, 1983, p. 65). Seria assim formado por um conjunto de disposições gerais que precisariam ser adaptadas pelo sujeito a cada conjuntura específica de ação. Através do *habitus* o passado do indivíduo sobrevive no momento atual, atualiza-se nas práticas realizadas no presente e tende a subsidiar as ações futuras dos agentes sociais.

Representa o papel de elo entre três dimensões fundamentais de análise: a estrutura das posições objetivas; a subjetividade dos indivíduos e as situações concretas de ação. Ao entrar em ação, em qualquer conjuntura, o sujeito age de acordo com sua posição nas estruturas sociais o que lhe permite “agir em diversas situações não como indivíduo e sim como membro típico de um grupo ou classe social” e colaboraria então “para, sem o saber, reproduzir as propriedades do seu grupo social de origem e a própria estrutura das posições sociais na qual ele foi formado” (BOURDIEU, 1983, p. 65).

Considerando estes aspectos, Bourdieu (1983) sustenta a existência de uma estrutura social objetiva fundamentada em múltiplas relações de luta e dominação entre grupos e classes sociais, nas quais os sujeitos participam e colaboram para a manutenção por meio de suas ações cotidianas, sem ter consciência plena, sejam de natureza individual ou coletiva.

A convicção de Bourdieu está fundada no primado das Ciências Sociais: as ações dos sujeitos têm um sentido objetivo que lhes escapam, eles agem como membros de uma classe mesmo quando não possuem consciência clara disso. Assim, exercem o poder e a dominação econômica, social, cultural e, sobretudo, simbólica, frequentemente de modo não intencional.

Bourdieu (1989) procura explicar a origem da noção de *habitus*. A rigor não se dedicou a construir um conceito, mas uma estratégia prática do *habitus* científico, espécie de sentido do jogo que não tem necessidade de raciocinar para orientar e se situar de maneira racional um espaço. Em suas palavras:

Parece-me, com efeito que, em todos os casos, os utilizadores da palavra *habitus* se inspiravam numa intenção teórica próxima da minha, que era a de sair da filosofia da consciência sem anular o agente na sua verdade de operador prático de construção de objecto. [...] Exprime sobretudo a recusa a toda uma série de alternativas, na condução de uma pesquisa nas quais a ciência social se encerrou, a da consciência (ou do sujeito) e do inconsciente, a do finalismo e do mecanicismo [...] (BOURDIEU, 1989, p. 60-62).

Bourdieu (1989, p. 64) elabora uma definição clara e objetiva da noção de *habitus* que tanto é um conhecimento adquirido como também um *haver*, um capital. O *habitus* indica “a disposição incorporada”. Com esse conceito Bourdieu defende que “desejava por em evidência as capacidades criadoras, ativas, inventivas, do *habitus* e do agente”. Destaca que este poder gerador criativo não é a de um *espírito universal*, de uma natureza ou razão humana, seria então, um agente em ação, sentido do jogo em que o sujeito em um espaço social coloca em jogo estratégias práticas do *habitus* científico.

2.1.2 Espaço social, o campo e os tipos de capital em Bourdieu

O mundo social poderia ser representado, segundo Bourdieu (1989), como um espaço social inserido em um campo social multidimensional que apresenta lutas simbólicas entre os agentes, “nas quais está em jogo a própria representação do mundo social e, sobretudo, a hierarquia no seio de cada um dos campos e entre os diferentes campos”. O espaço social seria “[...] construído na base de princípios de diferenciação ou de distribuição constituídos pelo conjunto de propriedades que actuam no universo social considerando, quer dizer, apropriadas a conferir, ao detentor delas, força ou poder neste universo” (BOURDIEU, 1989, p. 133).

Nos diferentes espaços sociais os agentes e grupos de agentes são definidos pelas suas posições relativas no espaço social, estando geralmente, situados numa posição ou numa classe. Estes espaços sociais podem ser entendidos como “um campo de forças”, impostas os agentes que entram neste campo.

Existe uma relação entre as ações dos sujeitos com as características da realidade social na qual foram socializados, através da dimensão simbólica e cultural da vida social. Os sistemas simbólicos de produção seriam sistemas de percepção, pensamento e comunicação. Segundo Bourdieu (1989, p. 11), “o campo de produção simbólica é um microcosmo da luta simbólica entre as classes”, que denotam relações de poder na forma e no conteúdo do poder material ou simbólico acumulado pelos agentes ou pelas instituições envolvidos nas relações. No caso de nosso objeto de estudo, as relações entre os profissionais na Saúde Pública.

Em relação ao conceito de campo, Bourdieu (1989) assim se refere:

Certos espaços de posições sociais nos quais determinado tipo de bem é produzido, consumido e classificado, a medida que as sociedades se tornam maiores, e com a divisão social do trabalho mais complexa, certos domínios de atividade se tornam relativamente autônomos. No interior destes setores ou campos da realidade social, os indivíduos passam, então, a lutar pelo controle da produção e, sobretudo, pelo direito de legitimamente classificarem e hierarquizarem os bens produzidos (BOURDIEU, 1989, p. 36).

Ao pesquisar diferentes campos, Bourdieu (1989, p. 66) demonstra que as relações imediatamente visíveis entre agentes envolvidos são disfarçadas de “relações objetivas entre as posições ocupadas por esses agentes, que determinam a forma de tais interações”. Para isso propõe que o pesquisador construa um “quadro dos caracteres pertinentes de um conjunto de agentes ou de instituições” (BOURDIEU, 1989. p. 28).

Para aprofundar essa discussão, é necessário entender o que Bourdieu chamou de capitais (econômico, cultural, social, político e simbólico). Capital é o que permite aos agentes, nos diferentes espaços sociais e nos campos, exercer e hierarquizar diferentes formas de poder.

O capital permite posicionar-se em um determinado campo em um dado momento. Ele é fruto do acúmulo e da incorporação dos trabalhos passados. São as diferentes espécies de capitais que permitem aos agentes no campo obter ou não sucesso no “jogo”, a partir de seus “poderes”, os quais definem as probabilidades de ganho num campo determinado.

O autor mostra ser possível o acúmulo de uma gama de diferentes capitais nos campos relativamente autônomos de produção simbólica de uma dada sociedade. Estes capitais permitem o exercício de poderes em diferentes campos em questão, seja no sucesso escolar, no mercado de trabalho, nas relações sociais. Em todas estas dimensões o sucesso dependeria, em parte, da formação cultural, social, econômica, política, entre outras. Estes tenderiam a privilegiar relações com outros sujeitos com características semelhantes à sua. A consequência disso seria o reforço da dominação social e da restrição quanto à mobilidade social dos indivíduos (BOURDIEU, 1989).

Assim, na relação entre capital econômico, cultural, político e social, existiriam sujeitos que ocupariam posições diferenciadas e mais ou menos elevadas na estrutura social de acordo com o volume e a natureza de seus recursos.

O capital social estaria ligado aos contatos sociais de cada sujeito e as relações sociais estabelecidas como amizades, laços de parentesco, contatos profissionais, etc., os quais proporcionariam maiores e/ou menores benefícios materiais ou simbólicos.

O capital simbólico também pode ser entendido como prestígio, reputação, fama. Seria a forma percebida e/ou reconhecida como legítima das diferentes espécies de capital (BOURDIEU, 1989). O prestígio e a reputação em um campo ou subcampo específico ou na sociedade em geral está relacionado a esta questão.

Desta forma um sujeito pode ser visto como rico graças à manutenção de certos sinais exteriores de riqueza quando já perdeu ou nunca teve uma fortuna. Igualmente, possuir um

sobrenome socialmente reconhecido como importante pode conferir a um sujeito certo capital simbólico.

Mudanças na estrutura social podem, também, provocar descompassos entre o *habitus* incorporado e a realidade social e, conseqüentemente, nos capitais. Para Bourdieu (1989):

Compreender a gênese social de um campo, e apreender aquilo que faz a necessidade específica da crença que o sustenta, do jogo de linguagem que nele se joga, das coisas materiais e simbólicas em jogo que nele se geram, é explicar, *tornar necessário*, subtrair ao absurdo do arbitrário e do não-motivado os actos dos produtores e as obras por eles produzidas e não, como geralmente se julga, reduzir e destruir (BOURDIEU, 1989, p.69).

A relação entre espaço social, campo e capitais demonstra que os agentes distribuem-se nos diferentes campos segundo o volume global e a composição dos capitais, num movimento relativamente variável de acordo com sua posição determinada nas relações e interação de classe e papeis.

2.1.3 A Teoria da prática no campo da Saúde Pública

No campo da saúde em geral, e mais especificamente na Saúde Pública, também se encontram valores sociais em disputa dentro de um determinado campo social. O processo histórico que marca a formação e desenvolvimento deste campo é envolvido por lutas - às vezes mais explícitas, às vezes menos - entre os profissionais que compõem as equipes de trabalho. Pode-se inferir que esses fazeres cotidianos ou *habitus* dos agentes sociais, na Saúde Pública, variam entre os indivíduos e coletivos com seus “*modos operandi*” e criações, marcadas pelo passado. Variam sobretudo de acordo com as sociedades, as educações, as conveniências, os modos, os prestígios e estilos de vida. São permeados pelos capitais objetivados, incorporados e institucionalizados.

É nesta linha de raciocínio que esta tese busca entender as contradições, as lutas e as disputas presentes nos campos de intervenção e atuação de profissionais da Saúde Pública. Ou seja, analisamos os *hábitus* e os capitais sedimentados durante as histórias dos agentes sociais e seus “movimentos” neste campo.

Montangner (2006) aponta que Bourdieu tomou as práticas sociais relacionadas ao corpo também como o mediador entre o simbólico e o social. Ele orientou, em conjunto com outros pesquisadores, uma série trabalhos que estiveram centrados nas práticas de saúde e na medicina social. A revista *Actes de La Recherche em Sciences Sociales* foi, segundo Montangner (2006), “um lugar por excelência de apresentação de trabalhos ligados à saúde e

à doença, preferencialmente inseridos na perspectiva da teoria da prática de Bourdieu”. Mostra que, de 1975 a 2001, quarenta e oito artigos eram ligados à sociologia da saúde. Destes, oito eram relacionados à temática corporal.

Montangner teve a intenção de mostrar o quanto à teoria de Bourdieu pode contribuir com desdobramentos de pesquisas na área da saúde. Neste mesmo esforço, diferentes investigações refletem e analisam questões diversas referentes à Saúde Pública aproximando suas discussões da Sociologia de Pierre Bourdieu. Com efeito, a teoria praxiológica de Bourdieu é uma promissora teoria para explicar o campo da Saúde Pública no Brasil.

Um dos trabalhos que chama atenção é o de Pereira (2004). Nele a autora procura compreender “as sutis faces da violência”, do “poder” e da “dominação simbólica” presentes nas ações e práticas de saúde dos diversos profissionais da área, especialmente dirigidas à mulher em situação de gestação, parto e puerpério. Investigou onze mulheres internadas no serviço público de saúde e através de entrevistas e observação participante, conclui que:

“Os pilares fundantes da gênese da violência e do poder simbólicos nas ações e nas práticas médicas, estavam, nesta pesquisa relacionados com vários aspectos que se relacionam à informação, à comunicação, à mistificação, à desqualificação e à objetivação entre médico e sua equipe e entre equipe médica e pacientes [...] as relações que se estabelecem entre paciente e equipe médica, estão presentes elementos simbólicos que contribuem sobremodo para a invisibilidade desta modalidade de violência muito presente nas práticas de saúde” (PEREIRA, 2004 p. 391-393)

Afirma a autora que a falta de informação e comunicação no processo de atenção à saúde dos usuários provoca dependência e destrói a autonomia das comunidades. Destaca pelo diagnóstico e a terapia despersonalizada, ou seja, tratam-se todos do mesmo jeito, tratando o órgão doente e não o sujeito como um todo.

Em outro estudo, sobre as formas de organização social do serviço público de saúde e suas representações para trabalhadores e usuários, Silveira (2002) aponta que, no sistema de saúde parece existir uma acentuada diferença entre o que pensa a população usuária e o entendimento dos profissionais envolvidos no processo. Acrescenta que, entre os profissionais também existem diferenças de entendimento de acordo com seu processo de formação e do grupo social ao qual pertencem. Conclui que para entender a construção de um sistema único de saúde, não basta considerar as questões da localidade ou de uma população geograficamente situada, e sim, centrar-se nos atores situados no campo.

A partir da percepção bourdiesiana melhor identificamos como a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) envolve relações de força entre diferentes profissões. Estas buscam legitimação e conquista de espaço no campo, através de lutas e disputas. As

profissões constroem discursos, práticas e símbolos que trazem consequências e campos de possibilidades diferentes em cada contexto social.

Silveira (2002) no trecho abaixo faz uma análise da “Saúde” que remete à noção de campo de Bourdieu:

[...] se constitui em um campo que coloca em relação agentes com diferentes capitais simbólicos que se reproduzem através de *habitus* de classe. A medicina privada exerce uma dominação que se perpetua desde a formação profissional até as práticas sociais de seus membros e sente-se ameaçada por uma sistema socializante que, ao funcionar adequadamente, poderia regular suas possibilidades de ganho econômico. Por outro lado o governo com um baixo orçamento para o setor público, faz deste último um mal, tanto para a população quanto para a classe médica, favorecendo em última análise, os grandes grupos empresariais da indústria médico-farmacêutica e hospitalar (SILVEIRA, 2002, p. 75).

Ainda sobre a reflexão do campo da saúde é válido o trabalho de Pereira (2011) que propõe uma reflexão crítica das relações do contexto acadêmico da enfermagem. A autora aponta que o enfermeiro exerce um poder simbólico corporificado nas relações entre profissionais e a clientela dos serviços de saúde, impossibilitando a construção da autonomia dos últimos.

Noutra perspectiva, Carvalho e Luz (2011) com o objetivo de aprofundar nos significados construídos nas práticas de alimentação que reproduzem estilos, a partir da teoria do *habitus* de Bourdieu, concluíram que o “gosto” é constituído pelo estilo de vida. é também uma sensação íntima, mas expressa também o gosto do outro, um gosto social culturalmente desenvolvido e incorporado, ratificando ou transformando a sensação que estava na memória do corpo. Enfatiza ainda que o gosto depende da intencionalidade do sujeito, de sua disposição para a ação, de um *habitus*, além de um conjunto de condições objetivas da existência.

Noutra linha, Marteleto (2007) demonstra que o campo do conhecimento-inovação em saúde é marcado por um processo longo de diferenciação por diferentes grupos, com vertentes, interesses, procedimentos, regras para os quais são relativamente livres e autônomos. Confirma que neste campo os atores desenvolvem:

[...] estratégias para sua reprodução e/ou renovação, a partir das suas posições relativas em relação aos outros atores, associadas que estão à posse de credenciais de títulos, diplomas, redes e contato e origem social, dentre outros elementos valorizados pelo campo. Cada campo é, pois, um terreno de *lutas simbólicas* (MARTELETO, 2007, p.578).

A partir destes estudos apresentados fica clara a apropriação da teoria de Bourdieu por diferentes pesquisadores da grande área da saúde, e seus micro campos, na busca de entender fenômenos intrínsecos à realidade social, às produções e à atuação. Procura-se dar respostas

às temáticas que estão no “ar”, a espera de novas formas de explicar os processos de lutas e disputas simbólicas inerentes à Saúde Pública. Também merece destaque a diversidade de leituras sobre o conceito de saúde, a diversidade de procedimentos terapêuticos e de cura, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, a reformulação necessária do SUS em busca de um modelo mais humanizado e democrático, entre outros cenários em que os atores exercem, sofrem ou disputam “poder simbólico” no sistema, no campo científico, acadêmico, e do trabalho em saúde.

Em síntese, fica evidente que nas pesquisas apresentadas acima, os atores ou agentes sociais, acabam por demonstrar o papel dos sistemas simbólicos ou culturais na produção e reprodução das estruturas sociais no sistema público de saúde. Estes sistemas simbólicos e culturais resumem-se em “formas de percepção e representação da realidade e os sujeitos criam, sustentam e diferenciam seus sistemas e, estabelecem-se as hierarquias culturais”. Estas hierarquias podem estar obscuras, heufemizadas o que não seria facilmente percebido pelos sujeitos em suas realidades sociais. Os sistemas simbólicos contribuem para legitimar essas hierarquias culturais na Saúde Pública, na medida em que, só é percebida na forma de diferenças de conhecimento, de inteligência, de competência, de estilo, ou, simplesmente de cultura.

CAPÍTULO III

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 O TIPO DA PESQUISA, AS ABORDAGENS PRIVILEGIADAS E O LOCAL/CONTEXTO DA PESQUISA DE CAMPO

A metodologia proposta para essa investigação organiza-se com a intenção de olhar com profundidade o campo da Saúde Pública e o da Educação Física, na tentativa de buscar aproximações e distanciamentos quanto às percepções, conhecimentos, pensamentos e ações que demarcam poder, dominação, reprodução no grupo, espaço, tempo e nas interações profissionais no campo da Saúde Pública.

Entendemos que analisar o papel de agentes na Saúde Pública, a partir dos conceitos de “campo”, “capitais” e “*habitus*” (BOURDIEU, 1998), marcados pelos julgamentos de valor, projeções e sentidos de cada profissão, envolve uma tarefa complexa. Exige do pesquisador, portanto, clareza do que se procura e criteriosa investigação em um jogo que envolve a posição incorporada e assumida na estrutura institucional, as relações profissionais, as lutas e estratégias.

Por estes motivos, aproximamos da pesquisa descritiva (TEIXEIRA, 2001). Esta caracterizada por permitir observar, registrar, analisar, descrever e correlacionar fatos e fenômenos. Interessou-nos os temas: a inserção de Profissionais de Educação Física, o papel desempenhado, reconhecimento/valorização, formação, relações profissionais, bem como as relações e desdobramentos no campo de atuação do SUS com as formas de poder simbolicamente desenvolvidas nas relações.

As aproximações com o objeto de estudo se deram, inicialmente, sobre a produção científica brasileira quanto à temática “Educação Física na Saúde Pública”. Nesta parte optamos por uma pesquisa bibliográfica entre os anos 2000 e 2012. Este tipo de pesquisa “[...] busca dar resposta ao problema formulado a partir da análise de produções de outros autores” (MEDEIROS, 2006, p. 54). Por utilizar procedimentos de caráter inventariante e descritivo esta metodologia pode ser caracterizada como pesquisa do “estado do conhecimento” (FERREIRA, 2002).

Elegemos como fonte de informações as produções compiladas na base de dados “Teses e dissertações” da CAPES e no “Google acadêmico”⁷. Tomamos por base as contribuições de autores (em sua maioria oriundos da Educação Física) de artigos publicados em periódicos científicos, livros, capítulos de livro e trabalhos de pós-graduação. Foi delimitado o período 2000 a 2012 como investigação, o que se justifica por haver significativos avanços nas produções com esta temática. Ao final da seleção identificamos 60 pesquisas. Entre estas 37 eram artigos, livros e capítulos de livros e 23 eram teses e dissertações.

Também fizemos uso da pesquisa documental (PIMENTEL, 2001) visando analisar os sentidos e valores presentes nos discursos dos “agentes e instituições” que influenciam no processo de legitimação da Educação Física no campo da Saúde Pública brasileira. Esta parte considerando o conjunto de documentos da Política Nacional de Saúde e das Instituições institucionalizadas a ela relacionadas. Na pesquisa documental as informações foram coletadas a partir dos documentos de arquivos públicos. Assim, selecionamos, tratamos e interpretamos as informações dos documentos em estado bruto, buscando extrair valores para os mesmos, bem como caracterizar os conteúdos e ideias relacionadas à Educação Física na Saúde Pública. A pesquisa documental para Severino (2000) são análises de materiais que não receberam tratamento, podendo ser impressos, manuscritos, registros audiovisuais ou sonoros e imagens. No nosso caso foram documentos legais referendados pelo Estado brasileiro.

Para definir os documentos que compuseram este corpo de análises fizemos uma busca no Portal do Ministério da Saúde (MS), especialmente nos arquivos institucionais do Conselho Federal de Educação Física (CONFEF), nas Cartas brasileiras da Educação Física que focam o campo da Saúde Pública, nos informativos da Frente Parlamentar da Atividade Física para o Desenvolvimento Humano (FPAFDH) e em documentos da Associação Brasileira de Ensino em Educação Física para a Saúde (ABENEFS). Identificamos documentos que, de alguma forma, buscam influenciar no processo de institucionalização desta profissão EF na Saúde Pública. Centramos a busca de informações nas partes dos documentos que se relacionavam com a Educação Física e Saúde ou práticas corporais/atividades físicas e saúde.

⁷ Fizemos a opção de procurar artigos no Google Acadêmico em virtude de ser uma fonte de pesquisa mais acessível e, assim permitir analisar uma quantidade maior de publicações referentes às experiências desta profissão na Saúde Pública. Também consideramos que outros trabalhos já foram realizados, especificamente, a partir das teses e dissertações do campo da EF brasileira. A título de Exemplo podemos citar os trabalhos de Cavalli (2009) e Martinez (2014).

No primeiro conjunto, selecionamos oito documentos disponíveis no portal do Ministério da Saúde. São eles: “A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis - DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro: situação e desafios atuais da Organização Pan-americana da saúde (2005a)”; “Política Nacional de Promoção da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde e Secretaria de Atenção à saúde (2006a)”; “Cadernos do NASF, Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Atenção Básica (2009)”; “Portaria nº719 que institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde (2011a)”; “Plano de ações estratégicas e investimentos para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2022 (2011b)”; “Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de análise da situação de saúde - Avaliação de efetividade de programas de atividade física no Brasil Departamento de análise de situação de saúde (2011c)”; “Secretaria de Vigilância em Saúde: Agenda estratégica 2011-2015 Secretaria de Vigilância em Saúde – Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento (2011d)”; “Lei Nº 12.864 alterou o *caput* do art. 3º da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, em 24 de setembro de 2013 (BRASIL, 2013)”

No segundo conjunto, selecionamos seis documentos disponíveis nos portais de instituições ligadas ao campo da Educação Física, quais sejam: “Carta Brasileira de Educação Física (Carta do CONFEF)” (2000); “Carta de Porto Alegre”, Seminário de Educação Física e Saúde Coletiva: a inserção no SUS, realizado na PUC do Rio Grande do Sul, entre 23 e 24 de junho de (2006)”; “Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde” (SILVA, 2010) (CONFEF)”; “Resoluções sobre especialização em Saúde Pública - 229 (CONFEF, 2012a), 230 (CONFEF, 2012b), e 230 (CONFEF, 2012c); “Artigo publicado no informativo Turismo & Esporte, da Comissão de Turismo e Desporto da Câmara dos Deputados, em 12/07/11 pela Frente Parlamentar em Defesa da Atividade Física (FPDAF, 2011)”; “Revista da Educação Física. n. 10 (CONFEF, 2012)”.

Quanto ao local e o contexto da pesquisa de campo destacamos que, no geral, a Saúde Pública tem sido foco de incontáveis pesquisas nas diversas áreas do conhecimento. No campo da Educação Física não seria diferente, assim, fizemos a pesquisa de campo na zona urbana da cidade de Goiânia, capital do estado de Goiás, especificamente na região do Distrito Sanitário Leste da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

A SMS foi criada através da Lei 6.591 de abril de 1988 com a finalidade de promover a execução da Política Municipal de Saúde. Até então, os serviços de saúde da Prefeitura eram executados pela Coordenadoria de Assistência Médico Sanitária. Atualmente o órgão é

responsável pelo atendimento de todos os usuários do Sistema Único de Saúde do município de Goiânia (GOIÂNIA, 2009).

O modelo de atenção à saúde no município de Goiânia é fundamentado nos princípios do Sistema Único de Saúde. No Termo de compromisso de Gestão - PACTO PELA SAÚDE (assinado em 2007) o município tem a responsabilidade sanitária de garantir a atenção à saúde na rede básica, com ações de promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, caracterizando a rede de atenção à saúde (GOIÂNIA, 2009).

A rede de atenção à saúde da SMS está organizada em: 07 Distritos Sanitários; 26 Centros de Saúde; 13 Unidades de Atendimento de Urgência; 163 Equipes de Saúde da Família com cobertura de 43,32% da saúde da família em Goiânia; 70 Equipes de Saúde Bucal; 07 Centros de Atenção Psicossocial; 01 Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica (CRDT); 01 Centro de Referência em Atendimento ao Idoso (CRASPI); 01 Centro de Referência em Ortopedia e Fisioterapia (CROF); 01 Pronto Socorro Psiquiátrico; 01 Maternidade; 01 Ambulatório de Queimaduras; 01 Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST); 01 Central de Regulação; 01 Ouvidoria; 11 Módulos Odontológicos; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU (04 USAs e 13 USBs); 03 Residências Terapêuticas (GOIÂNIA, 2009).

A rede desenvolve ações através dos Programas de Atenção ao Idoso, Controle do Tabagismo, Saúde do Trabalhador, Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, DST/AIDS, Saúde Mental, Tuberculose, Hipertensão, Diabetes, Hanseníase e Controle e Erradicação da Raiva, Controle de Endemias e Educação em Saúde. As ações de vigilância em saúde são desenvolvidas em toda a rede através da vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária (GOIÂNIA, 2009).

A responsabilidade do SUS e, em específico, da SMS com a população de Goiânia é muito grande se considerarmos residirem no Município aproximadamente 1.302.001 habitantes, distribuídos num território de 732,801 km², deste 0,4% na zona rural e 99,6% na zona urbana. A tabela 1 abaixo demonstra a distribuição dos habitantes por regiões (IBGE, 2010).

TABELA 1 - POPULAÇÃO DE GOIÂNIA POR REGIÃO - BRASIL, 2014.

REGIÃO	POPULAÇÃO
Campinas-Centro	221.464
Leste	172.436
Sul	221.925
Sudoeste	223.027
Oeste	152.189
Noroeste	164.283
Norte	146.677
Total	1.302.001

Fonte: IBGE - Censo 2010. Elaboração: SEPLAM / DPESE / DVPEE

A zona urbana de Goiânia foi recortada em regiões, onde se localizam os sete Distritos Sanitários que compõem a Secretaria Municipal de Saúde, a saber: Distrito Sanitário Sul, Sudoeste, Oeste, Norte, Noroeste, Leste e Campinas Centro (Goiânia, 2010). No Distrito Sanitário da Região Leste (locos privilegiado de nossa pesquisa) os habitantes são em torno de 177.661.

O mapa abaixo (figura 1) demonstra onde ficam os distritos sanitários em Goiânia:



Fig. 1 - Distritos Sanitários do Município de Goiânia

Fonte: PIANI. DSL, 2009.

A responsabilidade com a atenção da saúde da população geral e do DSL aumenta quando analisamos a organização da cidade e percebemos haver uma quantidade enorme de bairros periféricos parecidos com favelas na região metropolitana da cidade.

Ademais, quando olhamos os dados do Censo demográfico de 2010 realizado pelo IBGE percebemos que existe uma disparidade no número de pessoas residentes, por classe de rendimento nominal mensal. Dos 1.130.559 habitantes moradores da zona urbana da amostra 483.271 mil (42,74%) percebem de ¼ até 2 salários mínimos. Situam-se, portanto, na zona de risco social. Isto é agravado quando os dados suscitarem também haver mais quase um terço da população urbana sem renda mensal. Ai devem se encontrar a população economicamente não ativa, desempregados entre outros. Na Tabela 2, abaixo, é possível verificar a estratificação mencionada.

TABELA 2 - Número de pessoas residentes, por classe de rendimento nominal mensal, Goiânia – (BRASIL, 2014).

Rendimento	Total
Até ¼ de salário mínimo	7.186
Mais de ¼ a ½ salário mínimo	13.605
Mais de ½ a 1 salário mínimo	211.600
Mais de 1 a 2 salários mínimos	250.880
Mais de 2 a 3 salários mínimos	97.957
Mais de 3 a 5 salários mínimos	87.294
Mais de 5 a 10 salários mínimos	78.961
Mais de 10 a 15 salários mínimos	15.374
Mais de 15 a 20 salários mínimos	14.483
Mais de 20 a 30 salários mínimos	7.390
Mais de 30 salários mínimos	5.029
Sem rendimento	340.800
Sem declaração	-
Total	1.130.559

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010. Organização: SEPLAM / DPESE / DVESE / DVPEE.

Optamos pelo Distrito Sanitário da região Leste que se caracteriza como um distrito misto em termos de organização de atenção a saúde. Também por ser o único dos sete distritos que apresentava concomitantemente profissionais de Educação Física em UABSFs, CAPS, CAIS e na Subsede do Distrito Sanitário. Nossa intenção foi mostrar a diversidade e

especificidades do trabalho da EF nestes diferentes tipos de unidades com seus serviços específicos.

O DSL contem, no seu território, 16 (dezesesseis) unidades de saúde, envolvendo uma área de abrangência que atende 80 bairros. São 09 Unidades de Atenção Básica à Saúde da Família (UABSF). Aroeiras, Aruanã III, Dom Fernando, Jardim Mariliza, Parque Atheneu 201, Parque Atheneu 205, Recanto das Minas Gerais, Santo Hilário e Vila Pedroso, com atendimento das 08 às 17 hs, reunindo 27 equipes da ESF. Os Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS) são 03 com atendimento 24 hs: CAIS Amendoeiras, CAIS Chácara do Governador e CAIS Jardim Novo Mundo. Os Centros de Saúde (CS) são 02 com atendimento das 7 às 19hs: CS Afonso Honorato da Silva e Sousa (Água Branca) e CS Riviera. Um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) com atendimento das 8 às 18hs, o CAPS do Jardim Novo Mundo e a uma Residência Terapêutica (RT) com 9 moradores do sexo masculino, cujos mantenedores são a SMS (Secretaria Municipal de Saúde), São Vicente de Paula e Santa Casa de Misericórdia (GOIÂNIA, 2013)

O Distrito Sanitário Leste é composto por 100 bairros. Faremos agora uma descrição e apresentação geral do DSL e das questões relacionadas à saúde da população, a partir de fontes de dados do SEPLAM (2010)⁸ e de (GOIÂNIA, 2013)⁹

A população territorial do Distrito Leste é composta por 177.661 habitantes, destes 47,4% são do sexo masculino e 52,6% feminino. As mulheres em idade fértil, na faixa etária de 10 a 49 anos de idade, correspondem a 59% da população. A relação de crianças menores que um ano de idade é 1,3% ou 2.309 habitantes. Os idosos da região correspondem a 9% da população total (15.989 habitantes), destes 42% (6.715) são do sexo masculino, e 58% (9.274) do sexo feminino. A proporção da população residente alfabetizada é de 90,5% o que corresponde a 160.783 dos habitantes do distrito sanitário leste.

No que tange as condições de saneamento foi registrado que: 89,3% dos moradores tem seu abastecimento de água pela rede geral e 10,5% são abastecidos por poço ou nascente. O esgotamento sanitário está presente para 83,7% da população enquanto 16,3% não tem rede de esgoto. Dados relativos à coleta de lixo mostram que 98,7% da população tem o lixo coletado e 1,3% dão outro destino ao mesmo.

Em relação à estrutura dos equipamentos sociais da região, apresenta 12 Centros Municipais de Educação Infantil, 3 Creches (incluindo públicas e conveniadas), 32 escolas municipais e conveniadas e 20 estaduais e conveniadas. Possui também 02 Centros de

⁸ SEPLAM, 2010. Secretaria Municipal de Planejamento e Urbanismo. Anuário Estatístico (2010).

⁹ Relatório de Gestão do DSL (2013)

Referencia e Assistência Social, 03 Unidades Municipais de Assistência Social (UMAS) e 01 Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Faz uso de 01 Unidade de Conselho Tutelar. Apresenta 14 Conselhos Locais e possui também uma unidade de Oficina Educacional Comunitária (OEC), 01 Centro de Referência do idoso (CRCI) e um complexo gerontológico chamado “Sagrada Família”.

No período de fevereiro até junho de 2012 foram registrados os seguintes atendimentos: 4.600 de puericultura, 2.969 pré-natais, 1.482 colpocitopatologias, 412 DST/AIDS, 2.587 de diabéticos, 7.943 de hipertensos, 111 suspeitas de hanseníase e 37 com suspeita de tuberculose. Dos 20.141 atendimentos citados o que serviço que mais se destaca seria relacionado aos pacientes hipertensos, totalizando aproximadamente 39,4% nesse período e em toda a região do Distrito Leste.

Existem no distrito vários projetos e cursos voltados para assistência da população como: a residência terapêutica que é financiada pela sociedade vicentina e pelo SUS; o projeto “Viver Saudável” que é financiado pelo Ministério da Saúde; o programa de gerenciamento de resíduos de serviço financiado também pelo Ministério da Saúde; o curso “Cuidadores” financiado pelo SMS; o curso de formação para atuação no PSE entre outros. Alguns são financiados pela SMS/DSL e o PET/pró-saúde financiado pelo ministério da saúde e pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC).

Dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN-SUS) de 2012 demonstram que o perfil nutricional relativo a peso e idade da população, constituída por menores de 10 anos, apresentou resultados adequados, mas é nítida uma crescente taxa de crianças com peso elevado na faixa de 5 a 10 anos de idade. No que concernem ao conjunto de adolescentes, adultos, idosos e gestantes há um significativo índice de adultos com o peso elevado. Estes dados foram extraídos no período de maio de 2010 a abril de 2011.

Os indicadores da saúde das gestantes, constantes no departamento de epidemiologia, registraram que em 2011, das 2.480 gestantes, 165 não fizeram consulta pré-natal e cerca de 1780 pacientes fizeram mais de sete consultas. 637 partos foram vaginais e 1811 cesárias.

O departamento de epidemiologia/SMS em 2011 destacou que foram apareceram uma série de doenças transmissíveis, as quais são consideradas indicadores de morbidade, tais como: febre amarela, hepatites, leishmaniose humana e canina leptospirose e outras compõem parte desse quadro. Além de todas essas doenças, um parâmetro importante a ser salientado é a incidência de dengue no DSL foi o maior de todos os outros seis distritos.

No ano de 2011 o DSL apresentou 16 casos de óbito em função de transtornos mentais e comportamentais. 70 óbitos relacionados com doenças do aparelho digestivo e também à

taxa de mortalidade neonatal, infantil, perinatal, neonatal e mortalidade materna. A participação das ações programáticas também foram relevantes para o contexto epidemiológico do Distrito Leste, uma vez que, vários programas de saúde foram implementados visando atender demandas descentralizadas no distrito.

A partir desta caracterização geral da região conhecida como Distrito Sanitário Leste e com observância aos nossos propósitos, objetivos e intenções, a pesquisa foi desenvolvida somente nas unidades de saúde que possuíam profissionais de Educação Física trabalhando ou que já trabalharam (desenvolvendo atividades e posteriormente foram transferidos para outras unidades). Também incluímos os PEF que, de alguma forma, desenvolvem trabalhos esporádicos nas unidades como a construção de projetos, organização estruturação e planejamento, como exemplo o matriciamento.

Optamos para centrar o trabalho no DS da região Leste de Goiânia em virtude da diversidade das instituições que recebem os PEF (Atenção Básica - CS, Saúde Mental - CAPS, sede administrativa do DS e Média complexidade - CAIS). Esta diversidade pode demonstrar a constituição e legitimação em diferentes contextos e espaços com características próprias.

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA DE CAMPO

Os sujeitos foram 20 profissionais de diferentes áreas da saúde. Destes, 09 eram profissionais de Educação Física, 07 profissionais de outras áreas de saúde (1 assistente social, 2 psicólogos, 2 enfermeiros e 2 nutricionistas) e 04 gestores (1 da área de administração, 1 da psicologia, 1 da enfermagem, 1 supervisor administrativo cursando direito) todos lotados nas UABSF, CAPS, DS e CAIS da Secretaria Municipal de Goiânia. No que se refere aos Profissionais de Outras áreas da Saúde selecionamos aqueles que desenvolviam atividades multiprofissionais com os PEF. Por este motivo, salientamos que nenhum médico fez parte do estudo. Os sujeitos participaram voluntariamente da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Na exposição dos resultados utilizamos o nome da profissão seguida de um numeral para representar os sujeitos. O quadro 1 sintetiza a quantidade dos sujeitos e os locais de investigação:

Quadro 1: Distribuição dos Sujeitos a serem pesquisados

Local de Atuação	Profissionais de Educação Física	Profissionais de outras áreas	Gestores das unidades	Total por unidade
Distrito Sanitário (subsede)	01	01	01	03
Centro de Atenção Integral à Saúde	02 (1 atual e 1 antigo)	01	01	04
Centro de Saúde	O mesmo do DS (Apoio do profissional do Distrito)	01	01	02
Centro de Atenção Psicossocial	04	04	01	09
OBS: Profissionais EF de destaque e que assumiram cargos e funções de direção/coordenação ou tem alguma relação de trabalho com as unidades pesquisadas.	02	-	-	02
TOTAL	09	07	04	20

3.3 TÉCNICAS DE COLETA E ANÁLISES DAS INFORMAÇÕES

O trabalho de campo focou inicialmente nas observações e anotações em um roteiro de observação (apêndice 2), aplicado durante uma semana em cada uma das unidades pesquisadas. Posteriormente, aplicamos um questionário (apêndice 3) com perguntas que elucidaram características sócio demográficas dos profissionais trabalhadores. Em seguida fizemos as entrevistas semiestruturadas com os sujeitos da pesquisa (apêndices 4 e 5). Estas abrangeram questões para os profissionais de EF, os Gestores e Profissionais de outras áreas da saúde, com referência à: inserção, justificativa da presença/papel do profissional de EF neste campo, ações e dificuldades em realizá-las, entraves, modificações, aspectos da divisão e planejamento do trabalho, a formação acadêmica e relações profissionais.

A entrevista semiestruturada entendida com aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas questões surgem à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, “seguindo espontaneamente a linha do seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal

colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa” (TRIVIÑOS, 1987, p. 146). O que se entende possibilita enriquecer a investigação por deixar o informante com liberdade e espontaneidade durante a aplicação do instrumento.

Na operacionalização e análises dos dados utilizamos a análise de conteúdo das entrevistas e dos roteiros de observação, estabelecendo categorias temáticas conforme indica Bardin (1977), por meio de procedimentos sistemáticos que permitam inferência de conhecimentos acerca do processo de intervenção profissional, obtendo indicadores das ações, comunicações e interações dos profissionais investigados e de suas condições de produção e apropriação de informações e conhecimentos provenientes de diferentes áreas apropriadas em seu processo de formação.

Bardin (1977) organiza as fases da análise do conteúdo em três fases: pré-análise, exploração do material e referenciação dos índices e a elaboração de indicadores.

Na **pré-análise**: Consistiu-se como o momento na preparação formal dos documentos a serem analisados. Entraram aqui os documentos das unidades de saúde ligados ou não à Educação Física; os documentos legais da Política Nacional de Saúde e os documentos das instituições ligadas ao campo da EF brasileira. Estes últimos quando relacionados à Educação Física e Saúde Pública. Neles fizemos a leitura flutuante com a finalidade de estabelecer o contato qualitativo inicial com os documentos, conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações. Em seguida a escolha dos documentos, demarcando o universo dos mesmos a serem analisados, constituindo-se um *corpus* de documentos a serem submetidos aos procedimentos analíticos. Neta fase, definimos as unidades de registro e suas respectivas unidades de contexto. As “Unidades de Registro” ou “Categorias Analíticas” foram: inserção dos PEF, o papel desempenhado, reconhecimento/valorização, formação, relações profissionais, bem como, as relações e desdobramentos no campo de atuação do SUS com as formas de poder simbolicamente desenvolvidas nas relações.

Ainda na mesma fase, no processo de categorização, incorporamos alguns conceitos teóricos como “Campo”, “Capitais”, “*Habitus*”, “*Status*”, “Expertise”, “Autonomia”, “Credencialismo”, “inter, multi e transdisciplinaridade”. Todos estes conceitos apresentados no referencial teórico metodológico. Alguns relacionados à teoria da prática (BOURDIEU, 1983, 1989, 2002,) e outros relacionados à teoria da sociologia das profissões (FREIDSON, 1996, 1998, 2001). Estes foram necessariamente fundamentais para aprofundar as análises em buscar responder nossos objetivos.

Na fase da **preparação do material** avaliamos formalmente os documentos que seriam analisados em seus pormenores. As unidades de registro e de contexto foram criadas e

selecionadas respectivamente, e cadastradas nas temáticas criadas no *software* WEBQDA. Buscamos nesta fase realizar a análise de saturação empírica e teórica de todos os materiais *corpus* de análise. Em fim, esta fase consistiu em determinar quais eram os índices (temas) encontrados nos documentos observações e entrevistas, determinando os seus indicadores através de recortes de texto nos documentos.

Na última fase, fizemos **o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação**: esta última etapa consistiu no tratamento descritivo e analítico do material cadastrado no WEBQDA. Permitiu tratamento estatístico simples dos resultados, quando necessários, principalmente quanto às características sócio demográficas dos profissionais da saúde pesquisados (PEF, POAS e Gestores). Permitiu também a elaboração de quadros (Exemplo - apêndice 6) , nas quais condensamos, destacamos e refinamos as informações fornecidas para análise. Com esta etapa foi possível vislumbrar respostas para as questões norteadoras e os objetivos da pesquisa que compõe, essencialmente, os capítulos V, VI e as considerações finais.

Em virtude da quantidade significativa de material coletado utilizamos o *software* WEBQDA para nos auxiliar na organização e análise dos dados empíricos. Estes foram organizados a partir das categorias explicativas e confrontados com as bases teórico-conceituais.

Para isso, imergimos em cada documento, nos roteiros de observação e nas entrevistas, no sentido de olhar os dados brutos. Este processo foi possível porque fizemos a transcrição integral de todas as entrevistas e roteiros de observação. Após foram lançadas no programa/*software* WEBQDA para que fosse possível codificar os enunciados ou unidades de contexto nas categorias/ temas delineados como unidades de significado. Em seguida foram alocadas em “Nós Livres e Nós em Árvore” (no *Software*) os temas ou tipos de enunciados no sentido de agregá-los de acordo com os objetivos específicos da pesquisa. Este processo permitiu verificar quando aparecia à primeira ocorrência, as subseqüentes em cada entrevista e a saturação teórica para cada temática/categoria. Desta forma, nas análises dos dados, recorreremos à técnica de saturação teórica como condição de evidenciar o rigor empregado na investigação e sistematização dos dados. Para Fontanella et al. (2011) esta técnica permite ir além de “fechar” a amostragem e decidir que “conjunto de dados”, coletados e analisados em pesquisas qualitativas, fará parte do relatório. Igualmente subsidia, ao pesquisador, realizar um tratamento e análise dos dados empíricos num processo de organização, sistematização e exposição do tratamento realizado e da saturação em cada uma das temáticas/categorias elencadas pelo pesquisador (FONTANELLA et al., 2011, p. 389).

3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Quanto aos procedimentos éticos da pesquisa, os sujeitos foram convidados a participar de acordo com as unidades de saúde que incluíram a profissão EF nos trabalhos de atenção à saúde dos usuários do SUS. Foram usados como **critérios de inclusão dos sujeitos** para o estudo: ser profissional de Educação Física (PEF) e ter desenvolvido atividades em instituições públicas da SMS de Goiânia. Com diferentes idades e tempos de formação e intervenção profissional. Incluímos igualmente, os profissionais do campo da saúde (POAS) que desenvolvem ações em conjunto com a EF, com outras formações superiores atuantes em diferentes áreas de trabalho e com níveis distintos de formação¹⁰. Os Diretores (Gestores) das 4 unidades selecionadas também compuseram o corpo de sujeitos.

A coleta de dados se deu por meio do contato com os locais de trabalho dos pesquisados. A pesquisa iniciou-se após a aprovação do Comitê de ética em pesquisa da UFG com o parecer número 414/2011 (anexo 1) e depois de ser aprovada pelo Centro Municipal de Formação em Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, através da declaração de anuência de 28/05/2012, por fim, quando aconteceu a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos profissionais do DSL da SMS.

Iniciamos a pesquisa de campo em 02/10/2013 e finalizamos em 13/05/2014. As observações foram de uma semana em cada uma das quatro unidades de saúde pesquisadas. Somente em uma instituição foi possível marcar uma reunião para apresentar a intenção de pesquisa com seus objetivos e finalidades. Nas outras instituições a relação foi diretamente com os grupos de profissionais observados no trabalho coletivo junto com os PEF. Realizamos as entrevistas individualmente e em separado. O fato de já acompanhar estagiários do Curso de Educação física da UFG, bem como de estudantes de diversos cursos da mesma universidade no Programa Pet-Saúde, nestas unidades, facilitou a interação com os serviços e a exposição dos objetivos de investigação.

A partir dos delineamentos metodológicos desta pesquisa, passamos agora a apresentar, de forma sintética, como se organiza o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, bem como os resultados e discussões referentes à pesquisa bibliográfica e da análise dos documentos legais brasileiros que tratam da Educação Física no campo da Saúde Pública.

Desta forma, analisamos como a Educação Física está sendo incluída e institucionalizada na produção científica do campo acadêmico enquanto profissão da saúde, nos documentos legais do governo federal, no que tange as Políticas Nacionais de Saúde.

¹⁰ Não encontramos profissionais da categoria medicina que realizassem trabalhos em conjunto com os PEF nas unidades, por isso não fizeram parte deste estudo.

CAPÍTULO IV

4. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, A PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA EDUCAÇÃO FÍSICA RELACIONADA À SAÚDE PÚBLICA, OS DOCUMENTOS LEGAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E DAS INSTITUIÇÕES DO CAMPO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NO BRASIL

4.1 A ORGANIZAÇÃO DO SUS E ALGUNS PRINCÍPIOS ESTRUTURANTES

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988 pela Constituição Federal do Brasil e regulamentado pelas Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90 (BRASIL, 1990). Este visou proporcionar a população o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. A partir de então, o SUS vem sendo socialmente estruturado especialmente por meio de Normas Operacionais. Estas são delineadas, em consenso, pelas esferas de governo nacional, estadual e municipal, materializadas nas Portarias e Resoluções.

Tal sistema é constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas dos três poderes. É considerado, por especialistas, uma das maiores conquistas sociais já consagradas na história da Constituição de 1988, principalmente se comparado aos sistemas organizacionais brasileiros anteriores à sua criação.

O SUS pauta-se em princípios doutrinários como a universalidade, a integralidade e a equidade. Em termos organizacionais os princípios são a descentralização, a regionalização, a hierarquização e participação popular. Estes princípios tiveram como base de sustentação para os seus delineamentos o artigo 198 da Constituição Federal de 1988.

O princípio da universalidade considera a saúde como direito de todos, cabendo ao poder público a provisão dos serviços, com ênfase nas ações prevenção e promoção da saúde. O princípio da equidade reforça a obrigação do poder público em restringir as disparidades sociais e regionais por meio das ações e serviços de saúde. O princípio da integralidade prevê que a Atenção à Saúde precisa considerar as especificidades dos sujeitos e ou grupos. Portanto, estruturar redes hierarquizadas com níveis crescentes de complexidade dos serviços com o fim de aumentar a resolutividade (BRASIL, 2000).

Para Rocha, Lima e Batista (2008) a integralidade possui um caráter utópico por uma série de contradições e dificuldades de implementação. Para os autores as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, a pouca participação social/popular, a formação fragmentada dos profissionais de saúde, a descontinuidade dos programas governamentais e não cumprimento das políticas.

No SUS os maiores avanços na implementação da gestão e a descentralizada das ações dos serviços de saúde aconteceu de 1993 a 2006. Realizaram-se por meio de “Normas Operacionais Básicas” (NOBs) editadas pelo Ministério da Saúde. Assim, ocorreram após amplo processo de pactuação entre os gestores da saúde das esferas municipais, estaduais e federais, a partir da análise e aprovação realizadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Constituíram os instrumentos balizadores para a operacionalização geral do sistema. Estas ainda são criadas no sentido de dar organicidade à gestão descentralizada do SUS e também com vistas à reorganização do modelo de atenção à saúde no país (BRASIL, 2011).

Importa destacar que, as NOBs publicadas foram às seguintes: NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/92, NOB-SUS 01/93 e NOB-SUS 01/96. Além destas, em 2002 foi publicada a primeira relacionada à Assistência a Saúde. O conteúdo das normas sempre são estruturadas entre o Ministério da Saúde, representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), órgãos estes, fundamentais nas decisões de Políticas Públicas para a população brasileira (BRASIL, 2011e).

Foi a partir da implementação das NOBs que surgiram os Distritos Sanitários (DS), como resultado do processo de descentralização política-administrativa do SUS. Estes representam regiões administrativas hierarquizadas e são responsáveis por garantir, monitorar e avaliar a saúde de uma população na área de abrangência de sua responsabilidade.

A proposta de criação dos “Distritos Sanitários” buscou redirecionar e modificar a forma de organização e o conteúdo das ações e serviços de saúde. Procurando responder as demandas da população, atender as necessidades de saúde e contribuir para a resolução dos problemas de saúde por ela enfrentados no espaço territorial e social do Distrito Sanitário (MENDES, 1999).

Os DS estão conectados a um conjunto territorial e devem se responsabilizar pela saúde da população. Nesse sentido, englobam um amplo e dinâmico espaço-população, com suas características demográficas, sociais, culturais e epidemiológicas. Portanto, considera como seu objeto de análises destes determinantes e seus efeitos nas condições de saúde e de vida da população (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998).

Buscando explicar a complexidade do processo de territorialização, Almeida, Castro e Vieira (1998) subdividem o território do Distrito Sanitário em: Território-Distrito, Território-Área, Território Micro Área e Território-Moradia.

- a) O Território-Distrito representaria o conjunto total espaço-populacional do sistema regionalizado e corresponde a uma definida coordenação sanitária, de articulação

interna e externa; o Território-Área seria o espaço-população adstrita que estabelece vínculo e relação com uma Unidade de Saúde. Esta divisão permite a melhor relação e fluxo da população com os serviços em diferentes níveis de atenção.

- b) O Território Micro Área é uma menor subdivisão aproximando do conceito de área homogênea de risco. Este permite buscar o objetivo de uma contínua análise epidemiológica dos problemas de saúde identificados que merecem atenção especial.
- c) O Território-Moradia constituiria o espaço de menor agregação social, familiar ou de grupos de indivíduos. Permite aprofundar o conhecimento epidemiológico e o desenvolvimento de ações de saúde na família.

A partir destes conceitos, fica mais claro porque o SUS, na sua implementação, tem buscado estruturar-se pelos princípios da regionalização e distritalização do sistema. Esta organização em um processo permanente, contínuo e dinâmico, implica em negociação e pactuação entre os diversos gestores do SUS e Diretores das unidades ou dos serviços. Destaque deve ser dado a necessidades de considerarem também a participação da população no controle social. Nesta perspectiva, progressivamente constrói-se e disponibiliza serviços com ampla suficiência para a satisfação plena das demandas e necessidades de saúde da população da região organizada em distritos sanitários (BRASIL, 2011e).

A regionalização de serviços deve representar a melhor distribuição técnico-espacial dos serviços de saúde numa dada área para possibilitar o acesso da população a todos os níveis de atenção. Assim, a hierarquização das ações de saúde e distribuição dos serviços é conhecida como Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária.

A Atenção Primária, mais denominada de Atenção Básica de Saúde representa um nível de atenção no sistema de saúde regional e pode ser compreendida como uma estratégia para aumentar a cobertura e o acesso às ações de saúde do conjunto da população. Suas finalidades seriam reformular, readequar e reorganizar os recursos com vistas a potencializar as ações e os resultados do trabalho em saúde, desse modo, tem implicações na composição e função dos demais níveis de todo o sistema (BRASIL, 2007).

Em geral, as Unidades Básicas de Saúde representam a "porta de entrada" do usuário no sistema e, por isso, devem estar alocadas para servir um determinado grupo populacional que mora ou trabalha na sua área geográfica de abrangência (BRASIL, 2007).

O SUS, com seus avanços, assume a tentativa de materializar o conceito ampliado de saúde, no qual a saúde deixaria de ser entendida somente como a ausência de doenças ou como completo estado de bem estar físico, psicológico e social, para passar a ser considerada como relacionada à qualidade de vida nas dimensões das condições socioeconômicas,

educação, ambiente de trabalho, educação, serviços, trabalho, lazer, acesso à posse de terra, bens, produtos, entre outros. Todos estes que dão novas compreensões complexas ao processo saúde-doença (BRASIL, 1986).

Uma das mais importantes iniciativas, relacionadas à implementação do SUS (além de outras importantes Portarias e Resoluções que analisaremos mais adiante quando analisaremos os documentos legais e suas implicações com a Educação Física) foi a aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 30 de março de 2006. Esta foi gestada com propósito de promover qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos determinantes e condicionantes de saúde da população.

Entre suas ações destacam-se o incentivo a alimentação saudável, prática de atividades físicas, a prevenção e controle do tabagismo, a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, e outras ações que visam incidir na vida da população de modo a favorecer escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e das coletividades no local onde vivem e trabalham (BRASIL, 2006).

Visando organizar melhor o processo de descentralização e territorialização dos serviços do SUS, houve a criação do “Programa Saúde da Família (PSF)”. Atualmente é conhecido como “Estratégia Saúde da Família (ESF)”. Este é tido como uma das principais estratégias de reorientação dos serviços e práticas profissionais no que se refere à atenção básica em saúde.

Iniciou-se em 1994 e hoje possui equipes multiprofissionais compostas por no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Pode, contudo, ter ainda um cirurgião-dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Destacamos que o Profissional de Educação Física não faz parte legalmente desta equipe, contudo, em diversos municípios brasileiros, este tem sido incluído como profissional importante na promoção e prevenção da saúde dos usuários do SUS, inclusive na cidade de Goiânia, locos desta pesquisa.

As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada. Desenvolvem ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças (BRASIL, 2007).

Um dos princípios norteadores do trabalho da ESF seria a intersetorialidade. Esta representa uma estratégia fundamental para a promoção da saúde e é considerada por diversos trabalhadores do SUS como o caminho para a mudança do modelo assistencial centrado na doença para o centrado na potencialização da saúde do usuário.

A intersectorialidade foi muito bem definida por Junqueira (1998), o qual a entende como a articulação de saberes e experiências no planejamento, a realização e a avaliação de ações visando alcançar resultados integrados em situações complexas e gerar um efeito sinérgico no desenvolvimento social.

Para Teixeira e Paim (2000) a intersectorialidade apresenta-se como uma estratégia reorganizadora de respostas a problemas, necessidades e demandas sociais de diversos grupos populacionais em um Distrito Sanitário, município ou microrregião. Para os autores, ela se resume em uma estratégia que envolve articulação, planejamento, execução e avaliação de diversos atores e setores em resposta a problemas identificados em determinado território. Requer o compartilhamento e a colaboração das diversas especialidades de uma forma horizontal. O enfrentamento dos conflitos e a busca por consensos para romper com a fragmentação das políticas públicas, implica com isto, a necessidade de novas formas de gestão e de participação da comunidade.

Outros conceitos e princípios são amplamente discutidos no campo da Saúde Pública e interferem significativamente na organização do trabalho dos profissionais da saúde no SUS, entre as quais ganham destaque a multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade.

Para Coimbra (2000, p. 57) multidisciplinaridade refere-se basicamente ao aspecto “quantitativo”, “numérico”, não exigindo que exista nexos entre as abordagens e entre os diferentes profissionais. O mesmo objeto poderia ter o olhar de duas ou mais disciplinas sem haver um diálogo entre elas. Para ele na abordagem multidisciplinar de um problema pode não acontecer um nexos entre seus agentes. No cotidiano cada profissão continuaria a tratar o seu objeto com os próprios critérios unidisciplinares.

Na mesma linha, Almeida Filho (2005, p. 38) considera a multidisciplinaridade como um “conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma dada questão, problema ou assunto/temática, sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico”. Seria, mais uma justaposição de disciplinas em um nível sem cooperação sistemática entre campos disciplinares.

Por outro lado, a interdisciplinaridade implicaria vínculos e nexos entre as disciplina, além de diálogo entre os interlocutores, mantendo, mesmo assim, a identidade de cada campo disciplinar envolvido no tema/problema compartilhado entre profissões como afirma Coimbra (2000).

[...] num tema, objeto ou abordagem em que duas ou mais disciplinas intencionalmente estabelecem nexos e vínculos entre si para alcançar um conhecimento mais abrangente, ao mesmo tempo diversificado e unificado. Verifica-se, nesses casos, a busca de um

entendimento comum (ou simplesmente partilhado) e o envolvimento direto dos interlocutores. Cada disciplina, ciência ou técnica mantém a sua própria identidade, conserva sua metodologia e observa os limites dos seus respectivos campos. É essencial na interdisciplinaridade que a ciência e o cientista continuem a ser o que são, porém intercambiando hipóteses, elaborações e conclusões (COIMBRA, 2000, p. 58).

Igualmente, para Almeida Filho (2005) interdisciplinaridade:

[...] implica uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas A, B, C e D, cujas relações são definidas a partir de um nível hierárquico superior, ocupado por uma delas (no caso, D). Esta última, geralmente determinada por referência à sua proximidade da temática comum, atua não somente como integradora e mediadora da circulação dos discursos disciplinares, mas principalmente como coordenadora do campo disciplinar (ALMEIDA FILHO, 2005, 39).

Após esta breve apresentação da breve da organização estrutural, princípios e conceitos relacionados ao SUS do Brasil, procuramos refletir sobre parte da produção científica do campo acadêmico da Educação Física relacionada ao SUS, buscando clarear os sentidos da produção, bem como da inclusão e institucionalização da EF nos documentos legais do governo federal (das Políticas Nacionais de Saúde) e das instituições institucionalizadas do campo da EF.

4.2 A PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE PÚBLICA¹¹

A presença sistemática da Educação Física nos serviços de saúde do SUS ainda é relativamente recente. A década de 1990 pode ser considerada um período importante da busca por afirmação e legitimação neste importante campo de intervenção profissional. Com efeito, neste período, intensificaram-se mobilizações, debates e discussões sobre o tema e, cada vez mais, têm sido produzidos trabalhos acadêmico-científicos, o que demonstra a importância de sua presença e institucionalização neste universo.

Como um marco nesta discussão, destacamos a dissertação de mestrado defendida na Universidade Estadual de Campinas em 1993 pela professora Yara Maria de Carvalho, com o Título “O mito atividade física/saúde”. Foi orientada pelo sanitarista Gastão Wagner de Sousa Campos. Depois publicou o livro “O mito da atividade física e saúde” (2001), o qual pode ser entendido como um contraponto à centralidade ocupada pelo paradigma biomédico nas discussões acadêmicas, em particular nas profissões da saúde. Segundo sua tese central, tanto

¹¹ Nesta parte do trabalho contamos com a colaboração dos colegas de trabalho Priscilla de Cesaro Antunes e Tadeu João Ribeiro Baptista (docentes do curso de Educação física da Universidade Federal de Goiás), os quais contribuíram na coleta e análise de dados das produções científicas utilizadas nesta revisão de literatura.

o processo de formação quanto a atuação em saúde, historicamente, tem se dirigido, antes, para a lógica da doença do que para a temática da saúde propriamente dita.

Nesta mesma linha, Carvalho (2005) visando debater a necessidade das aproximações entre a EF e outros campos das ciências humanas e sociais, especialmente com o da Saúde Coletiva, questiona se a complexidade da Saúde não exigiria estudos, análises e intervenções não apenas das Ciências Biológicas e a partir de modelos baseados na neutralidade científica. Indica a necessidade da nossa área assumir a Saúde Pública como um campo importante para se “pensar, sentir e agir”, buscando, de fato, um olhar humano e social para o processo saúde doença:

Partimos do pressuposto que o profissional da saúde precisa estar atento ao fato de que para que as populações alcancem níveis adequados de saúde é necessário ir além do acesso a serviços médicoassistenciais ou da prática de atividade física. Implica em enfrentar a questão da produção de conhecimento dirigida às pessoas e coletivos sem acesso à informação e ao conhecimento relativos aos cuidados com o corpo e produzir políticas públicas comprometidas com as repercussões na saúde. Não conseguiremos interferir no processo saúde-doença se a Educação Física não ouvir, estudar, analisar e avaliar o que se pensa e se faz em saúde hoje, do ponto de vista coletivo, público e social. Escrevemos, falamos e ensinamos chamando a atenção para a saúde, para a qualidade de vida e para o bem-estar, mas nesses anos todos não construímos vínculos com o serviço público de saúde (CARVALHO, 2005, p. 102-103).

Visando contribuir com este debate, analisamos parte da produção científica relacionada às reflexões e ações da Educação Física desenvolvidas no campo da Saúde Pública, buscando clarear a configuração dos modelos de atenção à saúde assumidos em diferentes pesquisas.

Utilizamos como fonte de informações as produções compiladas na base de dados “Teses e dissertações” da CAPES e no “Google acadêmico”. Tomamos por base também as contribuições de autores (em sua maioria oriundos da Educação Física) de artigos publicados em periódicos científicos, livros, capítulos de livro e trabalhos de pós-graduação. Foi delimitado o período 2000 a 2012, o que se justifica por haver, neste período, significativos avanços na produção científica com esta temática.

Em relação às áreas e/ou temas de concentração, prevaleceram os trabalhos sobre a Saúde Mental, seguidos pelos relacionados à Atenção Básica e à Estratégia Saúde da Família. Encontramos relatos de experiências e/ou vivências em oficina, e pesquisas acerca do conhecimento e percepção de profissionais, gestores e usuários sobre a Educação Física na Saúde Pública. Em menor número apareceram trabalhos experimentais com pré e pós-testes para construção e avaliação de programas de atividades físicas no SUS.

Estes dados caracterizam que as produções em Educação Física e Saúde Pública têm uma tendência de aumento considerável a partir do ano de 2007, o que permite relacionar o período a quando foi instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde e Secretaria de Atenção à saúde (BRASIL, 2006), as Diretrizes do NASF da Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2009a) e a Portaria nº719 que institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a).

Os dados revelam uma inserção mais ou menos tardia do professor de Educação Física no campo da Saúde Pública. Ademais ela tem se dado de forma heterogênea e pouco articulada, em diferentes datas e contextos. Várias publicações confirmam esta realidade: Oliveira et al. (2011); Coqueiro, Nery e Cruz (2006); Anjos e Duarte (2009); Rezende e Lima (2008), Martinez et al. (2013), entre outros.

No conjunto dos trabalhos analisados vários temas apareceram: o debate entre a importância do professor de Educação Física em relação às políticas de saúde (locais, contratação de profissionais, concurso público); a representação social de gestores, profissionais e usuários sobre a Educação Física; a questão da formação profissional (lacunas na formação e necessidade de contemplar referências da saúde coletiva); a abordagem de experiências diversificadas e a inserção da Educação Física em unidades de saúde diversas (ESF, CAPS, hospitais, NASF), mas com princípios de trabalho “comuns”.

No debate sobre a importância do professor de Educação Física nas políticas de saúde locais e na questão dos concursos públicos e contratação de profissionais aparecem os trabalhos de Lamb (2007), Rezende e Lima (2008), Coutinho (2005), Coqueiro, Nery e Cruz (2006). A título de exemplo, Coqueiro, Nery e Cruz (2006) mostram a importância crescente que a Educação Física, nas últimas décadas, vem assumindo no meio científico, porém ressaltam que estes saberes, na prática, são ainda pouco aplicados aos serviços da Saúde Pública. Relatam um caso na região de Jequié/BA em que a compressão acerca da atividade física e saúde é pequena e poucas vezes colocado a serviço da sociedade.

Para esses autores, a inserção do professor de Educação Física no Programa Saúde da Família (PSF) pode contribuir para a intersetorialidade, a multidisciplinaridade, a reorientação do modelo focado na promoção, proteção e recuperação da saúde. Entretanto, lembram que a maioria dos profissionais que atuam na Saúde Pública são ainda oriundos da Medicina, Enfermagem e Fisioterapia. Com efeito, Coutinho (2005) mostra que nos oito municípios componentes da 5ª Regional de Saúde do Paraná, quando havia a prática regular de atividades

físicas junto aos PSFs, os profissionais de saúde se distribuíam entre enfermeiros (44,4%); fisioterapeutas (33,3%) e somente 22,2% eram professores de Educação Física.

No conjunto, estes trabalhos procuram fazer uma espécie de autoreconhecimento profissional, considerando o estágio inicial da inserção profissional na SP.

A inserção do profissional de Educação Física também acontece no estado da Paraíba. Dados do Ministério da Saúde revelam que nos 224 municípios deste estado, 43 possuem os NAFS instituídos. Nestes 12 possuem o professor de Educação Física nos quadros. Em 21 municípios constata-se, no mesmo período, existirem no quadro do NASF, 115 nutricionistas e, em 22 municípios, 352 fisioterapeutas (REZENDE; LIMA, 2008).

Também na cidade de Porto Alegre, Lamb (2007) demonstra haver uma menor inserção, associada à instabilidade (através de cargos comissionados ou cedência), não havendo concurso público para a Educação Física na Saúde Pública.

Na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da cidade de Goiânia/GO há 31 profissionais de Educação Física no campo da Saúde Pública concursados como técnicos em desporto e cultura, mas que não fazem parte do plano de cargos e salários desta Secretaria. Deste total, 20 estão lotados nos Centros de Atenção Psicossocial, 04 nos Distritos Sanitários e Unidades de Atenção Básica à Saúde, 02 nos Centros de Atenção Integral à Saúde, 02 nos Centros de Referência e Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, 01 no Pronto Socorro Psiquiátrico, 01 no Centro de Convivência de Atenção Psicossocial e 01 na Divisão de Saúde Mental (órgão do nível central da SMS que coordena as áreas de Saúde mental) (Goiânia,-SMS-GO, 2013).

Como vemos, a inserção do profissional de Educação Física no campo da Saúde Pública ainda é pequena. Este aspecto ainda é reforçado pelo próprio campo que tem se preocupado pouco com a dimensão pública da EF na relação com a saúde humana, sobretudo no processo de formação voltado para o trabalho no SUS. Em resumo, falta política interna no campo da EF para suscitar avanços na inclusão deste profissional no SUS. Mesmo assim, no campo da EF precisamos considerar que existem diversos estudos tratando desta relação. Contudo, pela tradição, há uma presença histórica maior dos profissionais de Medicina, Enfermagem, Odontologia.

Noutra perspectiva encontramos vários trabalhos focalizando a visão de gestores, profissionais de Educação Física, acadêmicos e outros profissionais da saúde sobre o tema. Freitas (2003) orientou sua investigação bibliográfica e suas experiências para o papel desempenhado pelo educador físico no serviço público de saúde; Coutinho (2005) investigou a percepção dos gestores na realização de atividades físicas para a Promoção da Saúde da

Família; Acosta (2005) analisou a relação entre os conhecimentos sobre atividade física, saúde e ambiente no processo de trabalho das equipes do Programa de Saúde da Família no município do Rio Grande; Ferdinando (2007) pesquisou a percepção dos usuários da Unidade Básica de Saúde sobre as práticas corporais; Rodrigues (2012) analisou as percepções dos coordenadores regionais sobre o papel das atividades físicas/práticas corporais em relação às pessoas com doença mental e Silva (2012) estudou a visão de médicos e enfermeiros sobre a atuação do profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Coutinho (2005, p.110) chamou a atenção para o fato de as atividades físicas estarem presentes apenas como “potencialidades” persistindo vários problemas como a falta de local adequado para as práticas e a existência de outros profissionais que, embora não especializados em Educação Física, frequentemente ministravam aulas de atividades físicas.

Os trabalhos acima analisados trazem uma marca da hegemonia da produção científica do campo da EF centrando as relações da profissão Educação Física com a categoria “Atividade Física”. Portanto preocuparam-se exclusivamente com aspectos orgânicos biofisiológico e biodinâmicos ao tratarem da EF na Saúde Pública.

Outros estudos, nesta mesma linha teórico-metodológica, centraram seus esforços na discussão sobre a inserção e o conhecimento necessário para o profissional de Educação Física atuar no SUS. Neste sentido, Battaglioni (2003) estudou a dimensão do saber e as habilidades técnicas capazes de produzir estratégias pedagógicas de capacitação; Coutinho (2011) analisou as competências do professor de Educação Física requeridas no contexto da Atenção Básica; Luz (2007) propôs reflexões sobre o papel estratégico da Educação Física com seus saberes e práticas nos serviços públicos de saúde; Abib e Ferreira (2010) discutiram a formação e o trabalho do professor de Educação Física na saúde coletiva e mental, apresentando duas experiências no âmbito do SUS.

Nesta mesma linha Fraga, Carvalho e Gomes (2012), atentos aos desafios da formação em saúde comprometida com a consolidação do Sistema Único de Saúde, estudaram os processos de composição e articulação entre ensino, serviço e comunidade. O diferencial desta produção estaria no relato da constituição coletiva de uma rede de saberes, práticas e experiências de três grupos de pesquisa em Educação Física e Saúde de Universidades brasileiras.

Coutinho (2005) avalia que a presença do profissional de Educação Física não confirma ações de prevenção de doenças ou promoção da saúde, isso porque aspectos sociais, culturais, históricos e políticos, geralmente, não são tematizados na formação dos profissionais da área da saúde. O autor demonstra a preocupação da formação ainda estar

muito focada na dimensão biológica e reducionista (pautada nos princípios dos padrões da indústria do consumo, lazer, beleza e estética). Fugindo, portanto, da centralidade da própria saúde como foco.

Por outro lado, Lamb (2007) mostra que a formação acadêmica ainda se encontra fortemente centrada nas atividades recreativas, no plano terapêutico, na corporeidade e nas atividades físicas e desportivas, não contemplando adequadamente as necessidades de conhecimentos teórico-práticos voltados para atuação na área da Saúde Pública. Todavia, ainda podemos considerar que aspectos pedagógicos, biológicos e sociais, devem fazer parte da formação como maneira de garantir o estofo necessário à intervenção dos profissionais no campo da Saúde Pública e da Saúde Coletiva.

Em relação aos relatos de experiências descritas, vimos que alguns têm como referência a categoria atividade física, mas a maioria enfoca aspectos da promoção da saúde, o que consideramos um avanço relativo. Destacamos as pesquisas realizadas por Oliveira et al. (2011), Palha (2001), Andrade, (2001), Acosta (2005), Ferdinando (2007), Vicentin (2008) e Gomes (2007; 2012), os quais procuraram apresentar a importância da formação do professor de Educação Física para atuar nos projetos da Saúde Pública.

Oliveira et al. (2011) realizaram uma revisão de literatura sobre promoção da saúde e suas relações com a Educação Física. Argumentaram que a Saúde Pública se relaciona com ações político-governamentais, para atender necessidades sociais como proteção, vigilância, intervenções e para controlar a incidência de doenças. Neste sentido, não seria possível excluir o professor de Educação Física e seus saberes preventivos para a promoção da saúde. Os autores defendem a ideia de o professor de Educação Física ser realmente importante no processo educativo, por várias razões: (a) ser capaz de organizar, avaliar e coordenar ações especializadas visando, com esses cuidados, evitar lesões, fraturas, cansaço, dores, entre outros; (b) ser capaz de interferir na aderência da população inativa às práticas de exercícios físicos, destacando os elementos que dificultam este estado como a falta de oportunidades, ausência de local apropriado, falta de informação (desconhecimento dos benefícios da prática de atividade física), falta de tempo, baixa renda.

Coqueiro, Nery e Cruz (2006), considerando que até pouco tempo, havia dificuldades históricas para a atuação na Saúde Pública, propõem que o professor de Educação Física seja capaz de agir nos aspectos biofisiológicos e preventivos:

[...] desenvolver ações compatíveis com as metas da Equipe de Saúde da Família (ESF); avaliar o estado nutricional e morfológico dos sujeitos acompanhados, estratificando e diagnosticando fatores de risco à saúde; prescrever, orientar e

acompanhar atividades físicas – tanto para as pessoas ditas “saudáveis” como para grupos portadores de doenças e agravos; socializar junto à comunidade a importância da atividade física com base em conhecimentos científicos e desmistificando as concepções equivocadas de sua prática (COQUEIRO, NERY E CRUZ, 2006, p. 4).

Gomes (2007) procurou desenvolver, implementar e avaliar um programa de atividade física para adultos no âmbito do Programa de Saúde da Família, em Florianópolis, (SC). Cinco anos depois voltou a pesquisar a efetividade desta natureza de intervenção em adultos atendidos pela estratégia “saúde da família” em duas regiões do país (nordeste e sul) (Gomes, 2012). Nesta mesma linha há o estudo de Palha (2001), o qual elaborou e desenvolveu programas teórico-práticos de promoção de saúde do adulto.

Embora ainda estejam fortemente associados aos conhecimentos biomédicos, os estudos voltados para a prevenção de doenças crônicas degenerativas e para promoção da saúde trouxeram avanços importantes. Kunz (2006) assinala que a área da Educação Física tem avançado na discussão sobre o conceito de “saúde”, o qual, historicamente, tem sido quase exclusivamente orientado pela “condição física”. Apesar da incorporação crescente das dimensões psicossociais, ecológicas, entre outras, ainda persiste longa distância das bases centradas na patogenética. Há efetivos avanços na área da Educação Física no sentido de uma compreensão que transcenda os cuidados dos aparelhos motores, cardiovasculares e os aspectos emocionais como o bem estar e a liberdade, a superação do medo, a descontração.

Nesta mesma linha de crítica ao campo da Educação Física, Gomes, Pich e Vaz (2006), em estudo referente à noção de saúde na sociedade de consumidores, demonstra que a Educação Física buscando sua legitimidade no campo da saúde sempre “ancorou-se” na sua contribuição científica para a promoção da saúde e o combate ao envelhecimento, isto porque na sociedade atual a doença é vista como fracasso. Assim, vinculou-se à ciência biomédica cabendo à Educação Física a prescrição do exercício físico para tratar a dimensão física da saúde, como consequência desta visão unidimensional, a legitimação da atuação e da pesquisa viria a partir da melhoria de valências físicas e motoras. Segundo os autores “[...] isso acontece porque, entre outros motivos, há uma continuidade nos critérios de produção do discurso entre aquele oficial da biomedicina e o da aptidão física para a promoção da saúde” (GOMES; PICH; VAZ, 2006, p. 140).

Pode-se observar que as experiências de inserção da Educação Física têm ocorrido em Unidades de Atenção Básica à Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Hospitais e nos Núcleos de Atenção à Saúde da Família, onde, é possível avaliar, que há princípios de

trabalho “comuns”, em que a estruturação do trabalho da Educação Física no SUS se dá pelas práticas corporais.

Na experiência em Hospital a atuação de professores de Educação Física se dá em conjunto com a equipe multiprofissional. Neste estudo, Santos (2001) demonstra que o trabalho do professor de Educação Física está dividido em duas dimensões. Na primeira atua no processo de avaliação e recuperação de pacientes cardíacos através de protocolos de força, flexibilidade, composição corporal, VO_2 máx., coordenação e equilíbrio. Na segunda desenvolvem um trabalho de manutenção funcional multiprofissional através de aulas de ginástica, alongamento, yoga, consciência corporal, acupuntura, moxabustão, massagem shiatsu, relaxamento e terapia familiar. Desta forma, aponta que o trabalho desse profissional em conjunto com os outros da saúde se constitui como ferramenta que recria, motiva e estimula diariamente novas possibilidades de vida, o que ajuda o paciente na luta pela vida e recuperação da saúde.

O trabalho de Santos (2001) aproxima-se das discussões das práticas corporais. Nelas o trabalho da Educação Física pode assumir um olhar ampliado para o processo de incorporação dos aspectos biofisiológicos, socioculturais, filosóficos, espirituais, entre outras dimensões, nas vivências práticas do cuidado em saúde.

Os resultados de nossas investigações indicaram que o trabalho do professor de Educação Física também foi pesquisado nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O trabalho de Rezende e Lima (2008) aponta que a inserção do profissional de Educação Física só se deu por constantes reivindicações dos profissionais de outras áreas, que viram a oportunidade e a necessidade da inclusão de outros profissionais que, até então, não faziam parte da ESF no estado da Paraíba. Quanto a este aspecto, destacam que, mesmo com a portaria ministerial 154, de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008a) (cria os NASF) a incorporação depende do profissionais dos gestores e se dá conforme as prioridades locais. Afirmam que a contratação é precária porque “[...] contrata-se para atender somente as doenças dos usuários e não se prioriza o caráter estratégico relacionado à qualidade de vida e à prevenção do adoecimento” (REZENDE; LIMA, 2008, p. 1). Os mesmos autores alertam que as atividades previstas nas normas de criação dos NASF, como a de que a atividade física/práticas corporais deve buscar a inclusão de toda a comunidade adstrita, não deve restringir-se somente às populações já adoecidas ou mais vulneráveis, que, geralmente, ficam em segundo plano ou não são realmente efetivadas pelos gestores da Saúde Pública. Sousa e Loch (2011) também investigaram as intervenções deste profissional no NASF no Paraná. Rodrigues (2012)

analisou a atuação de 15 professores de Educação Física nos NASF da região metropolitana de João Pessoa-PB.

Observamos a diversidade das pesquisas nos NASF e a necessidade do investimento dos municípios em políticas que assegurem a permanência e a efetividade destes profissionais na ESF que é a porta de entrada das ações nos serviços de saúde. Estas ações podem potencializar a ampliação dos direitos às práticas corporais para os usuários no território de abrangência de sua região. Vejamos o pensa Bueno (2012) sobre esta importante questão.

[...] dentre as estratégias de promoção e prevenção de saúde, as práticas corporais/atividade física têm sido referenciadas nos materiais do Ministério da Saúde e, principalmente no NASF, que elenca a Educação Física com profissão possível de compor a equipe, a construção de processos de trabalho no NASF se dá a partir do cotidiano, baseado nas diretrizes deste serviço e nos princípios do SUS. O profissional de Educação Física deve romper com a lógica do atendimento “professor-aluno” e buscar entender os processos de cuidado e a complexidade da Atenção Básica, (re)inventado os modos de fazer e compartilhando saberes (BUENO, 2012, p. 30).

Dentre os estudos que focaram a Saúde Mental, temos o de Wachs (2007), em que o professor de Educação Física retrata sua participação em um projeto chamado “Convivência Saúde”. O projeto consistia na participação de alunos graduandos da área da saúde em um período de convivência de três semanas em unidades básicas de saúde do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, e era ligado ao Programa de Educação Tutorial do SESU-MEC. O trabalho foi inicialmente desenvolvido a partir de um programa de caminhada e acompanhamento nutricional com crianças diagnosticadas como esquizofrênicas e os principais resultados, segundo o autor, não foram significativos quanto à perda de peso, mas a intervenção serviu para “impulsionar a circulação e a convivência social” considerando que os pacientes procuravam sempre estar sozinhos por vergonha da doença e do excesso de peso (p. 88).

Wachs (2007) descreve também que no período de graduação não houve a aproximação dos conteúdos estudados com a luta antimanicomial, com a saúde coletiva, com os usuários da saúde mental. Suas experiências demonstram a aproximação da Educação Física com a Saúde Pública, mesmo que de forma inicial, na sua formação e especialização; foi possível conhecer a realidade da saúde mental brasileira, coisa que não é muito comum nos currículos de Educação Física.

No que se refere a sua inserção no campo da Saúde Pública, através da residência, aponta que as atividades desenvolvidas por graduandos em Educação Física “[...] tinham caráter complementar e eram subordinadas às desenvolvidas por psiquiatras, psicólogos, e

enfermeiros” (p.91). As atividades realizadas pela Educação Física “[...] jogavam com a ideia de liberdade, geralmente eram caminhadas, passeios e recreação, no caso desta última servia para barganha ou punição dependendo do comportamento”. Entendia que não era a melhor forma de se fazer Educação Física no espaço da saúde mental, assim passou a estudar a reforma antimanicomial e seus princípios para propor novas formas de atuação dentro deste campo. Wachs (2007) conclui seu trabalho demonstrando que para a Educação Física ter um papel significativo neste campo, “[...] passa pela discussão politizada do conceito de saúde, pela implicação da cultura corporal, comunitária e por discutir a inserção da área na saúde coletiva” (p.96).

Wachs e Manacorda (2005) fizeram uma reflexão sobre o desenvolvimento de uma oficina de corporeidade como alternativa terapêutica em saúde mental. Também Wachs e Fraga (2009) discutiram sentidos atribuídos à brincadeira enquanto recurso terapêutico em serviços especializados no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico. Noutra linha, Santos et al. (2012) construíram e relataram suas vivências em um projeto de extensão de atividade física e saúde mental da Faculdade de EF da Universidade Federal de Uberlândia. Abib e Ferreira (2010) fizeram experiências a respeito da formação e trabalho do professor de Educação Física na saúde coletiva e mental, na perspectiva do SUS e relataram duas experiências desenvolvidas em dois Centros de Atenção Psicossocial.

Quanto às experiências em Atenção Básica e na ESF, por sua vez, temos a desenvolvida em um posto de saúde que atende uma população de baixa renda na área do “Grande São José” em Porto Alegre, ainda em 1990 (DAMICO, 2007). O autor, após defender o princípio da integralidade como afirmação da vida e como balizador da ação com os usuários do SUS, afirma que uma atenção integral em saúde realizada pelo professor de Educação Física deve partir da “[...] educação do olhar e da escuta qualificada” para substituir a lógica dos procedimentos para “[...] a lógica da tensão-potência com o humano”, o que proporcionaria potencializar o saber-fazer da Educação Física “[...] na complexa rede de saberes e fazeres que configuram a Saúde Pública contemporânea” (DAMICO, 2007, p. 84).

Outra pesquisa realizada no campo da Atenção Básica foi a de Coutinho (2011), cuja finalidade foi analisar as bases de atuação profissional (conhecimentos, habilidades e atitudes) de profissionais que atuam diretamente nos programas de promoção das atividades físicas, para avaliar se se aproximam ou não dos princípios do SUS. Também Anjos (2012) se dedicou a apreender a concepção dos coordenadores dos cursos de graduação em Educação Física sobre este trabalho e as competências necessárias para a atuação na Atenção Básica pelo profissional de Educação Física.

Carvalho (2007) também desenvolveu trabalhos na Atenção Básica. Apresenta uma experiência desenvolvida com as práticas corporais no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, vinculado à Universidade de São Paulo (USP). A finalidade foi analisar teorias, conceitos e metodologias mais utilizadas pela Educação Física em suas intervenções. Apresentou como principais resultados que o “cuidado em saúde pressupõe um ato pedagógico” e por isso a atuação da Educação Física precisaria ir além do contexto do “tempo e do espaço das atividades” realizadas na unidade de saúde e, portanto, considerar outros aspectos ligados ao ato pedagógico nas intervenções são fundamentais, citando a quantidade enorme de usuários que nunca haviam experimentado as práticas corporais com acompanhamento; a carência de informações sobre os conteúdos da área de Educação Física; O serviço de Saúde Pública como espaço para atuação específica da profissão; a necessidade de incluir na intervenção saberes e práticas relativos ao ser humano em movimento voltadas para a população carente (CARVALO, 2007, p. 71)

Outro projeto desenvolvido na atenção primária de saúde num Centro de Saúde do Distrito Butantã na cidade de São Paulo visava à aproximação da Educação Física do serviço público de saúde, foi desenvolvido por Freitas (2007) e está relatado no livro “A Educação Física no serviço público de saúde”. Por entender que a relação da Educação Física com a saúde deveria ir além da visão biológica da intervenção focada somente na prática da atividade física, suas inquietações foram:

(1) se essa relação entre Educação Física e saúde é tão forte porque nosso conteúdo ainda é pouco reconhecido entre as outras áreas da saúde, uma vez que não se observa uma participação efetiva do profissional nas políticas públicas de saúde; (2) se o discurso que relaciona atividade física e saúde se repete com tanta frequência, porque nós, profissionais da área, não estamos efetivamente nos serviços públicos de saúde, onde é possível integrar a atuação de diferentes profissionais, além de atender populações de classes socioeconômicas menos favorecidas, destacando uma perspectiva pouco valorizada em nossa formação profissional, que tem privilegiado o trabalho individual e o espaço privado (FREITAS, 2007, p. 13).

Freitas (2007) desenvolveu um trabalho com práticas corporais centrado nas ginásticas, caminhadas, alongamentos e dança. Práticas que possibilitavam o aprendizado das técnicas corporais de forma lúdica e, ao mesmo tempo, criava vínculos com os usuários das atividades. Ao planejar, desenvolver e avaliar os trabalhos com a participação efetiva dos usuários nos processos decisórios garantiu proximidade, cumplicidade e co-responsabilidade dos envolvidos de acordo com as condições de trabalho do contexto.

Em sua visão, esta ousadia só foi possível porque o projeto foi construído a partir dos seis princípios relacionados abaixo (FREITAS, 2007, p.85):

- Trabalhar os conteúdos da Educação Física de maneira pedagógica, orientados para a aprendizagem e para a reflexão das suas relações com a saúde, contrária à ideia de apenas reproduzir atividades físicas;
- Desenvolver um trabalho coletivo que favorecesse a troca de experiências e o conhecimento das pessoas, de modo que a convivência com o grupo determinasse o desenvolvimento do projeto;
- Chamar a atenção para a saúde e para o sujeito envolvido nas práticas e não para a doença. Não queríamos formar grupos de atividades físicas voltadas para a doença, por exemplo, para *diabéticos*, ou *hipertensos*. O intuito foi privilegiar a pessoa e não determinada doença, de maneira que prevaleceu a ideia de cuidado em vez de tratamento;
- Trabalhar com conteúdos variados, com a integração de possibilitar, além de maior número de experiências, o despertar para a atenção ao corpo;
- Valorizar a questão da autonomia, de maneira que as pessoas pudessem capacitar-se para realizar atividades em outros momentos e lugares, além do Centro de Saúde, assim como orientar outras pessoas;
- Integrar, na medida do possível nosso trabalho com os dos outros profissionais do serviço.

Freitas (2007) concluiu, em sua pesquisa, que a experiência no Centro de Saúde chamou a atenção para refletir “[...] acerca das possibilidades efetivas que o trabalho coletivo e do conhecimento da comunidade tem representado quando a questão é a atividade física e saúde” (p.149). Apontou a necessidade da área da Educação Física rever “aspectos e espaços” de intervenção, a concepção de saúde das comunidades, as suas percepções sobre as intervenções da Educação Física. Tudo isso para que a área possa avançar na discussão da Educação Física no campo da Saúde Pública e no seu papel na “busca pela integralidade da saúde das pessoas” (FREITAS, 2007, p. 149).

Ainda na Atenção Básica de Saúde, Machado (2007) relata sua experiência junto ao Programa de Saúde da Família (PSF) no ano de 2006, no Centro de Saúde Modelo, em Porto Alegre. O autor descreve suas primeiras impressões quanto ao lugar da Educação Física nos PSFs em seu trabalho investigativo recém-iniciado, concluindo que seria possível afirmar que a inserção do professor de Educação Física na Saúde Pública deve estar centrada nos princípios do SUS, na escuta qualificada do usuário e do coletivo. Também inferiu que o olhar do professor de Educação Física sobre o corpo do usuário não deve ser subjetivado dos contornos da área e sim do contexto histórico e cultural vivido pelo sujeito e pelas comunidades. Para o autor, a prática pedagógica é a ferramenta essencial que possibilita o cuidado em saúde, ao invés de procurar “[...] receitas prontas, protocolos ou normas” (MACHADO, 2007, p.109). Para isso a Educação Física precisa assumir seu papel, na formação inicial do professor aproximando da área da saúde coletiva, o que permitiria o entendimento da relação de saúde da população e suas práticas corporais, além do papel social e de transformador da cultura corporal.

Nesta análise temos as defesas de que o trabalho da Educação Física no SUS se dá pelas práticas corporais, sendo necessário articular estes saberes/práticas com conceitos relacionados aos princípios do trabalho em saúde no SUS. Luz (2007), ao discutir as possibilidades de intervenção da Educação Física no SUS, defende que o caráter inovador e de inclusão de programas ousados de tratamento medicinais não ortodoxos como a homeopatia, acupuntura, fitoterapia, tai chi chuan, lian gong, massagens, entre outras terapias naturais, “[...] faz do SUS brasileiro um caráter revolucionário, talvez inédito no mundo” (p. 14). Segundo a autora é neste contexto institucional que se torna “possível e necessária” a inclusão de práticas corporais como parte integrante do sistema de saúde.

Sob o ponto de vista de Luz (2007), a presença das atividades corporais ligadas à Educação Física no sistema de saúde é ainda incipiente, pode ampliar na medida em que haja o entendimento de que os espaços físicos necessários “[...] não precisam confinar-se naquele reconhecidamente restrito das unidades de saúde” (p. 15). Para ela, outros espaços públicos alternativos devem ser considerados para a realização das práticas corporais e do papel proativo da Educação Física com essas práticas.

Neste aspecto, o artigo recentemente publicado por Freitas, Carvalho e Mendes (2013), com o título “Educação Física e Saúde: aproximações com a Clínica Ampliada”, debate este assunto. As autoras apresentam algumas reflexões acerca da Educação Física enfocando a formação profissional e o trabalho em saúde e defendem que as “políticas públicas”, tanto do ponto de vista da formação quanto da intervenção, tem “[...] importância fundamental nos modos de agir e de pensar a saúde no Brasil. E, no caso da Educação Física, as mudanças já são visíveis especialmente no que se refere às práticas corporais” (FREITAS; CARVALHO E MENDES, 2013, p. 643).

Freitas, Carvalho e Mendes (2013) apontam também, a partir da referência central do conceito e aporte metodológico da “Clínica Ampliada”, que estes são fundamentais para reorientar as ações com os usuários, profissionais específicos e o próprio serviço, numa relação mais horizontal, podem contribuir oferecendo subsídios no diálogo com outras profissões para qualificar o trabalho do cuidado em saúde.

O grande desafio e o problema a serem enfrentados pelo campo da Educação Física estão em retirar de seu discurso acadêmico, científico e de intervenção a visão hegemônica e reducionista de promoção da saúde, que, como vimos anteriormente, acaba por dificultar suas possibilidades de intervenção a partir de uma visão ampliada do processo saúde-doença. Desvencilhar-se, sem medo de perder legitimidade social, do discurso oficial de saúde disciplinar e biomédica que tem como base o conceito unidimensional de prevenção. Segundo

Gomes, Pich e Vaz (2006) o desafio estaria em não pautar as ações considerando que o indivíduo, por sua vontade, e a partir somente de seus recursos, deve incorporar o discurso dos meios de comunicação, as campanhas de divulgação, os hábitos de estilo de vida ativo, seguir os “conselhos” socialmente vinculados, ou seja, os sujeitos, ao buscarem a sua promoção da saúde ou aptidão física, em diferentes contextos as oportunidades, não são iguais para todos e não são isentos de contradições. “Esse processo não é isento de contradições, uma vez que os conselhos não são unívocos, nem mesmo as formas de apropriação são homogêneas” (GOMES; PICH; VAZ, 2006, p. 148).

Em caráter de síntese sobre o estado da arte da produção científica referente à temática Educação Física na Saúde Pública. Vimos que há um aumento crescente de publicações acadêmicas, as quais revelam situação muito complexa e diferenciada em diversas cidades e regiões do país. Em determinados lugares e espaços a inserção tem se dado de forma muito precária e aquém do considerado ideal tanto para os usuários, quanto para os próprios profissionais. Também podemos inferir que, no geral, a inserção do professor de Educação Física tem dado sinais de tímida ampliação da atuação formalizada através de concurso público, o que é um desafio e só será possível a partir da demonstração que este profissional tem a capacidade e as condições necessárias e legítimas para o desafio de (re)construção do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Observamos elementos de destaque abordados na produção, como o debate entre a importância do professor de Educação Física em relação às políticas de saúde; a representação social de gestores, profissionais e usuários sobre Educação Física; a questão da formação profissional; e a abordagem de experiências em unidades de saúde diversas.

É importante deixar claro que, mesmo com a ampliação da produção, existem conflitos e lutas/disputas de poder e espaço com concepções sociais distintas da Educação Física no campo da saúde, demarcados dialeticamente na formação e na produção científica.

Conquistar espaço na 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 de gestores, profissionais de saúde e usuários sobre a Educação Física.

4.3 A EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE PÚBLICA: SENTIDOS DOS DOCUMENTOS DAS INSTITUIÇÕES, SISTEMAS E MOVIMENTOS

Como vimos no item acima, a legitimação da Educação Física no campo da Saúde Pública é influenciada pela produção científica. Ao mesmo tempo, se olharmos sob o ponto de vista do campo da Sociologia das Profissões, seria também, reforçada por uma série de Leis, Resoluções, Projetos e Programas, Movimentos, entre outros. Estas possuem caráter institucional e estatal. Por este motivo, com a influência do campo profissional, geralmente, são criadas para dar mais visibilidade, provocar aceitação social e regular as atividades jurisdicionais da profissão.

No processo de legitimação da Educação Física na Saúde Pública as instituições incorporam diferentes formas de ver “conhecimentos, disciplinas e campo se tornam suficientes diferenciados e organizados a ponto de se transformarem em instituições distintas e influentes” (FREIDSON, 1996, p. 1-2). Exercem poder no próprio campo e fora dele. Mobilizam recursos econômicos, políticos e sociais para sustentar seus empreendimentos. E ainda, transforma tudo isso em “capital cultural” (BOURDIEU, 1983).

Assim, procuramos trazer um olhar da busca pela legitimação a partir das Leis, Resoluções, projetos e programas, das instituições, dos movimentos e “sistemas de autoridades” que envolvem a área da Educação Física e na Saúde Pública. Programas e projetos voltados para as práticas corporais/atividades físicas e saúde são destacados.

Nesta parte, analisamos os sentidos presentes nos discursos das instituições que relacionam a EF com o campo da Saúde Pública brasileira, a partir dos documentos legais da Política Nacional de Saúde e dos documentos de instituições ligadas a este campo profissional. Na tentativa de articular esses elementos, também buscamos dialogar com textos e artigos críticos sobre estas temáticas, identificando como se estruturam os discursos. Para tanto, fizemos análise de conteúdo de 14 documentos.

Para definir os documentos que compuseram o corpo de análises, fizemos uma busca no Portal do Ministério da Saúde (MS), nos arquivos institucionais do Conselho Federal de Educação Física (CONFEF), nos informativos da Frente Parlamentar da atividade Física para o Desenvolvimento Humano (FPDAF) e em documentos da Associação Brasileira de Ensino em Educação Física para a Saúde (ABENEFS). Identificamos documentos que, de alguma forma, buscaram influenciar no processo de legitimação desta profissão na Saúde Pública.

No primeiro conjunto, selecionamos oito documentos disponíveis no portal do Ministério da Saúde. São eles: “A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis - DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro: situação e desafios atuais da Organização Pan-americana da saúde (2005a)”; “Política Nacional de

Promoção da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde e Secretaria de Atenção à saúde (2006)”; “Cadernos da Atenção Básica, Diretrizes do NASF, Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Atenção Básica (2009)”; “Portaria nº719 que institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde (2011)”; “Plano de ações estratégicas e investimentos para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil (2011-2022)”; “Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de análise da situação de saúde - “Avaliação de efetividade de programas de atividade física no Brasil Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de análise de situação de saúde (2011)”; “Secretaria de Vigilância em Saúde: Agenda estratégica 2011-2015 Secretaria de Vigilância em Saúde – Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento (2011)”; “Lei Nº 12.864 alterou o *caput* do art. 3º da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, em 24 de setembro de 2013 (BRASIL, 2013)”

No segundo conjunto, selecionamos seis documentos disponíveis nos portais de instituições ligadas ao campo da Educação Física, quais sejam: “Carta Brasileira de Educação Física (Carta do CONFEF)” (2001); “Carta de Porto Alegre”, Seminário de Educação Física e Saúde Coletiva: a inserção no SUS, realizado na PUC do Rio Grande do Sul, entre 23 e 24 de junho de (2006)”; “Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde” (SILVA, 2010) (CONFEF)”; “Resoluções sobre especialização em Saúde Pública - 229, 230 e 231 – (CONFEF, 2012); “Artigo publicado no informativo Turismo & Esporte, da Comissão de Turismo e Desporto da Câmara dos Deputados, em 12/07/11 (FPDAF, 2012)”; “Revista da Educação Física. n. 10 (CONFEF, 2012)”.

Inicialmente, tratamos dos sentidos da Educação Física nos documentos do Ministério da Saúde. Na segunda parte abordamos estes mesmos elementos nos documentos produzidos pelos “agentes” dos movimentos e instituições, nos discursos revestidos do corporativismo classista profissional e; ao final propomos reflexões críticas sobre os documentos analisados, a partir das teorias que sustentam esta tese.

4.3.1 A Educação Física nos documentos da Política Nacional de Saúde

As relações entre a Educação Física e a Saúde não são recentes. Suas aproximações com o campo da Saúde Pública datam da década de 80. São referências nestas discussões a professora Carmem Lúcia Soares e o professor Lino Castellani. A primeira discutiu as questões do corpo na relação com a história da Educação Física sob a influência dos

movimentos ginásticos europeus.. O segundo voltou-se mais para as questões da história e das Políticas Públicas do campo da EF. Ambos denunciaram o movimento do desenvolvimento da EF no Brasil ser fortemente marcado pelo militarismo, eugenismo e pelo viés médico higienista.

Já a década de 90 pode ser considerada importante para a busca de afirmação e legitimação da EF em suas relações com o Sistema Único de Saúde. Isto porque, neste período, intensificaram-se mobilizações, debates, eventos e discussões gerais sobre o tema.

Contudo, cabe destacar que, nos documentos oficiais, esta busca pela legitimação historicamente tem apoiado nos termos práticas corporais e atividade física. Aparecem nos documentos separados com uma barra. Representam o entendimento da necessidade da Educação Física na intervenção com os usuários do SUS, mas a produção científica do campo da EF tem demonstrado suas diferenças estruturantes e estruturadas de acordo com a matriz filosófica ou teórica metodológica que os sustentam. Atividade Física reporta-se mais a dimensão orgânica da vida. Já o termo Práticas Corporais volta-se mais para as dimensões socioculturais, humanistas e filosóficas da vida. Ocorre que aqueles são tratados no senso no campo da EF, muitas vezes, como sinônimos. Defendemos serem termos complexos e diferentes, como outros autores da EF também reforçam.

Com vistas a fundamentar nossas reflexões posteriores, trouxemos alguns dos conceitos desenvolvidos, historicamente, por intelectuais preocupados com o campo da Saúde e da Educação Física brasileira. Buscam com suas iniciativas construir e demarcar conhecimentos, discursos, ações, interações e comunicações, fundamentadoras do trabalho da EF no diferentes campos de atuação profissional.

O conjunto de autores clássicos mais citados para a definição da atividade física foi e ainda é Caspersen et al. (1985). Para os autores, esta seria qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que envolveria um gasto energético acima dos níveis de repouso. Este conceito traz a marca da vertente biofisiológica e, portanto, uma visão estritamente orgânica do que envolve o movimento humano.

Superando o reducionismo da visão biológica/médica, Faria Junior (1999) apresenta um conceito sociológico para atividade física mas que não tomou grandes proporções. Talvez isto pose ser explicado pela forte tendência do campo da EF em “olhar” a relação do movimento humano sob a dimensão orgânica, medicalizante e biofisiológica. O autor a define como uma:

[...] qualidade substancial do ser humano que apresenta um teor que ultrapassa o que o biológico e o funcional comumente lhe conferem. A atividade física é fonte de conhecimento e comunicação, de sentimentos e emoções, de prazer estético, de promoção

de saúde e fator de desenvolvimento filogenético e ontológico (FARIA JUNIOR, 1999, p. 101).

Esse conceito, ainda na década de 90, enfatiza e amplia o olhar para esse fenômeno ao associar o movimento não apenas à dimensão orgânica da vida. Inclui aspectos importantes associados ao ser humano em movimento como a diversidade cultural, a concepção do mundo, as tradições pedagógicas, os fatores ambientais e o prazer. Para ele a atividade física, além dos aspectos biológicos e médicos seria, igualmente, fonte de conhecimento, comunicação, sentimentos, emoções e outros fatores subjetivos que englobam o ser humano.

O termo “práticas corporais” aparece no sentido de ampliar e complexificar mais ainda as relações do movimento humano com a saúde. Lazzarotti filho *et al.* (2010), por exemplo, em uma pesquisa bibliográfica, analisaram os sentidos do termo “práticas corporais” utilizados em produções científicas do campo da EF. Indicaram que o termo aparece pela primeira vez em 1995. Também apresentaram que somente 14% das pesquisas, com este termo, foram publicados entre 1990 e 1999 e 86% entre os anos 2000 e 2008. Mostrando que o termo está adquirindo maior relevância acadêmica recentemente.

Apontam que o termo práticas corporais está sendo utilizado ou “operado” com sentidos e significados diferentes nas pesquisas acadêmicas e em documentos legais do Ministério da Saúde brasileiro. Para eles os sentidos variam de acordo com os referenciais de seus elaboradores, mas guardam uma relação mais próxima dos estudos na área das ciências humanas e sociais (LAZZAROTTI FILHO *et al.*, (2010). Por outro lado, encontraram o maior uso do termo Atividade Física quando os estudos são mais voltados para os aspectos biofisiológicos e orgânicos relacionados ao movimento humano.

Consideramos importante a discussão realizada pelos autores deste estudo quando apontam que o termo Práticas Corporais é tratado no campo da EF com formas e sentidos diferentes ou contraditórios. Destacamos dois trechos que, a nosso ver, demarcam estes sentidos.

De maneira geral, nota-se que o termo “práticas corporais” vem aparecendo na maioria dos textos como uma expressão que indica diferentes formas de atividade corporal ou de manifestações culturais, tais como: atividades motoras, de lazer, ginástica, esporte, artes, recreação, exercícios, dietas, cirurgias cosméticas, dança, jogos, lutas, capoeira e circo (LAZZAROTTI FILHO *et al.*, (2010, p. 24).

Estes movimentos ou atividades vão desde as mais tradicionais (práticas adestradoras; precisas e sistematizadas de marcante caráter racional e higiênico; competitivas; práticas corporais mais remotas), até as resignificadas, indicando ou não uma relação com a Educação Física (práticas corporais diárias; cotidianas; humanas; na maternidade; de diferentes culturas e ocidentais e orientais) (LAZZAROTTI FILHO *et al.*, 2010, p. 24).

Alertam que mesmo sendo a EF considerada oficialmente como da “Grande Área da Saúde-CAPEs”, produz conhecimentos relacionados às Ciências Humanas e Sociais. Se referindo aos desdobramentos da EF “ser” ou “estar” na área da Saúde na CAPEs afirmam que:

Este encaminhamento oficial tem grandes consequências para o campo, pois no interior das ciências da saúde há uma larga hegemonia da lógica das ciências biológicas. Sua forma de produzir conhecimento acaba desconsiderando e, de certa forma, criando obstáculos à relação estreita que este campo estabelece com as ciências humanas e sociais, em especial, com a educação (LAZZAROTTI FILHO et al., 2010, p. 15).

Visando dar continuidade à discussão do conceito de práticas corporais trazemos a visão da professora Ana Márcia Silva (2009). Para ela Práticas Corporais seriam:

[...] fenômenos que se mostram, prioritariamente, em âmbito corporal e que se constituem como manifestações culturais. Essas manifestações são compostas por técnicas corporais e é uma forma de linguagem, como expressão corporal. Constituem o acervo daquilo que vem sendo chamado de Cultura Corporal, Cultura de Movimento ou Cultura Corporal de Movimento. Essas manifestações que se expressam corporalmente são constituintes da corporalidade humana e algumas delas podem e vêm sendo tematizadas como conteúdos da disciplina curricular obrigatória Educação Física, assim como vêm se constituindo como objetos de pesquisa pelo campo acadêmico da Educação Física e das Ciências do Esporte (SILVA, 2009, p. 20).

As práticas corporais foram também conceituadas nos Cadernos de Atenção Básica, especialmente nas diretrizes do NASF:

As Práticas Corporais (PC) são práticas que estimulam a interação mente-corpo, proporcionam aos participantes maior consciência da sua integralidade enquanto ser humano, levando à melhoria da qualidade de saúde e de vida, atuando na promoção à saúde, prevenção e auxílio no tratamento de doenças e contribuindo também para a humanização dos serviços de saúde. Há inúmeras práticas dentro da MTC, mas as mais conhecidas e atualmente praticadas no SUS são: automassagem ou do-in, lian gong e tai chi chuan. Como práticas de promoção à saúde que conferem maior autonomia ao sujeito, constituem um importante canal de fortalecimento e valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, acompanhantes, profissionais de saúde e gestores (BRASIL, 2009a, p. 134).

No Glossário temático de promoção da saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde, define práticas corporais e complementa com duas notas. Nele práticas corporais são:

Expressões individuais ou coletivas do movimento corporal, advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica, construídas de modo sistemático (na escola) ou não sistemático (tempo livre/lazer). Notas: i) Manifestações da cultura corporal de determinado grupo que carregam significados que as pessoas lhe atribuem, e devem contemplar as vivências lúdicas e de organização cultural.

ii) Existem várias formas de práticas corporais: recreativas, esportivas, culturais e cotidianas (BRASIL, 2012, p. 28).

Após esta breve conceituação, entramos especificamente nas análises dos documentos oficiais do Estado brasileiro. Encontramos uma das primeiras referências à profissão Educação Física, relacionada ao SUS, datada de 1997. A Resolução nº 218 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) reconheceu os Profissionais de Educação Física como sendo uma categoria imprescindível no âmbito da saúde. No ano seguinte a Resolução nº 287 de 8 de Outubro de 1998 (BRASIL, 1998) foi publicada e relacionou a Educação Física como profissão para fins de atuação no CNS (órgão de planejamento e discussão de propostas). Cabe destacar que, este conselho tem caráter participativo e definidor de possíveis caminhos de Políticas Públicas no campo da Saúde.

A Resolução nº 287 considera como “imprescindível” a participação desta categoria profissional no campo da saúde. Isto significa dizer que, do ponto de vista sociológico, a EF com seu corpo de conhecimento, discursos e fazeres são reconhecidamente colaboradores no processo de busca por avanços na consolidação do SUS e suas políticas, fundamentadas na concepção ampliada de saúde, no trabalho coletivo, nas ações interdisciplinares e no princípio da integralidade da atenção à saúde.

Contudo, o fato de incluir esta profissão na composição do Conselho Nacional de Saúde, por si só, não garante o processo de inserção da mesma nos campos de atuação. Por este motivo, como desdobramentos desta inclusão, são estruturadas, nos documentos oficiais das Políticas de Saúde brasileiras ideias que sustentam a inclusão dos termos práticas corporais/atividades físicas, como expertises do campo da profissão Educação Física. A seguir analisamos os sentidos destes constructos implícitos nos documentos legais.

O documento intitulado “A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis - DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro: situação e desafios atuais da Organização Pan-americana da saúde (2005a)” considera a profissão Educação Física na Saúde Pública ao relacionar a atividade física como fator de prevenção às doenças crônico-degenerativas.

O Referido documento apresenta dados referentes às inatividades física dos brasileiros moradores nas capitais. Também demonstra as dificuldades que o Brasil tem em superar as doenças crônicas diabetes e obesidade. Coloca como imprescindível às estratégias de ampliação da participação da população em programas de atividades físicas. Além disso, lança o programa “Pratique Saúde” como estratégia global de combate aos problemas levantados. Nele o carro chefe seria a promoção da saúde voltada para:

[...] enfrentar as desigualdades de acesso aos modos de viver e aos ambientes favoráveis à saúde através da construção de graus crescentes da autonomia dos indivíduos, famílias e coletividades no auto-cuidado, no cuidado com os ambientes e na produção da saúde” (BRASIL, 2005, p. 47).

O documento iniciou as discussões em defesa da criação de condições para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde relacionadas aos modos de viver, a prática de atividades físicas e de lazer, o acesso à alimentação saudável, entre outras coisas. Sempre visando à melhoria da qualidade de vida da população brasileira (BRASIL, 2005).

Em suas metas de gestão do sistema de vigilância, propõe o “Projeto Alimentação Saudável nas Escolas”. Sua finalidade seria “estimular ações intrasetoriais e intersetoriais, envolvendo as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação na abordagem das práticas da alimentação saudável e de atividades físicas no ambiente escolar (BRASIL, 2005, p. 73)”.

Por último, destacamos que o documento inclui em suas metas a divulgação em campanhas nacionais da necessidade das atividades físicas a serem realizadas em “Núcleos de Atividades Físicas”. Também incluem a necessidade da avaliação das iniciativas já realizadas em alguns municípios brasileiros. Destacam, do mesmo modo, que o foco deve recair no trabalho com a diversidade de práticas corporais e culturais e, na “valorização de outras formas de atividades físicas existentes nas comunidades” (BRASIL, 2005).

Já no ano de 2006 surge, então, a “Política Nacional de Promoção da Saúde” Brasil (2006). Nesta, as atividades físicas foram inseridas em suas macroprioridades. O aludido documento foi construído com a finalidade de defender o “Pacto em Defesa da Vida e da melhoria da qualidade e do acesso aos serviços desenvolvidos pelo SUS”, a partir do fortalecimento da ESF:

Entre as macroprioridades do Pacto em Defesa da Vida, possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da Saúde da Família; a promoção, **informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física**, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento (BRASIL, 2006a, p. 07).

Podemos perceber que esta política (documento) traz a atividade física como eixo importante na promoção, informação e educação em saúde. Ao mesmo tempo, em outras partes, traz o termo “atividades físicas” separadas por um traço ou barra junto com ao termo “as práticas corporais”.

Estes são termos diferentes utilizados no campo da Educação Física. Desta forma, são termos que demarcam desdobramentos diferentes também na produção científica, na atuação profissional e na organização de grupos de intelectuais que, de uma forma geral, disputam e lutam historicamente por poder dentro do próprio campo da Educação Física brasileira. Estes diferentes grupos, em sua essência, assumem formas diversas de reconhecer determinados conhecimentos, discursos e fazeres da Educação Física como base para a atuação da Educação Física em diferentes espaços sociais.

A PNPS demonstra que o profissional de Educação Física, em conjunto com os outros profissionais que compõe o NASF, procurem fazer com que as ações de atividades físicas/práticas corporais busquem a adesão/inclusão de toda a comunidade.

Esta avança no sentido da promoção da saúde, quando propõe que as ações da Educação Física não se limitem ao acesso apenas às populações já adoecidas ou mais vulneráveis (Brasil, 2006a). Percebe-se que a política que inclui a Educação Física no SUS procura ampliar o olhar da relação Educação Física e Saúde. Em certa medida, procura ir além da dimensão orgânica da vida. Assim procura “gerar” ou “provocar” os profissionais da EF para procurem estruturar novas formas de atuação. Considerar, portanto, para além da dimensão individual e personalizada (comum na atuação atualmente) também a dimensão das atividades corporais coletivas e comunitárias.

Martinez (2014) também identificou nos documentos da PNS “disputas e tensões”, sobretudo no que se refere ao trabalho dos PEF na Saúde Pública. Estas seriam fundamentadas em duas perspectivas, a primeira centrada “hegemonicamente no combate às doenças não transmissíveis (DANTs) e no paradigma dos fatores de risco a partir de (re)leituras preventivista”. A segunda centrada numa perspectiva “mais crítica de saúde” e, “compreendida como produção social, em especial, com a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde em 2006 e das Diretrizes do NASF em 2009” (MARTINEZ, 2014, p. 250).

Concordamos que há a ampliação do enfoque quando as estratégias de implementação da PNPS trazem como eixo importante as atividades físicas a serem realizadas na escola. Considera imprescindível, pelos diferentes entes federais, estaduais e municipais, a “identificação e apoio a iniciativas referentes às Escolas Promotoras da Saúde com foco em ações de alimentação saudável; práticas corporais/atividades físicas e ambiente livre de tabaco” (BRASIL, 2006a, p. 22). Por outro lado, consideramos haver limites no tipo do conhecimento, discursos e saberes propostos para as estratégias de implementação da política na escola.

Nas estratégias de implementação das práticas corporais/atividades físicas encontra-se a promoção das práticas relacionadas aos esportes, caminhadas, práticas lúdicas e de lazer. Indica as seguintes estratégias complexas:

[...] mapear e apoiar as ações de práticas corporais/atividade física existentes nos serviços de atenção à saúde inserir naqueles em que 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 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 "Pratiqué Saúde no SUS" (área física adequada e equipamentos, equipe capacitada, articulação com a rede de atenção); e 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, 2006a, p. 34)

As dificuldades de implementação dos desafios colocados na PNPS não são poucas. A inclusão das práticas corporais/atividades físicas nas comunidades não são diferentes. Apesar de haver movimentos de reestruturação da Atenção à Saúde, nas diversas unidades básicas, com vistas a princípios e diretrizes do SUS, estas não tem sido priorizadas pelos gestores dos entes públicos Municipais, Estaduais e Federais. Como afirma Paim (2008), aconteceram avanços na reformulação dos Sistema de Saúde Brasileiro, sobretudo pela implementação, a partir da luta de intelectuais e de entidades como a ABRASCO, CEBES, entre outros. Contudo alerta que o Estado brasileiro ainda é muito descomprometido com as necessidades do povo.

Mesmo com uma sociedade tão desigual como a brasileira e não obstante um Estado tão descomprometido com o povo, foi possível implantar um sistema universal, calcado no princípio da saúde como direito social vinculado à cidadania, descentralizado e participativo. Todos que acompanharam a concepção, nascimento e implementação desse sistema de serviços de saúde, buscando formas de contornar adversidades e obstáculos nesse período, orgulham-se em enumerar as suas conquistas (PAIM, 2008, p. 67).

As avaliações dos processos de implementação do SUS e, especificamente, a PNPS constitui-se um desafio enorme. Soma-se a isso o desenvolvimento de propostas intersetoriais e inclusivas e a sustentabilidade e continuidade das mesmas. Desta forma o Ministério da Saúde propõe ainda, como metas a articulação destas ações, a necessidade de outras iniciativas relacionadas ao

[...] aconselhamento/divulgação e de intersetorialidade e mobilização de parceiros gestores do SUS e de outros setores na consolidação de ações voltadas para estilos de vida saudáveis com recursos existentes mobilizando, a troca de experiências entre os municípios” (BRASIL, 2006a, p. 35).

Outra informação importante a ser considerada nesta discussão seria a magnitude dos recursos gastos com a PNPS pelo Ministério da Saúde. Segundo Cruz e Malta (2014) entre os anos de 2006 a 2011, ao final dos repasses, foram investidos nos municípios mais de R\$ 170 milhões para implementação das ações, contemplando os 27 estados e 1.465 municípios de todas as regiões do País. Demonstraram também que, em sua maioria, os municípios possuíam o eixo das Práticas Corporais/Atividade Física (74,8%) como estratégia de implementação da PNPS, em atividades específicos ou combinadas com outros eixos da Política.

Os dados apresentados apesar de trazer uma avaliação positiva da PNPS podem não corresponder a uma ampliação da distribuição dos recursos ao municípios brasileiros. Sabemos que existem mais de 5600 municípios e, assim, ficaram de fora cerca de 4135 municípios. Isto significa que a maioria deles não recebeu recursos do governo federal para aplicar na dimensão pública da profissão EF.

Outro importante documento da PNS que faz alusão ao campo da Educação Física trata-se da Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008 (BRASIL, 2008a). Esta foi editada pelo Ministério de Saúde do Brasil com o objetivo de criar o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e ampliar as ações da Estratégia Saúde da Família, por meio da inserção de outros profissionais de saúde.

A portaria 154 avança, explicitamente, para além do trabalho com as atividades físicas. Amplia as formas de atuação da Educação Física no SUS em três aspectos fundamentais. Primeiro por considerar as atividades providas de expressões e significados diferenciados para os usuários e profissionais do SUS. Segundo por privilegiar o coletivo em detrimento do individual na estruturação das ações na unidade de saúde ou na comunidade. Terceiro por apontar a experiência anterior do sujeito como fundamental no processo de movimentar-se.

Outro avanço seria a inclusão de práticas holísticas que até pouco tempo não eram pensadas como possibilidades para compor projetos terapêuticos de intervenção. Vejamos os avanços incorporados pela Portaria 154, em seus anexos, dentro do conceito de práticas corporais:

[...] expressões individuais e coletivas do movimento corporal advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica. São

possibilidades de organização, escolhas nos modos de relacionar-se com o corpo e de movimentar-se, que sejam compreendidas como benéficas à saúde de sujeitos e coletividades, incluindo as práticas de caminhadas e orientação para a realização de exercícios, e as práticas lúdicas, esportivas e terapêuticas, como: a capoeira, as danças, o Tai Chi Chuan, o Lien Chi, o Lian Gong, o Tui-ná, a Shantala, o Do-in, o Shiatsu, a Yoga, entre outras (Brasil, 2008a, p. 5).

Este documento possui uma contradição ligada a seus princípios e conceitos ao misturarem os termos atividades físicas e práticas corporais. Ao Incluir o profissional de Educação Física, o documento contempla atividades numa perspectiva biofisiológica. A intenção seria propiciar aos usuários do SUS melhoria da qualidade de vida da população e a redução dos agravos e dos danos decorrentes das doenças crônicas não-transmissíveis. Também fundamentam que a EF poderia favorecer a redução do consumo de medicamentos, a formação de redes de suporte social e que possibilitariam a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos (BRASIL, 2008a).

Esta visão, a nosso ver, estaria fundamentada numa perspectiva preventivista estruturada com o intuito de atender pessoas já adoecidas, principalmente com Doenças Crônicas Degenerativas como também apontou (CAVALLI, 2009). Portanto, não fundamentam-se a partir da premissa do direito social. Se assim fosse, preocupar-se-ia, portanto, não com as mudanças orgânicas que as atividades físicas proporcionariam aos usuários do SUS e sim com as mudanças na condição geral e ampla da saúde dos usuários. Tem diferença em focar a relação atividade física e sua relação com o combate às doenças ou focar a relação das práticas corporais com a potencialização e melhora da saúde.

Por outro lado, percebemos outra contradição no discurso desta Política. Ao focarem a atuação as diretrizes no NASF, a partir discussão referenciada no conceito de práticas corporais, a Portaria 154 aponta para novas possibilidades de vivências corporais que configuram também novas práticas expressivas corporais lúdicas e terapêuticas. Estas, em seu conjunto e de acordo com as diretrizes dos NASF, iriam muito além da prática racionalizada e repetitiva do exercício físico realizado pelo usuário com o objetivo específico de melhorar as condições motoras/orgânicas exclusivamente e o combate às doenças crônicas degenerativas.

Nesta nova perspectiva, ventilada na portaria que cria os NASF, há como essência, a participação de coletivos de pessoas nas práticas corporais. Propõe no conceito de práticas corporais, entre outras coisas que estas práticas “são possibilidades de organização, escolhas nos modos de relacionar-se com o corpo e de movimentar-se, que sejam compreendidas como benéficas à saúde de sujeitos e coletividades” (BRASIL, 2008, p. 5). O documento amplia as

possibilidades da intervenção da EF com as práticas corporais na vida da população, da comunidade e dos sujeitos em suas coletividades.

Referenciando esta discussão, o “Caderno de Atenção Básica” ao tratar das diretrizes do NASF traz um capítulo específico sobre as Práticas Corporais/Atividades Físicas. Além de conceituar este constructo, indica uma série de medidas interessantes para a implementação destas práticas corporais na comunidade, a partir da Estratégia da Saúde da Família. Nesta relação recomendam a necessidade da aproximação com a finalidade de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2009a).

A dedicação à criação de Políticas Públicas voltadas para este tema se deu, segundo o documento em análise, durante a efetivação da PNPS. O objetivo foi enfrentar as DCD, vista como uma das principais causas de morbimortalidade. Também apontadas por estudos e recomendações internacionais, dentre elas, o documento destaca a “Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde” (Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde em 2003) (BRASIL, 2009b).

O Caderno das diretrizes do NASF aponta que as Práticas Corporais/Atividades Físicas devem ser compreendidas como um direito social e fundados no cuidado, na integralidade e na transversalidade dos serviços de saúde. Também centra-se na defesa da produção de saúde a partir do entendimento dos que a saúde é determinada pelos condicionantes sociais da vida. Vejamos:

[...] na perspectiva da reflexão sobre as práticas de saúde em geral e também do fortalecimento do controle social, corresponsabilidade social, construção de redes de cuidado integral, integralidade e transversalidade das políticas de saúde e acesso aos serviços e tecnologias em saúde e direito ao lazer. Assim, no contexto do SUS, entendendo a produção da saúde como resultante dos determinantes e condicionantes sociais da vida, é que o eixo temático das PCAF, nos termos previstos na PNPS, se ressignifica, vislumbrando novas possibilidades de organização e de manifestação (BRASIL, 2009a, p. 142).

Outra perspectiva de avanço trazida para o campo da EF seria a necessidade dos profissionais desta área enfatizar a promoção da saúde na atuação, bem como compreender de forma abrangente “o contexto onde irá atuar profissionalmente e como ator social” construindo as Práticas Corporais/Atividades Físicas a partir de componentes “culturais, históricos, políticos, econômicos e sociais de determinada localidade, de forma articulada ao espaço-território onde se materializam as ações de saúde” (BRASIL, 2009a, p. 142-143).

Outra iniciativa do governo federal relacionada à Educação Física na Saúde Pública foi a criação do “Programa Academia da Saúde” - portaria nº 719, de 07 de abril de 2011

(BRASIL, 2011a). Este programa configura como parte das ações da agenda estratégica 2011-2015 da Secretaria de Vigilância em Saúde.

Sua finalidade seria reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio de ações de promoção e vigilância em saúde. As prioridades estratégicas e metas principais são: contribuir na tentativa de implementação da PNPS e fortalecer a PNPS a partir do estímulo à prática de atividade física e apoiar a implantação de 4000 Academias da Saúde até 2015, nos municípios brasileiros.

O programa Academia da Saúde tem como principal objetivo contribuir para a promoção da saúde da população a partir da “implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis” (BRASIL, 2011a). Vale destacar que, o mesmo deveria ser implantado pelas Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, com o apoio técnico das Secretarias Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde. Contudo, sabemos da pequena inserção do Profissional de Educação Física na Saúde Pública no Brasil, como vimos no capítulo anterior.

Em seu conjunto de princípios e finalidades destacam que a equipe do Programa Academia da Saúde precisaria atuar sob a coordenação da rede de Atenção Primária, em articulação com toda a rede de serviços de saúde, bem como com outros equipamentos sociais. Também com estreita consonância com os princípios, diretrizes e objetivos da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB).

O programa Academia da Saúde foi delineado a partir das avaliações da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS realizada nos principais programas de práticas corporais/atividades físicas desenvolvidos no Brasil.

Para isso, o Ministério da Saúde propôs o monitoramento e avaliação da efetividade da utilização das práticas corporais/atividades físicas no controle e na prevenção das DCNT. Foram avaliados os Programas Academia da Cidade (PAC) de Recife-PE, Aracaju-SE e Belo Horizonte-MG, Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) de Vitória-ES e Curitiba Ativa de Curitiba-PR (BRASIL, 2011c)

Um coletivo de autores foi convidado a avaliar os resultados e a efetividade dos Núcleos de praticas acima. Os dados da primeira fase foram publicados no artigo intitulado “Avaliação de programas de atividade física no Brasil: uma revisão de evidências em experiências selecionadas: Uma análise da situação de saúde e de evidências da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS” (KNUTH et al., (2011). Neste trabalho, os autores dizem ter utilizado diferentes metodologias de avaliação como: inquéritos telefônicos, metodologias

qualitativas e quantitativas, resgate histórico, modelo lógico, observação sistemática de atividades realizadas em espaços urbanos e estudo pré e pós intervenção. Encontraram como resultado principal o aumento no acesso a atividades físicas de lazer e a evidência de diferentes padrões de utilização dos espaços urbanos, tanto na escolha das modalidades quanto por diferenças sociodemográficas.

Discutiram ainda que:

[...] os modelos dos programas de Recife, Curitiba, Vitória, Aracaju e Belo Horizonte traçaram as linhas gerais de uma política que procura articular Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde dos estados e municípios, em uma perspectiva até então inédita na promoção de atividade física no SUS [...] (KNUTH et al., 2011, p. 349).

Em nossa análise, a forma de avaliação, mesmo considerando aspectos quantitativos e qualitativos, com acompanhamento de ações desenvolvidas nos programas, demonstra e reforça o sentido que está por detrás dos programas, ou seja, o combate ao sedentarismo a partir da aderência da vez maior dos indivíduos a um estilo de mais ativo e saudável. O fundamento está nos dados estatísticos que revelam o nível do sedentarismo e consequentemente a pouca aderência da população brasileira às atividades físicas e ao lazer. No documento os autores não apresentam resultados qualitativos da avaliação. Parece que esta metodologia não foi privilegiada nas análises dos programas ou não foram publicadas no conjunto dos resultados deste estudo.

Na reportagem do Jornal “Folha de São Paulo” do dia 29 de julho de 2012, no primeiro caderno, folha 03, o Ministro da Saúde à época Alexandre Padilha, referenda a tradição do campo da EF (fala-se muito em prevenção e promoção da saúde e estruturam-se as iniciativas na atividade física e na doença). Especialmente, quando afirma sobre o avanço da obesidade como doença e alerta para a avaliação, de muitos cientistas, de que o sedentarismo virou uma pandemia. Sua visão é um tanto quanto otimista ao fazer alusão ao Programa “Academia da Saúde” como política capaz de combater o sedentarismo.

Defende a instalação de mais de 4 mil polos de atividades físicas até 2014 em todo o Brasil. Alega estar em construção cerca de 1568 unidades com infra-estrutura, equipamentos e profissionais para a orientação nutricional e de práticas corporais/atividades físicas. Para o ex-ministro a implementação do programa:

[...] reforça nosso empenho em assegurar a melhoria da qualidade de vida da população, sobretudo a mais vulnerável, ao mesmo tempo em que evita mortes prematuras e reduz custos com medicamentos e internações. A disponibilidade de espaços públicos para exercícios eleva em até 30% a frequência de atividades físicas” (Jornal Folha de São Paulo, 2012, p. 3).

Contudo, há ideias contrárias às comumente divulgadas pelos Meios de Comunicação de massa. Palma e Vilaça (2010, p. 115), por exemplo, ao discutir o “sedentarismo da epidemiologia”, indicam que os resultados dos estudos epidemiológicos sobre o exercício e a atividade física não são confiáveis porque além de carregarem discursos moralizadores, “se pautam em medidas duvidosas e carregam, em seus achados, um caráter moralizador”. Para os autores ao utilizar critérios “classificadores” e “escalas” para os “indivíduos” podem estar “iludindo a si mesmos”, pois os achados sobre o sedentarismo nas sociedades permitiriam “questionar se existe uma epidemiologia do sedentarismo, por exemplo, ou se está em jogo um discurso alarmista, ideológico e moralista, que se coaduna com uma fartura de interesses corporativos e pessoais”.

Carvalho (2005) reforça esta ideia. Indica que a complexidade da Saúde dos sujeitos exigiria estudos, análises e intervenções não apenas baseados nas ciências biológicas e com a centralidade do olhar voltada para a doença. Para a autora, deveria estar voltado para a potencialização da vida, com um olhar para a saúde. Considerando que as pessoas somente terão níveis adequados de saúde se e somente se, o poder público e os profissionais da saúde, forem além do acesso a serviços médicos assistenciais e da prática da atividade física.

Para Carvalho (2005), esta questão, envolve o modelo de ciência, as políticas públicas e as ações da Saúde Pública na dimensão do coletivo e do social. E, incluímos a necessidade de as avaliações da efetividade dos programas governamentais voltados para a Educação Física e Saúde com outras matizes teórico metodológicas.

No “Plano de ações estratégicas e investimentos para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil” (2011-2022) o governo federal repete suas intenções ao incluir, como um de seus eixos de ação da busca pela promoção da saúde, os programas Academia da Saúde, Saúde na Escola, além da criação de Praças do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Destaque especial é dado à necessidade do incentivo aos idosos para a prática da atividade física regular no programa Academia da Saúde (BRASIL, 2011b, p. 18)

Como novidade, propõe a reformulação de espaços urbanos como a criação do Programa Nacional de Calçadas Saudáveis acompanhadas da construção e reativação de ciclovias, parques, praças e pistas de caminhadas. Incrementa a proposta com o compromisso do desenvolvimento de “Campanhas de Comunicação” que incentivem “a prática de atividade física e hábitos saudáveis, articulando com grandes eventos, como a Copa do Mundo de Futebol (2014) e as Olimpíadas (2016)” (BRASIL, 2011b, p. 16).

O Plano de ações estratégicas (2011-2022), em análise, mais uma vez, referenda-se na situação dos fatores de risco e do avanço da inatividade física acompanhado do sedentarismo da população brasileira. Afirmam, com base em dados da Organização Mundial de Saúde de 2009, que há a estimativa de que 3,2 milhões de pessoas morrem a cada ano devido à inatividade física. Vejamos outros dados atualizados do plano:

Como nos outros países, no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis também se constituem como o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011b, p. 29).

Por último, nesta parte, chamamos a atenção para uma questão de poder e avanço do movimento ideológico da atividade física sob o enfoque estritamente biofisiológico. O correram alterações significativas na PNS em virtude do movimento de instituições do campo da EF.

Trata-se da última alteração na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990). A alteração se deu através da Lei Nº 12.864 que alterou o *caput* do art. 3º da lei anterior, em 24 de setembro de 2013, no Congresso Nacional. Houve a inclusão do termo “atividade física” como fator determinante e condicionante da saúde.

Sabemos que a Lei 8080/90 regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional e estabelece os princípios, as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS). A inclusão do tema traz para o SUS a responsabilidade de gerir ações de vigilância epidemiológica relacionadas aos exercícios físicos. Também traz à tona a possibilidade de haver financiamento para o setor, dentro das políticas públicas de saúde. O novo texto ficou assim constituído:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, **a atividade física**, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 2013). Grifos nossos.

Ficam evidentes os pontos de avanços, contradição e dificuldades no percurso do processo de busca pela legitimação da Educação Física na Saúde Pública, a partir das Leis, Portarias, Projetos e Programas governamentais. Estes retratam “projetos” em disputa no campo da Educação Física e, principalmente quanto às contradições entre a abordagem da atividade física e a abordagem centrada nas práticas corporais no Sistema Único de Saúde.

A primeira centrada na dimensão orgânica e no olhar utilitarista e biomédico das relações entre a profissão EF na Saúde, os quais se fundamentam no paradigma do estilo de vida ativo, nos critérios de economia de recursos e de gastos com medicamentos. Cultivando a individualidade e da responsabilização somente do sujeito pela aderência a programas privados ou públicos para combater o sedentarismo.

As práticas corporais trazendo uma perspectiva de ampliação do olhar sobre os discursos, conhecimentos e fazeres da Educação Física na Saúde Pública, com vistas a incluir as dimensões coletivas da vida, na potencialização da vivência e experimentação de atividades próprias da cultura corporal de movimento. Um olhar que considera a diversidade das práticas do jogo, das lutas, da ginástica, da dança, dos esportes, mas também da iniciativa de construir com os usuários práticas significativas ligadas a corporalidade humana, seja as práticas ocidentais ou mesmo as orientais.

A nosso ver, não se trata de uma simples discussão de terminologias em documentos de instituições institucionalizadas, mas sim uma complexa e necessária tarefa para os intelectuais/profissionais desta área, ou seja, a EF precisa assumir confrontos políticos não assumidos historicamente na luta de forças e disputas no campo. Somente a partir destes embates políticos esta profissão conseguiria avançar para propostas de intervenções na saúde pública transformadoras das condições ampliadas da saúde da população usuária dos serviços do SUS.

4.3.2 Educação Física nos documentos produzidos pelos movimentos e instituições

Diante destas análises, em resumo, podemos defender que o processo de busca por legitimação não se dá somente na dimensão da produção do conhecimento acadêmico ligado à atividade física e saúde e nos documentos legais do Ministério da Saúde também devem ser considerados documentos e movimentos das instituições ligadas ao processo de profissionalização do campo da Educação Física. Sobretudo, se entendermos como Freidson (1998) que, o percurso dos movimentos e dos modelos de “monopólio profissionais” ou de “processos de profissionalização”, no Brasil, seriam sempre mais dependentes do “clima político”, das inclinações da opinião pública e da correlação de forças entre as partes envolvidas.

Ao analisar os documentos destes movimentos que buscam a legitimação da EF no campo da Saúde Pública, identificamos a Carta Brasileira da Educação Física ou mais conhecida como “Carta do CONFEF” (CONFEF, 2000). Esta aponta discussões voltadas,

dentre outros pontos, para a inserção da atividade física na Saúde Pública. Sugere, entre outras coisas que: O Governo Federal, os Governos Estaduais e Municipais precisam, o mais urgente possível, compreender o valor de uma Educação Física de qualidade para a população brasileira. Assinala, além disso, ser possível esta empreitada com a aplicação de recursos em infraestrutura nos parques, praças, instalações a serem utilizadas, principalmente pela população que não possuem os meios socioeconômicos para a prática dessas atividades. Além de estratégias de intervenção como:

Inserção de uma política de valorização da Educação Física para os cidadãos brasileiros através de “*programas e campanhas efetivas de promoção das atividades físicas em todas as idades*”, de acordo com suas especificidades; Adaptações necessárias nas legislações vigentes, principalmente na área de educação, para que a infância e a juventude brasileira sejam beneficiadas com uma Educação Física desejável; **Valorização da atuação dos profissionais de Educação Física, abrindo concursos e oportunidades de trabalho para atuações em todos os espaços públicos**, além da promoção de programas de capacitação, que possam contribuir para uma melhoria da qualidade de vida nas populações sob suas responsabilidades; Compreensão da Educação Física como um meio de promoção da saúde e, em decorrência, propiciar ações favoráveis nos campos legal, fiscal e administrativo (CONFEEF, 2000. s/p). Grifos nossos.

Se pensarmos nas estratégias propostas acima (programas e campanhas) avaliamos terem muito os segundos que os primeiros. Gomes, Pich e Vaz, (2006) corroboram com nossas afirmações. Dizem que isso acontece por uma série de motivos, mas, especialmente, porque há uma disseminação, continuidade e reforço nos critérios de produção e do discurso oficial da biomedicina e o da aptidão física para a promoção da saúde. Estes focados exclusivamente no exercício físico contribuir na dimensão motora e física da saúde.

Esta perspectiva reducionista, na visão dos autores, encontra apoio em entidades internacionais ligadas ao campo da saúde e da atividade física e esportes. Dentre elas podemos destacar o Colégio Americano de Medicina do Esporte, a Organização Mundial de Saúde, a Organização Pan-Americana de Saúde, entre outros nacionais como o Centro de Estudos e Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS).

Nos últimos anos foi possível observar a crescente realização de campanhas maciças no sentido de trazer à tona a necessidade da prática da atividade física como melhoria da qualidade de vida e diminuição do sedentarismo. Mas, um dos grandes dilemas do campo da promoção da saúde, via atividade física, estaria na questão de que

[...] cada vez mais aumenta a concordância geral acerca da importância de uma vida fisicamente ativa para a manutenção da saúde, mas ao mesmo tempo parece que a prática física promovida vem perdendo a

‘graça’ e deixando de ser um elemento de agregação social (FRAGA, 2006, p. 105).

Fraga (2006) problematiza que os programas de promoção do estilo de vida ativo, tais como o “Agita São Paulo”, “Agita Mundo”, Dia D da Atividade Física estão fundados no princípio da disseminação da importância da prática e do incremento dos níveis de aderência da população ao exercício.

Mas, o autor alega que “sutilmente” estes princípios ficaram voltados mais para a “habilidade persuadir de convencer os sujeitos” a aderirem a um estilo de vida ativo do que em criar formas de criação e manutenção de Políticas Públicas visando a “organização, condução e manutenção de espaços concretos destinados à exercitação física” (FRAGA, 2006, p. 115).

Por estas problematizações acima, consideramos que é necessário ter prudência na análise o discurso da Carta do CONFEF. Isto porque para serem realizadas em praças públicas, as atividades físicas/práticas corporais, demandariam, além da consolidação das PP nesta área, recursos públicos vultosos que não estão disponíveis para a democratização das práticas para toda a população, especialmente a classe trabalhadora de baixa renda.

Destacamos também que, apesar das “boas” intenções, o discurso desta “carta” está pautado na visão reducionista biologizante da relação atividade física, do esporte e do lazer. Ao defender a ideia de que com a orientação dos profissionais reconhecidos na forma da Lei de criação do CONFEF, estaria assegurada a qualidade das intervenções e os preceitos da mudança de hábitos e estilos de vida estão garantidos pelos novos profissionais.

Sofiste (2007) também analisou a “Carta Brasileira da Educação Física” (Carta do CONFEF). Em suas conclusões considera que a mesma tem a intenção de expor um discurso que visa “tornar reconhecida uma ‘nova’ concepção de Educação Física”, agora profissionalizada e integrada a área da saúde. A autora tece críticas a esse discurso que procura a partir de um “novo momento no campo da Educação Física”, o campo assume uma estratégia de legitimar a profissão instaurando “reconhecimentos” e propondo “esquecimentos” (SOFISTE, 2007, p. 72-73).

A nosso ver, a “carta” seria mais um discurso que tenta de se auto credenciar e criar um corporativismo da profissão através das garantias da qualidade éticas das ações da Educação Física do que apontar para as possibilidades de análises mais profundas sobre a aderência da população às práticas físicas. Ou seja, considerar os valores culturais, desejos subjetivos individuais e, sobretudo, as condições sociais dos sujeitos e grupos coletivos.

Além do mais, a “Carta do CONFEF”, em certa medida, discrimina a dimensão do lazer ligada ao esporte e às atividades corporais. Deliberadamente, supõe que estas atividades, quando realizadas em forma de potencializar o lazer das pessoas, teriam “agora” poucos efeitos na saúde dos sujeitos praticantes, por não acompanhar a suposta “evolução” da profissão. Avaliamos como um preconceito explícito desta instituição em detrimento da visão científica naturalizante, biomédica, motora e prescritiva, preconizada na carta.

Em outro ângulo, defendendo uma abordagem ampliada de saúde, contrariamente a essa visão corporativista, racionalizada e credencialista, a “Carta de Porto Alegre” (2007) constituiu um documento histórico fundamental na busca pela legitimidade da Educação Física na Saúde Pública. Focada na formação intervenção da Educação Física a partir dos desafios da PNS do SUS e constituindo-se como produto do relatório final do “Seminário de Educação Física e Saúde Coletiva: a inserção no SUS”, realizado na PUC do Rio Grande do Sul, entre 23 e 24 de junho de 2006, entre outras coisas, recomendaram:

- que os profissionais e estudantes da Educação Física devem somar esforços para desenvolver participação qualificada nos conselhos de saúde e nas conferências de saúde;
- que os atores sociais 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 a comunidade acadêmica da Educação Física deve buscar mudanças curriculares através do estabelecimento de temas transversais [...] 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 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. (CARTA DE PORTO ALEGRE, 2007, p. 129)

A Carta de Porto Alegre traz três desafios para que a Educação Física busque sua legitimização na Saúde Pública brasileira, são eles: reestruturar-se do ponto de vista do conhecimento produzido historicamente; organizar-se institucionalmente de forma integrada e; reconstruir seu processo de formação. São desafios que demandam tempo, maturidade, vontade acadêmica e política, além de muitas lutas, disputas e consensos por princípios não hegemônicos entre os intelectuais da área.

Além disso, apontam para a participação da EF nos Conselhos de Saúde, nas conferências que definem as Políticas Públicas de saúde e na reestruturação das entidades ligadas à EF. Desafios no sentido de qualificar o debate sobre saúde, altamente influente no papel dos atores sociais do SUS.

Como ponto fundamental desta Carta de Porto Alegre está a crítica de que, a atuação dos profissionais da EF, não deve limitar-se à prescrição de exercícios físicos e sim considerar as demandas coletivas, a partir da escuta qualificada dos usuários e de sua cultura e lazer.

Como estamos apontando importante papel tem as “instituições” que congregam profissionais de Educação Física, especialmente quando relacionadas ao projeto profissional. O Conselho Federal de Educação Física (CONFEF), ao produzir revistas/reportagens, documentos, regulamentos, recomendações, entre outros, reforçam a luta nesta correlação de forças entre grupos divergentes de intelectuais que compõe este campo.

De tal modo, destacamos, além da Carta Brasileira da EF ou do CONFEF, três outras iniciativas do CONFEF que vão ao encontro da busca pela legitimação da à Saúde Pública brasileira. A publicação das Resoluções 229 (CONFEF, 2012a), 230 (CONFEF, 2012b), e 230 (CONFEF, 2012c) (dispõe sobre especialidade profissional em Educação Física na área de saúde da família, saúde mental e saúde coletiva respectivamente). A publicação do livro “Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde” (SILVA, 2010) e a “Carta brasileira de prevenção integrada na área da saúde” (2011).

As resoluções 229, 230 e 231 são claramente uma forma de criar especialidades para a área da Educação Física. Esta ação possibilita a efetivação de cursos de especialização Lato Sensu para qualificar a atuação dos PEF nos serviços do SUS, nas áreas de saúde coletiva, saúde mental e saúde da família.

O CONFEF faz referência à importância da formação profissional em nível de especialidade para o exercer suas funções específicas com “segurança”, “competência” e “responsabilidade ética”. O CONFEF defender que após a formação inicial na graduação, aqueles profissionais que têm a intenção de trabalhar ou já trabalham no SUS, procurem a formação continuada com a finalidade de estar apto a intervir nas demandas da Saúde Pública, integrando-se as equipes multiprofissionais.

Destacamos que o CONFEF estaria atribuindo à especialização algo que é próprio da graduação. Não temos a intenção de aprofundar na discussão de formação, contudo, entendemos ser importante salientar que, existem projetos de formação em disputa no campo da Educação Física. Estudar estes assuntos relativos à Saúde Pública na pós-graduação

significa não e não tratá-los de maneira mais detida na graduação é contraditório se considerarmos o que tem apontado os documentos legais das PNS, as Diretrizes Nacionais dos Cursos da Saúde e as Diretrizes Nacionais da Formação em Educação Física. Estas políticas têm potencializado reformas curriculares no sentido de ampliar a ênfase dos cursos de graduação da área da Saúde na Saúde Pública, além da criação de diversos programas governamentais com características de trabalho inter e multiprofissionais como o Pró e o Pet-saúde.

Entendemos que o CONFEF, com esta iniciativa ou mecanismo, assume dois possíveis desdobramentos fundamentais. No primeiro deles, observamos que o CONFEF tem a clara intenção de que a EF aproprie-se de vantagens materiais e simbólicas do mundo da especialização das profissões e, essa ação constitui como uma forma de produzir o “fechamento profissional” (FREIDSOM, 1996).

O intuito seria criar a especialização provocando o aumento de profissionais com credenciais educacionais - ou como chama Bourdieu capital cultural - e credenciais que, supostamente, garantiriam uma base de legitimação e pretensões de monopólios na prestação de serviços profissionais especializados, para o campo da Saúde Pública com o suporte do Estado.

No segundo desdobramento inferimos que, ao criar especialidades para a área da Educação Física, com a finalidade de qualificar com “segurança, competência e responsabilidade no desempenho de funções específicas e próprias do exercício profissional”, o conselho demonstra seu corporativismo e desconsidera o fato de já existirem estes cursos de especialização. Mas, são, sobretudo, centrados em garantir a participação de diferentes profissões da saúde, a partir do caráter multiprofissional e interdisciplinar e não disciplinar e corporativista como as resoluções do CONFEF induzem.

Outra iniciativa do CONFEF exemplifica a ideologia da padronização e rotinização de procedimentos e condutas, muito em moda no campo da Educação Física. Trata-se das “Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde (SILVA, 2010)”.

O documento tem a intenção de orientar condutas e procedimentos do profissional de Educação Física quanto à atenção à saúde no SUS. Especificamente em relação às doenças crônicas não transmissíveis. Seu objetivo é “situar, de modo abrangente, o exercício profissional da Educação Física nos vários níveis de atenção à saúde, estabelecendo um diálogo efetivo com o conjunto da categoria” (SILVA, 2010 p. 12).

No prefácio do referido livro, Anna Estela Haddad, Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde – DEGES/MS aponta que, as “Recomendações” chegaram na “hora certa”. Para ele elas podem incentivar o diálogo entre os profissionais. Considera, igualmente, que o contexto de desenvolvimento de políticas públicas de educação e saúde e o trabalho multiprofissional, demandar um grande desafio. E por isso, para ela seria necessário:

[...] estabelecer o campo de interface da atuação dos diversos profissionais e, ao mesmo tempo, resguardar o núcleo de saberes e de atuação de cada profissão, tendo por objetivo oferecer a atenção integral e resolutiva a saúde da população (Haddad, 2010, p.13)

O discurso de uma diretora do Ministério da Saúde em um documento do campo da Educação Física, demonstra, claramente, o poder e as articulações estratégicas que o CONFEF vem utilizando no sentido de legitimar-se também nas discussões da relação Educação Física e Saúde Pública, através da conquista de capital político em suas relações com o Ministério (BOURDIEU, 1989).

Este documento guarda os mesmos sentidos e valores que expressamos anteriormente. Reforça o discurso centrado no viés do combate aos fatores de risco gerador das “Doenças Crônico-Degenerativas” e do “Estilo de Vida Inativo”.

Assim, logo na apresentação das “Recomendações” o Presidente do CONFEF afirma que a comissão responsável pela elaboração, composta por docentes e pesquisadores e convidados pelo CONFEF, indicam que as recomendações devem estar sujeitas permanentemente às necessárias adequações a partir da realidade e das especificidades da situação que envolve a atuação individual ou multiprofissional.

Esta argumentação não eximiria a comissão de ter buscado, por exemplo, informações científicas produzidas e publicadas em mais de 16 teses e dissertações que, resguardadas suas especificidades, investigaram a relação da profissão Educação Física na Saúde Pública brasileira. Sem contar os inúmeros artigos publicados em periódicos. Citamos alguns exemplos: Palha (2001), Andrade (2001); Battaglion (2003); Freitas (2003); Coutinho (2005); Acosta (2005); Coqueiro, Nery e Cruz (2006); Ferdinando (2007); Rezende e Lima (2008); Anjos e Duarte (2009); Abib e Ferreira (2010); Oliveira et al. (2011); Rodrigues (2012); Silva (2012); Fraga, Carvalho e Gomes (2012); Martinez et al. (2013); Martinez (2014), entre outros.

Outra informação importante, nesta crítica, seria direcionada a iniciativa do Sistema CONFEF/CREFs em apresentar um texto para a “Carta brasileira de prevenção integrada na área da saúde” (2011). Nela responsabilizam-se, além de outras coisas, por contribuir no desenvolvimento da “Educação para a Saúde”. Predis põe a fazer comunicação/publicações “adequadas ao desenvolvimento de ações e programas e à busca de referências científicas para o suporte teórico dos Profissionais de Educação Física” (CONFEF, 2011, p. 22). Parece não levar a sério esta premissa ao publicar as Recomendações que, da forma que estamos analisando, não consideram as referências científicas que estão sendo produzidas pelo campo acadêmico/científico.

A Carta indica os “Eixos Temáticos” para os programas de Prevenção e Promoção da Saúde como a Qualidade de Vida, a Autonomia Pessoal, a Integração com o Meio-Ambiente, a Cultura da Paz e a Cultura Física. Também apresenta dois eixos para a atuação centrados na Interdisciplinaridade e Intersetorialidade: buscando o “compartilhamento”, “as interações” e as “interdependências” nas funções e papéis devem ser interligados nas áreas da Saúde e, portanto, nas ações desenvolvidas por diversas profissões” (CONFEF, 2011, p. 19).

Contraditoriamente aos princípios da intersetorialidade e da interdisciplinaridade (defendidas na Carta Brasileira de Prevenção Integrada na área da Saúde (2011)), as bases epistemológicas das “Recomendações” (SILVA, 2010) estão pautadas nas produções científicas hegemonicamente produzidas pelo campo da Educação Física, baseadas no paradigma dos fatores de risco, ou seja, com o viés estritamente centrado na orientação para o exercício físico e a atividade física como categorias que interferem na dimensão orgânica da saúde do usuário do SUS. O que avaliamos restringir as possibilidades de intervenção em uma perspectiva ampliada da saúde defendida desde o final da década de 80 no campo do SUS.

A Carta Brasileira de Prevenção Integrada na área da Saúde (CONFEF, 2011, p. 9-10), por exemplo, apoia-se em conceitos e princípios internacionais estruturantes e com mecanismos sociais, estratégias científicas coletivas que visam instaurar um suposto avanço universal da EF e da Atividade Física. Alguns definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), outros apoiados nas conferências internacionais com suas cartas, conclusões e agendas relacionadas à saúde, tais como as Cartas de Ottawa, Bogotá, Jacarta, agenda de Berlim (1999). Também referendados pelo planejamento relacionado ao esporte da Organização das Nações Unidas (ONU) realizado em 2002.

A carta apoia-se em valores e princípios de outros movimentos internacionais da Federação Internacional de Educação Física (FIEP), tais como: o “Manifesto mundial de 1970”; o “Manifesto mundial de 2000” e; a “Declaração de São Paulo para a Promoção da

Atividade Física no Mundo” – aprovada no Simpósio Internacional de Ciências do Esporte em 1999 (CELAFISCS) e a ONG Agita Mundo (CONFEEF, 2011, p. 9-10).

Entendemos que o CONFEEF defende e contribui para/com o movimento internacionalização do combate aos fatores de risco e, com ele, a disseminação da atividade física (vista como expertise da do campo da EF) enquanto necessidade mundial e, consequentemente, com seus efeitos no campo científico e de intervenção. Participa e produz, historicamente, o movimento de busca por dominação do campo. Bourdieu (2002, p. 154) chamaria de tentativa de “concentração monopolística das instâncias de publicação e de consagração”. Para o autor, “o campo internacional pode ser o lugar de fenômenos de dominação, e talvez mesmo de formas específicas de imperialismo”.

Este movimento divide o campo da Educação Física em dominados e dominantes. Para Bourdieu (2002, p. 154) esta divisão pode “abolir”, “enfraquecer” e afastar qualquer campo profissional e científico de um movimento necessário de “confrontação universal”, que seria condição de “avanço universal” para campo.

Penna (2006) faz críticas a essa visão epidemiológica do estilo de vida baseado nos fatores de risco. Aponta que esta visão tem sido utilizada como categoria etiológica explicativa das doenças crônico-degenerativas a partir de meados do século XX e permanecido atualmente como muito forte. Destaca haver, consequentemente, um distanciamento histórico entre a Epidemiologia e a Saúde Pública e, dessa forma, aumentou-se a “exacerbação da tecnificação” na saúde e a desconsideração das dimensões socioculturais influentes nas enfermidades populacionais. Indica por fim, que os diferentes campos profissionais da saúde deveriam se orientar, nas produções científicas e nos postulados sobre a produção das doenças, na perspectiva de que seus mecanismos seriam provocados por “múltiplas determinações” e causas, de ordem também “social e política” (PENNA, 2006).

Entendemos que, as Cartas do CONFEEF não consideraram o amplo debate nacional, sul-americano e internacional em torno do contexto do campo da saúde coletiva e da epidemiologia crítica. Estes defensores da determinação dos processos saúde-doença nas dimensões sociais, econômicas, culturais, políticas, entre outras. Influentes nas condições de vida da população. Em se tratando de um documento institucional, que pode influenciar muito na resolutividade da atuação da EF no campo da Saúde Pública, parece um tanto quanto restrito o olhar da Entidade profissional.

Igualmente, portanto, deveriam ser considerados (no processo de construção de um documento que tem a intenção de balizar o desenvolvimento de ações de uma profissão no SUS) os principais princípios propostos pela PNS do SUS e a realidade das necessidades e

contextos estruturais das cidades, da população e da diversidade dos grupos de usuários do sistema.

Além disso, reside aí uma contradição. Os documentos do CONFEF, até aqui analisados, levantam uma contradição. Ao aproximarem-se da discussão sobre o campo da Saúde Pública, balizam os saberes e a atuação sob o ponto de vista dos modismos do mercado e consideram, os vieses único e exclusivamente relacionados aos aspectos biofisiológicos e biodinâmicos do movimento associados à saúde humana. Dificultando, portanto, possibilidades de baseadas na saúde ampliada dos usuários do SUS na perspectiva da ampliação da atuação profissional.

Para explicar estas iniciativas, nos reportamos ao documento da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde confirma esta discussão. Nele o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, no ano de 2006, com base no que está estabelecido na Constituição Federal, em seu artigo 22, inciso XVI. Este artigo diz que a competência para legislar sobre a organização das profissões seria privativa à União, entretanto, “a regulação das profissões tem obedecido muito mais às regras impostas pelo mercado do que propriamente a ações efetivas do governo, não observando as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2006b, p. 5).

Entendemos que, prevalecem desta forma, os interesses corporativos e teórico-mercadológicos que influenciam diretamente em desdobramentos nas ações dos profissionais nas Unidades de Saúde do SUS, sob os saberes, fazeres, discursos centrados pelos paradigmas defendidos pelo CONFEF.

Cabe destacar também que, o presidente do CONFEF, na apresentação do documento, corrobora com nossa crítica e, contraria os conteúdos do próprio documento agora em análise. Seu discurso afirma que as recomendações estão fundamentadas na produção científica relacionadas às temáticas abordadas e nos documentos legais, e que, ainda assim, é necessário considerar:

[...] que a rápida evolução científica na área da saúde, possibilitada pelo avanço da ciência e pelo desenvolvimento de novos recursos tecnológicos, pode tornar obsoletas algumas das recomendações aqui contidas. Sendo assim, é obrigação do profissional de Educação Física, manter-se atualizado por meio da leitura de novas publicações técnico-científicas e participar de eventos científicos da área (STENHILBER, 2010, p.12).

O discurso do Presidente do CONFEF parece mais um esforço em justificar as inconsistências que o documento apresenta em seu conteúdo do que realmente apresentar as Recomendações importantes e imprescindíveis sobre condutas e procedimentos do

profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde. Atitude ou função própria de uma “apresentação” de um livro.

Assim sendo, o presidente do CONFEF reconhece os avanços científicos proporcionados pelas instituições de ensino superior e de organismos de pesquisa e produção científica da área da Saúde Pública. No entanto, Conduz sua linha argumentativa de defesa da publicação que, para ele, não se “limita, engessa ou esgota o conhecimento dos temas tratados” (STENHILBER, 2010, p. 12).

Acrescenta que: “os ensinamentos provenientes deste trabalho devem ser complementados e enriquecidos por meio das investigações científicas nacionais, internacionais, realizadas na própria área e nas áreas correlatas” (STENHILBER, 2010, p. 12).

O que deve ficar claro, neste debate, é que o CONFEF e uma grande parte dos profissionais, docentes e intelectuais do campo da Educação Física não têm dado a devida atenção à complexidade do campo de intervenção e saberes/conhecimento da Saúde Pública. Sábio seria se o CONFEF considerasse as especificidades, necessidades e peculiaridades, próprias do campo extremamente fértil e promissor da Saúde Pública. Assim, a Educação Física se legitimaria mais enquanto profissão neste campo, visto que legalmente já tem seu “lugar”, como já apresentamos nos documentos legais da PNS.

Antes, porém, seria necessário buscar aprofundar na complexidade do que vem a ser este campo, com seus avanços a partir dos documentos legais e com experiências pautadas em conceitos e princípios pertinentes ao SUS. O que não vimos presentes nas “Cartas” e “Recomendações” do sistema CONFEF. Como exemplo citamos: clínica ampliada, projeto terapêutico singular, escuta qualificada, usuário do SUS, território, área de abrangência, distrito sanitário, entre outros, fundamentadores dos documentos legais da PNS.

Nesta mesma linha de crítica ao documento e reforçando nossas análises, Coutinho (2011) argumenta que estas “Recomendações”, mesmo tendo boas intenções de “chancelar” condutas dos profissionais de Educação Física no campo da Saúde Pública, nos níveis primário, secundário e terciário, possui:

[...] uma visão biomédica, curativa e reducionista do processo saúde-doença quando: concentra esforços, relativamente maiores para as ações voltadas à doença ou aos aspectos biológicos; não contempla, na discussão, estudos que analisam a relação Educação Física e saúde a partir da incorporação de referenciais das ciências sociais em saúde, da Saúde Pública e da saúde coletiva; concentra um direcionamento maior para os processos avaliativos que consideram parâmetros fisiológicos em detrimento de uma maior concentração dos determinantes sociais de saúde; e, não indica a necessidade de ações que favoreçam o desenvolvimento da autonomia e do empoderamento dos usuários em relação a sua saúde (COUTINHO, 2011, p. 48).

Bueno (2012, p. 40) corrobora com estas críticas e diz que as recomendações podem confundir porque mesmo focando em seu título a Atenção Básica, os conteúdos das “Recomendações” estão alinhados para as intervenções em hospitais ou centrados na lógica da intervenção uniprofissional e não no trabalho em equipe entre as profissões.

Salientamos que o trabalho inter, multi e transdisciplinar foi exaustivamente citado como necessários na organização das ações da EF, nas percepções dos agentes do campo que investigamos, ou seja, nas unidades do DSL (apresentaremos adiante estas percepções).

Contudo, nossa intenção, nesta parte, não é aprofundar nos desdobramentos do processo de reconhecimento legal da profissão Educação Física, até porque outros pesquisadores já o fizeram com bastante profundidade e sob diversos referenciais teóricos para a realidade da intervenção, acadêmica e científica, entre os quais: Bracht (2000); Barros (2000); Faria Junior et al. (1996) Nozaki (1998, 1999); Nozaki e Frigotto (2004); Guaita e Morais (2007); Freire et al. (2009) entre tantos outros. Mas importa, para o nosso tema de análise – os sentidos, ideias e valores, contraditórios e polêmicos, defendidos pelo Sistema CONFEF, inerentes à busca pela legitimação da Educação Física no campo da Saúde Pública.

Neste sentido, o professor Lino Castellani, no ano de 1998, apresentou várias teses contrárias à “regulamentação da profissão” que demonstram os valores e sentidos da regulamentação. Destacamos três defendidos por ele que, em resumo, relacionam e corroboram com nossas análises e reflexões: “o movimento pela regulamentação reflete a tentativa de retomada de espaço político pelos setores conservadores da Educação Física”; “a defesa da regulamentação da profissão estaria refletindo uma visão estática de sociedade de índole cartorial” e; “o discurso que busca associar reserva de mercado à defesa dos usuários dos serviços centrados nas práticas corporais é falacioso” (CASTELLANI FILHO, 1998, p. 57-61).

Como é notório, tem sido recorrente, desde a criação deste conselho em 1998, suas interferências nos rumos da profissão. Este tem invasivamente interferido, de forma muito agressiva, corporativista e mercadológica na formação e na atuação profissional e menos da questão central da ética profissional.

Dando sequência nas análises dos sentidos que as instituições da EF dão à legitimação da EF, no campo da Saúde Pública, destacamos a Frente Parlamentar da Atividade Física para o Desenvolvimento Humano (FPDAF). Com o mesmo discurso tradicional e conservador, esta se coloca no pano deste debate. Segundo os documentos da entidade, a finalidade estaria em gerar ações políticas e de políticas públicas significativas no sentido de legitimar a Educação Física

socialmente, a partir do discurso e do estímulo à prática da atividade física, como forma de promoção da saúde, qualidade de vida e formação cidadã (FPDAF, 2011).

A FPDAF foi criada em 23 de julho de 2003 pela Câmara Federal. No discurso de um de seus ex-presidentes (André Figueiredo do PDT/CE) fica clara qual seria a prioridade e a intenção: *“Temos o intuito de transformar a atividade física e a prática desportiva em uma prioridade governamental, onde ela seja entendida não apenas como qualificação de atletas de competição, mas como meio de promoção da Saúde Pública”* (FPDAF, 2011, p. 1-2).

No artigo publicado no informativo Turismo & Esporte, da Comissão de Turismo e Desporto da Câmara dos Deputados, em 12/07/11, o mesmo presidente demonstra ter uma visão exclusivista e baseada na dimensão do esporte e da atividade física como salvadores da situação de saúde da maioria da população. Isto porque, para ele estes são geradores de bem estar e de saúde.

Com base nas análises realizadas por Castellani Filho (1998) sobre as antigas Associações de Professores de Educação Física (APEF's) e a FBAPEF — Federação Brasileira de Associações de Professores de Educação Física, podemos associar com os da FPDAF. Como em uma transposição atualizada dos mesmos discursos “Fronteireiros” do esporte realizados nas décadas de 70 e 80. Assim, ambas tinham o intuito de “visibilizar e impulsionar o Movimento Esporte Para Todos que, àquela altura, já dava sinais de esgotamento bastante significativos” (p.57). A atual Frente tem a atividade física como carro chefe. Freidson chamaria de expertise da profissão.

Vejamos o discurso da “nova instituição”: *“o fato de termos bons atletas nos desportos não faz com que as pessoas em geral tenham aderência à prática de esportes e que estes não se resumem em competições de alto rendimento, não se restringe a quadras oficiais”*. A FPDAF, atualmente, tem o seguinte lema “Pratique Vida!”. No discurso oficial da “Frente”:

[...] abraçado como bandeira, resume a importância da prática orientada de atividades físicas para a prevenção de doenças, aumento do bem-estar, integração social e, até mesmo, como escudo para afastar nossos jovens das drogas. Afinal, o esporte agrega muito mais do que a busca por um corpo ideal. Ele ajuda a manter a mente sadia. (FPDAF, 2011, p. 1-2)

Para o presidente da “Frente”, somente o exemplo dos grandes atletas nacionais praticarem de um desporto não seria capaz de motivar a população quanto à aderência à prática de atividades esportivas. Defende que seria preciso a construção de políticas públicas eficazes, a valorização dos profissionais de Educação Física e o incentivo à prática orientada

do esporte por jovens e adultos. Entretanto, em uma análise mais detalhada das iniciativas da FPDAP, no ano de 2011, percebemos que as iniciativas institucionais voltaram-se para a promoção de dois eventos relacionados ao “esporte atlético/rendimento” e não para o “esporte lazer/participação”. Estes poderiam abarcar a aderência de uma maior quantidade de pessoas e não a elite do esporte. Além de serem, estas dimensões do esporte, um direito constitucional de toda a população brasileira.

Contrariando suas próprias intenções, ao privilegiar as ações relacionadas ao seminário “Legislação desportiva e doping: das Escolas ao Alto Rendimento” e uma audiência pública sobre ginástica laboral, desconsideraram as dimensões da participação social e do lazer e cidadania fundamentais para desenvolver o gosto pela prática esportiva.

Na intenção de minimizar os efeitos do trabalho em empresas, no ano de 2012, dois projetos de lei foram encaminhados e tramitam na Câmara: o 2136/11 que concede abatimento no imposto de renda para empresas que mantiverem estrutura para a realização de atividades físicas, com a presença de profissionais de Educação Física e nutricionistas no acompanhamento dos funcionários; e o 2144/11 que garante deduzir de imposto de renda de pessoas físicas os gastos relativos às mensalidades pagas em atividades físico-desportivas (CONFEEF, 2011).

Estas iniciativas, apesar de interessantes, do ponto de vista da saúde dos trabalhadores, passam longe das discussões centradas na melhoria dos condicionantes e das condições da saúde ampla e complexa dos trabalhadores. Não trazem à tona as precárias condições de vida e trabalho em que a maioria da população está submetida atualmente, principalmente aqueles com situação da maioria da população mais empobrecida, os quais não possuem rendimentos ao nível de pagar imposto de renda.

Por último, outra instituição relacionada ao campo da EF que enveredou-se em defesa da legitimação da EF no campo da Saúde Pública, foi a Associação Brasileira de Ensino em Educação Física para a Saúde (ABENEFS). Esta faz parte das entidades ligadas ao setor saúde que congregam o “Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde – FNEPAS”. Foi criado em julho de 2004 com a finalidade de contribuir para a mudança na formação das profissões dessa área. Tem a integralidade em saúde e a educação permanente como eixos orientadores.

Como resultado do envolvimento da ABENEFS no campo do debate da Educação Física e Saúde Pública, no ano de 2014, foi publicado o livro “A formação do profissional de Educação Física para o setor saúde”. Este é resultado do desdobramento do I Congresso Brasileiro de Ensino da Educação Física para a Saúde (I COBENEFS).

O livro voltou-se para proporcionar reflexões sobre possibilidades de ações do bacharel em Educação Física na Atenção Básica. Foi organizado pelos autores Tânia R. Bertoldo Benedetti, Diego Augusto Santos Silva, Kelly Samara da Silva, Juarez Vieira Nascimento, todos docentes da Universidade Federal de Santa Catarina.

A ABENEFES, proponente do livro, reconhece, de maneira muito enfática, que a formação do bacharel em Educação Física, no Brasil, tem formado profissionais exclusivamente para a intervenção voltada a indivíduos e/ou pequenos grupos, como *personal trainer*, academia de musculação, entre outros, o que seria um problema para a atuação na Saúde Pública. Deste modo, procuram, com o livro, defender uma formação integral para o setor saúde, considerando os princípios do Sistema Único de Saúde, com saberes e competências mais abrangentes e diferentes possibilidades de intervenções em níveis institucionais, comunitários e políticos.

Em virtude da recente criação da ABENEFES não aprofundaremos em análises de seus documentos. Parece que as intenções desta associação são interessantes e bem intencionadas, ao propor a reorientação da formação de cursos de EF em nível de bacharelado com vistas a dar ênfase à saúde pública. Também defende princípios importantes como a integralidade, além de estudos sobre a organização do SUS.

Estratégias destas instituições (CONFED, FPDAP e da ABENEFES) retratam que o poder da profissão é fundamental para manter a respectiva jurisdição e decorre da capacidade de dominação, em face de outros “grupos profissionais”, ao “Estado” e aos “clientes ou empregadores” (Diniz, 2001, apud, ABBOTT, 1988). Completamos que, sobretudo, as iniciativas causam desdobramentos e consequências na vida da população, prescindindo assim, da necessidade de análises profundas se considerarmos a possibilidade de assumirem e influenciarem na estruturação de campos de atuação para o profissional de EF, neste caso o da Saúde Pública.

Em síntese, os sentidos dos discursos presentes nos documentos das instituições CONFED e FPDAP apresentam uma abordagem, para a relação da Educação Física com a Saúde Pública, centrada na tradição, na conservação, na visão estática da sociedade e no modelo biomédico/medicalizante do combate aos fatores de risco.

Todas estas características observadas, do ponto de vista analítico da teoria das profissões, servem a um olhar privatista ou mercadológico da saúde humana e, conseqüentemente da comercialização das atividades físicas. O que tem acontecido como consequência disso é que, o conselho profissional, com suas estruturas, instituições, documentos, recomendações, regulamentos, entre outros, procuram exercer um relativo

“controle” dos profissionais de Educação Física, bem como de seus conhecimentos, saberes e fazeres. Assim, as instituições, em certa medida, monopolizam a profissão e buscam disseminar suas intenções sobre a formação/credenciais, o mercado, a produção científica entre outros. Nestas ações, historicamente e relativamente, tem deixando de lado o trabalho em Saúde Pública que tem menor *status e* prestígio.

Estas iniciativas e documentos, não garantem a suposta democratização atividades físicas, tão pouco a qualificação da intervenção no campo da Saúde Pública. Para nós, estas dependem de questões muito mais complexas do que da legalização corporativista e da reserva de mercado. A democratização das Práticas corporais/atividades físicas seria possível a partir da legitimidade social, representada por diferentes setores organizados e seus agentes e da sociedade civil, que é, em suma, dinâmica e exigente.

Noutro horizonte existem os desdobramentos políticos. Diniz (2001, p. 168) afirma que, nem sempre as legislações de proteção profissional “devam ser o resultado da atividade política das associações profissionais”. Afirma ela, também, que a profissão necessita de um projeto de mobilidade coletivo em busca de *status* profissional, em virtude de somente assim considerar elementos estruturais e visões de diversos grupos da profissão. Isto garantiria a mobilidade coletiva a partir de diferentes matrizes históricas relacionadas aos discursos, conteúdos, saberes (bases cognitivas), entre outros.

4.4 SÍNTESES SOBRE A PRODUÇÃO CIENTÍFICA, OS DOCUMENTOS ANALISADOS DA PNS E DAS INSTITUIÇÕES DO CAMPO DA EDUCAÇÃO FÍSICA E SUAS RELAÇÕES COM O APORTE TEÓRICO METODOLÓGICO

Os documentos analisados demonstram que a busca pela legitimação da Educação Física no campo da Saúde Pública está permeada pelo jogo de poder entre grupos de profissionais e instituições do campo da Educação Física. Estes procuram ampliar seus discursos relacionados às práticas corporais ou as atividades físicas. Caracterizam dois grupos: os defensores da manutenção e reforço da centralidade da dimensão biofisiológicas para o trabalho da profissão EF e os defensores da ampliação, passando a considerar também a dimensão sociocultural e pedagógica da Educação Física. Todos voltados a pensar a questão da produção científica, documentos, saberes e fazeres relacionados à saúde humana.

O conceito de campo de Bourdieu permite afirmar que o “Campo Científico” da Educação Física seria um “microcosmo social, parcialmente autônomo às necessidades do macrocosmo social, no qual, encontra-se inserido”. As produções científicas relacionadas ao constructo atividade física nas suas interações com a saúde humana carregam, historicamente,

as correlações de força, lutas de interesses, coalisões, monopólios de um mundo social. Parafraseando Bourdieu, fundamenta-se em “imperialismos e nacionalismos” (BOURDIEU, 2002, p. 144).

Quanto aos constructos “práticas corporais” e “atividades físicas” encontrados na PNS e também problematizados por muitos atores do campo da EF, destacamos serem categorias construídas a partir de posicionamentos epistemológicos diferentes. Neste sentido diferentes pesquisadores se debruçaram a avaliar a produção científica ligada ao campo da temática atividade física e saúde e apontam para menor produção considerando a dimensão sociocultural e pedagógica em detrimento das dimensões biofisiológicas ou biodinâmicas¹².

Assim, como todos os outros campos, a Educação Física caminha para rever seus “objetos” no sentido de ampliar sua busca pelo “reconhecimento do monopólio do discurso legítimo sobre seu objeto, que reivindica por definição, pretendendo a cientificidade” (BOURDIEU, 2002, p. 145).

Neste caso, suas produções relacionadas à temática atividade física e saúde, hegemonicamente centrada no modelo científico dos fatores de risco, tem buscado, nos documentos legais aqui analisados, assumir que os produtos científicos são dependentes, fundamentalmente, do rigor dos limites sociais específicos que regem as produções científicas produzidas, comunicadas e discutidas ou criticadas (BOURDIEU, 2002).

Precisamos esclarecer que, convivem com estas produções e documentos legais proposições, discursos e ações, em sua maioria e com mais força incorporados do sentido de defender e disseminar a legitimação da EF pela necessidade da democratização das atividades físicas, mesmo entendendo que existem grupos com pensamentos divergentes e contraditórios a essa visão determinista da relação práticas corporais e atividades físicas.

Do ponto de vista político, as proposições hegemônicas centradas na abordagem da doença e a partir do modelo biomédico, com olhar baseado estritamente no biofisiológico e nas ciências naturais, perpetuam-se e mesmo prosperam-se, assim como seus defensores, visto que são dotados, no “interior e no exterior do próprio campo de uma autoridade social” (BOURDIEU, 2002, p. 147).

Esforçando para fazer uma síntese provisória, podemos inferir que, há a necessidade do campo profissional da Educação Física reorientar seus saberes e fazeres na atuação em saúde,

¹² Nos referimos aos estudos: NEVES, R. L. R (2004) Saúde na Educação Física: hegemonia e contra hegemonia no "GTT Atividade Física e Saúde" do CBCE - Período de 1997 a 2003 (2004); ANTUNES, Priscilla de Cesaro; SILVA, Ana Márcia. A produção científica brasileira e a problematização acerca da meia-idade: um estudo a partir de periódicos do campo da Educação Física (2014); SARCADO, M. S. Estudo Bibliométrico e epistemológico da produção científica em EF do Centro-Oeste do Brasil (2012).

visando, deslocar o eixo da análise da esfera política e econômica da produção - altamente direcionara dos rumos de uma profissão para o mercado dos “modismos e interesses”, por força dos monopólios profissionais e grupos de poder - cientistas, políticos, dirigentes, e outros agentes -, em direção da esfera da cultura, dos valores, das condições reais da vida, das estruturas simbólicas, cotidianamente presentes e desconsiderados por muitos profissionais nos campos de atuação profissional da saúde.

Observava-se, também, que o processo de busca por legitimação da Educação Física no campo da Saúde Pública, proposta pelas Associações e Conselho profissional da EF, procuram impor-se por meio de recomendações, resoluções, interferências no processo de formação, sob os planos políticos, científicos e do fazer profissional. Assumem estratégias destinadas a construir supostos “novos” significados sociais para práticas hegemônicas, como o discurso da relação causal entre a atividade física e a saúde. Desconsideram os avanços propostos pelos campos da Epidemiologia Crítica e da Saúde Coletiva e, ao mesmo tempo a determinação social, cultural e econômica do processo saúde doença.

Em síntese, estes “organismos” começam a se apresentar como uma “nova e complicada” solução para o campo da Educação Física frente os problemas desta inserção recente na Saúde Pública. Entretanto, entendemos que os profissionais liberais, intelectuais do campo acadêmico e entidades/associações precisam olhar com cuidado as consequências de suas construções e discursos disseminados na sociedade.

Corroborar com estas análises Sofistie (2007). A autora analisou a polêmica da regulamentação da profissão no campo da EF brasileira. Defendeu que, após a criação do CONFEF, apareceram desdobramentos polêmicos e tensões na EF em torno da legitimação do projeto profissional. Segundo ela, isto ocorreu, sobretudo porque o projeto não representaria a tradição sócio histórica do campo voltada para a “luta pelo desenvolvimento do papel pedagógico” e não pela “reserva de mercado” e aos interesses corporativistas do CONFEF. Acrescenta a FPDFAF em suas análises. Segundo ela, esta “frente” trata-se de uma iniciativa do CONFEF de buscar aliados no legislativo para aumentar seu poder. Bourdieu (1989) chamaria de busca por conquistar capital político.

Acrescente que a regulamentação polêmica, divisora e provocadora de antagonismos sobre o projeto profissional para o campo da EF repousa na:

Construção de um *habitus* diferenciado, pelos representantes do CONFEF, dentro do campo da Educação Física, se dá pela construção de categorias de percepção e esquemas de classificação contribuindo para o desenvolvimento de estratégias que funcionam para atender aos interesses objetivos de seus agentes sem que sejam expressamente concebidos. Como exemplo destas estratégias temos a elaboração da

“Carta Brasileira de Educação Física” que defende um novo paradigma para a Educação Física e busca uma maior representatividade perante os órgãos políticos por meio da formação da Frente Parlamentar em Defesa da Atividade Física. Os festejos em comemoração ao “Dia do Profissional da Educação Física” e as homenagens concedidas a alguns profissionais dignos de destaque também devem ser entendidos como parte da tentativa de construir a identidade desse grupo, legitimando a imagem do Profissional de Educação Física (SOFISTE, 2007, p. 14).

Portanto, é possível ver nos documentos da PNS mais do que nos Institucionais das Associações e do conselho profissional, no que se refere à legitimação da Educação Física na Saúde Pública, a possibilidade da construção de políticas sociais responsáveis e com um olhar do coletivo, voltadas para o direito às atividades relacionadas ao movimento humano.

No entanto, existem dificuldades a serem vencidas pelo próprio campo da Educação Física. O mesmo precisa assumir a responsabilização de tentar contribuir na garantia da criação de uma “cultura de atividades esportiva e de lazer” públicas e gratuitas ao invés de apoiar-se nas perspectivas do mercado, dos modismos e interesses corporativos profissionais.

Por fim, os resultados das análises desta parte indicam que os sentidos e discursos da produção científica, dos documentos da PNS, relacionados à Educação Física na Saúde Pública, buscam qualificar a atuação reorientando a organização do trabalho e as práticas do exercício profissional da EF na Saúde Pública e, nos “Institucionais” apresenta uma reorientação tímida, tensa e contraditória, de acordo com os interesses materiais e simbólicos do grupo de poder representativo nas “disputas pela profissionalização”, hegemônicos ou contra hegemônicos.

Ao mesmo tempo, a legitimação da Educação Física, na sociedade em geral e em específico no campo da Saúde Pública, depende do processo histórico. Isto demonstra que, de acordo com diferentes situações, em determinados contextos de convivência social, ela será mais ou menos legítima dependendo dos discursos, ideias e valores defendidos e incorporados pelos agentes sociais presentes no campo da Saúde Pública e fora dela. Isto em virtude de compreendermos que, há visões concorrentes e contraditórias na produção científica e nos documentos legais dentro do próprio campo da EF brasileira.

CAPÍTULO V

5. A EDUCAÇÃO FÍSICA NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA DO DISTRITO SANITÁRIO LESTE GOIÂNIA: O PERFIL DOS AGENTES, AS ANÁLISES DOS DOCUMENTOS E AS OBSERVAÇÕES

Um problema central que o campo da Sociologia das Profissões tem se proposto a avançar, na prática científica dentro da abrangência das Ciências Sociais, trata-se do desafio em relacionar conceitos amplos e abstratos com instituições humanas empíricas (FREIDSON, 1996). Para este autor, discutir conceitos é algo que atrai os pesquisadores num esforço filosófico, mas como são amplos e abstratos necessitam, para não cair no idealismo, serem utilizados para explicar fenômenos concretos da vida humana e não ficar na análise vazia da retórica e, portanto, desconectado da vida social.

Desta forma, também o colocamos para o campo da Educação Física, que como vimos, tem se proposto a avançar não só nos aspectos biológicos, sobretudo, na aproximação das dimensões sociais e humanas para explicar sua legitimação no campo da Saúde Pública, em que pese o poder e capitais dos grupos hegemônicos do campo, devemos considerar a necessidade da reflexão teórica como suporte da investigação empírica.

Destarte, vista a complexidade do debate (teórico) que envolve o processo de legitimação da Educação Física na Saúde Pública na produção científica, nos documentos legais e nos documentos das instituições institucionalizadas do campo da EF, esta parte do trabalho visa responder a seguinte pergunta: O que está ocorrendo na prática (realidade empírica/concreta) nas unidades de saúde considerando o dia a dia do trabalho dos profissionais da Educação Física? Quais são as características sócio demográficas e a qualificação dos profissionais investigados nas unidades de saúde do DSL? Como se estrutura a profissão Educação Física no DSL?

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIO DEMOGRÁFICA E DE FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS

Iniciamos esta parte com a apresentação do perfil sócio demográfico e de formação dos profissionais e gestores das unidades de saúde pesquisadas. Em seguida descrevemos dados capturados no processo de observação e análise dos documentos relacionados à organização do trabalho da EF, e das entrevistas realizadas ao campo da SP da região do Distrito Sanitário Leste da cidade de Goiânia. Os dados mais gerais dos sujeitos foram

apresentados no capítulo destinado aos procedimentos metodológicos. Contudo, agora, fazemos com uma maior clareza e profundidade.

Em relação à inserção os PEF apresentam discursos diferenciados nos ambientes de trabalho. Em sua maioria entraram na Saúde Pública (SP) pelos concursos públicos realizados nos anos de 2003 e 2007. No documento da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (DEGETES) (GOIÂNIA, 2013), dos 31 PEF atuantes na Saúde Pública em Goiânia temos profissionais que são “cedidos” por outros órgãos como a Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (SEMEL) e a Secretaria Municipal de Educação (SME), portanto submetidos a outros regimes de trabalhos constantes nos planos de cargos e salários e gratificações específicas.

A entrada no campo dos 09 PEF pesquisados, neste estudo, se deu através de concurso destinado ao cargo de Analista em Cultura e Desporto. Neste sentido, lembramos que os concursos foram realizados pela secretaria de administração e recursos humanos (SARH) da SMS e a posse poderia se dar em diferentes secretarias. Os PEF, em sua maioria, foram para a Secretaria Municipal de Esporte e lazer (SEMEL) ou para a de o Centro Cultural. Poucos foram para a saúde e a maioria não sabia necessariamente onde seria lotado, pois somente na convocação é que o profissional tomava ciência desta informação.

Entre os meses de outubro de 2013 e Abril de 2014 aplicamos o questionário sócio demográfico e entrevistamos os 20 sujeitos dentre os quais 09 PEF, 07 POAS e 04 Gestores. Reforçamos que estas informações foram coletadas de outubro de 2013 a junho de 2014.

Quanto às informações referentes ao sexo, idade e estado civil percebemos que 12 são mulheres e 08 homens, maioria são casados 12, 05 solteiros, 01 divorciado e 02 com união estável. A idade dos profissionais está concentrada acima dos 40 anos (13 deles), mas 07 deles encontram-se entre 31 e 40 anos.

Quanto à renda mensal líquida e tempo de trabalho na SMS podemos observar que os salários dos pesquisados são dissipares. 5 deles recebem entre 02 e 3,9 salários; 6 entre 04 e 5,9 salários; 5 entre 06 e 7,9 salários; 2 de 08 a 9,9 salários; Somente 2 recebem acima de 10 salários, sendo um deles gestor. Destacamos que os outros 3 gestores recebem entre 2 e 4 salários porque são contratados de forma temporária ou a diferença salarial pode ser explicada porque no Plano de Cargos e Salários a gestão do CAIS (urgência e emergência) é diferenciada das gestões das unidades de saúde e dos CAPS.

As diferenças salariais podem também ser explicadas, entre outros aspectos, por alguns destes profissionais serem cedidos de outras secretarias como a do Esporte e Lazer e a da Educação. Nestas os PCS são diferentes da Saúde. Cabe destacar que o tempo de serviço

na SMS faz com que os salários sejam diferentes considerando as gratificações, progressões e quinquênios.

Estes dados são confirmados pelo Plano de Cargos e Salários da SMS para a área da saúde. Este evidencia as disparidades da carreira e vencimentos dos servidores do quadro permanente da função saúde da administração pública municipal de Goiânia– Lei Nº 8.916/2010. Nele os médicos com carga horária de 20 horas semanais percebem, ao ingressarem, um valor de R\$ 2.195,72. Todos os outros especialistas em saúde recebem R\$ 1.949,74 e trabalham 30 horas com exceção do Cirurgião Dentista que encontra-se no patamar dos médicos (Goiânia, 2010) (Valores iniciais do concurso de 2012). Este assunto será aprofundado no capítulo seguinte.

A maioria dos profissionais possui outro trabalho fora da SMS (13). 08 destes percebem próximo de 06 salários mínimos, os outros abaixo de 04 salários. Consideramos que este aspecto pode dificultar o planejamento e a organização do trabalho, pois visando a melhoria das condições de vida os profissionais ficam reféns da precarização do trabalho, como vamos demonstrar mais adiante na discussão do reconhecimento e da valorização profissional. Além disso, todos os gestores não possuem outro vínculo empregatício, ou seja, dedicam integralmente ao trabalho nas unidades de saúde. Em sua maioria os profissionais possuem mais de 10 anos de experiência e já desenvolveram atividades em outras unidades da SMS, seja no Nível central nas divisões de Atenção à Saúde, na ESF, nos CAPS, CAIS, entre outros.

Destacamos que dos 09 profissionais de EF apenas 03 tiveram experiências na Atenção Básica, o que reforça as análises de que a SMS tem privilegiado a lotação dos PEF nos CAPS. Dos 09 PEF apenas 01 não passou pelos CAPS. Fato que chama a atenção seria que todos os PEF também trabalham em outras instituições e seus salários são sempre mais baixos do que dos outros profissionais. Por outro lado, 04 dos POAS também dobram a jornada de trabalho e 03 não.

Quanto ao processo de escolarização (capital cultural) em nível de graduação percebemos que: 09 são formados em Educação Física; 03 em nutrição; 03 em psicologia; 01 em serviço social; 01 em direito e; 01 em administração. Frisamos que, não encontramos nas unidades de saúde algum médico que fizesse parte do desenvolvimento de atividades multiprofissionais em parceria com os PEF, por este motivo não compuseram nossa amostra. Também chamou-nos a atenção o fato de termos gestores de outras áreas que não a medicina. Estes eram da psicologia, enfermagem, direito e administração.

Em sua maioria os profissionais formaram a partir da década de 2000 (10 deles). Outros 09 formaram na década de 90 e apenas 01 na década de 80. Considerando os PEF 06 deles formaram na década de 2000 e apenas 03 na década de 90. Portanto, em sua maioria, os profissionais investigados têm larga experiência no seu campo de atuação específico, mas os PEF têm pouca experiência na Saúde Pública, ou seja, entraram na SMS a partir de 2002, em número maior efetivamente a partir do concurso de 2007.

Com relação à pós-graduação são em sua maioria especialistas. Dos 20 profissionais apenas 02 não possuem e 18 têm diferentes tipos de especialização. 02 possuem pós-graduação em nível de mestrado. Destacamos que dos 16 que possuem especialização 09 se preocuparam em fazer seus cursos na Saúde Pública ou em áreas afins à ela. Na formação específica relacionada à formação em nível de graduação 05 e apenas 02 fizeram especialização em área não ligadas à saúde, focando à área da Educação ou administração. Também identificamos que 02 fizeram uma segunda especialização em busca de melhorar suas percepções, entendimentos e, conseqüentemente sua atuação na Saúde Pública.

Em síntese observamos que a maioria expressiva de profissionais especializou-se em áreas específicas de suas formações iniciais, outros procuram as áreas afins à Saúde Pública. Os tipos de especialização dos POAS e Gestores foram voltadas à: Saúde Mental e Fonoaudiologia, Gerontologia, Educação e Psicomotricidade, Educação Permanente e Gestão, Educação, Nutrição e Alimentação, Psicologia Transpessoal e Saúde Mental, Terapia Familiar e de casais, ESF, Saúde e Educação, Nutrição clínica. Quanto à especialização dos PEF, estes fizeram nas áreas de Treinamento Funcional, Educação Física Escolar, Saúde da Família, Psicologia Transpessoal e História Cultura e Filosofia.

Outros dados importantes seriam relacionados às vagas para os concursos públicos realizados pela SMS. O edital nº 01 de 2006 foi o primeiro em que configurou a presença de vagas voltadas para os PEF. Das 1794 vagas para a área da saúde 19 foram para a EF, 4 para Nutrição, 8 para fisioterapia, 19 para Farmácia, 30 para Assistentes Sociais, 46 para Psicologia, 109 para Cirurgiões Dentistas, 149 para Enfermagem e para 583 para médicos, além de outros (GOIÂNIA, SMARH, 2006).

Após o ano de 2006 o novo edital de concurso público da SMS configurou a presença de vagas para PEF (edital nº 002/2012 da Administração direta e Autarquias da Secretaria Municipal de Administração e Recursos Humanos). Este edital Teve como base o plano de cargos, carreiras e vencimentos dos servidores do quadro permanente da função saúde da administração pública municipal de Goiânia – Lei Nº 8.916/2010. Nele as vagas foram assim distribuídas: 05 para Educação Física, 477 para médicos, 107 para enfermagem, 26 para

cirurgião dentista, 15 para farmacêutico, 8 para fisioterapia, 5 para Fonoaudiólogo, 04 para Musico Terapeuta, 05 para Nutricionista, 10 para Psicólogo , Terapeuta Ocupacional 02 e Veterinário 06, entre outras (GOIÂNIA, SMARH, 2012).

5.2 A EDUCAÇÃO FÍSICA NAS UNIDADES DE SAÚDE: OS DOCUMENTOS E AS OBSERVAÇÕES INICIAIS

Após termos apresentado as principais características sócio-demográficas dos sujeitos desta pesquisa, passamos agora a analisar as atividades desenvolvidas na Subsele da SMS conhecida como Distrito Sanitário (DSL), no Centro de Saúde (CS), O Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Para tanto, consideramos as especificidades da área e o envolvimento dos profissionais no trabalho multiprofissional/interdisciplinar das equipes de atenção à saúde. As informações são fruto de nossas observações realizada uma semana em cada instituição. Também balizaram as análises e descrições os documentos institucionais das unidades de saúde.

Visamos então, nesta parte, responder as perguntas: Em que medida a EF contribui com o campo da Saúde Pública em suas ações? Qual o sentido destas ações considerando a multiplicidade dos entendimentos do constructo saúde? O que só acontece na Saúde Pública em virtude da presença da EF?

Para responder estas perguntas trazemos, inicialmente, as informações sobre as ações desenvolvidas nas unidades de saúde pesquisadas de forma separada, em virtude das especificidades inerentes ao tipo do serviço prestado aos usuários. Em seguida, apresentamos um olhar ampliado e sistematizado de todo o campo da Saúde Pública de toda a região do Distrito Sanitário Leste. Consideramos, em nossas análises, as dimensões da organização do trabalho e fizemos quadros para facilitar a compreensão.

Em geral, identificamos no Centro de Saúde o trabalho do PEF com intervenções nos grupos de Educação em Saúde. Especificamente nos grupos de Tabagismo, Gestação e Esporte e lazer.

No CAIS o trabalho centra-se no processo de avalia o, orienta o e interven o com a o es de fortalecimento muscular e combate às doenças crônico degenerativas (DCD), enfatizando as dimensões corporais osteoarticulares e circulatórias.

No DSL as a o es são realizadas nas unidades de saúde da área de abrangência (quando solicitadas) com palestras e atividades ligadas   conscientiza o dos usuários sobre suas condi o es de saúde. E assim, visando a conscientiza o dos usuários pra assumirem um estilo

de vida mais saudável e combater o aparecimento das DCD. Além dos trabalhos ligados à ginástica laboral com trabalhadores das UABSF e CS.

No CAPS as intervenções foram centradas nos trabalhos multiprofissionais em equipes ou grupos de terapias. Estes envolveram, geralmente, a relação de duas profissões em ações relacionadas às especificidades e necessidades dos usuários da saúde mental. Percebemos, nesta relação profissional, a presença de poucas atividades específicas coordenadas pelos PEF. Ou seja, ambos os profissionais têm que utilizar de suas especificidades/expertises no processo de cuidar dos usuários nos grupos terapêuticos e entenderem como suas atividades interferem na melhoria das condições de saúde do usuário.

Cabe lembrar que, no CAPS, existem também as atribuições comuns a todos os profissionais do campo da Saúde Pública. Como exemplo o acolhimento, a escuta qualificada, o acompanhamento à crise, ser referente dia (faz atividades que aparecem e que não estavam planejadas para aquele dia), atuação nos conselhos locais de saúde, as atividades coletivas como festivais culturais e eventos comemorativos, além das reuniões que acontecem todas as sextas feiras no período matutino.

Para melhor visualizar esta organização do trabalho, após uma apresentação geral das unidades pesquisadas, elaboramos quadros que demonstram as especificidades da profissão EF quanto às atividades desenvolvidas. Os quadros 2, 3, 4 e 5 sintetizam a organização do trabalho relacionado às atividades, os objetivos das ações e as especificidades ou nomes das mesmas.

5.2.1 A organização da saúde na região do Distrito Sanitário Lestes e a Educação Física

O Distrito Sanitário Leste (DSL) foi instituído pelo Decreto Municipal n. 656 de 20 de abril de 1998 (como órgão descentralizado) vinculado técnico e administrativamente à Secretaria Municipal de Saúde/Departamento de Rede Básica. O Departamento de Rede Básica atualmente é denominado de Diretoria de Atenção à Saúde¹³.

O referido Distrito Sanitário funciona através do trabalho de profissionais de várias especialidades além de um diretor e coordenadores das ações e serviços que integram a Rede de Atenção à Saúde de Goiânia, dentro de um espaço territorial definido.

Ao Distrito competem as seguintes atribuições: planejar, coordenar e avaliar as ações de saúde da área de abrangência; desenvolver ações de saúde individual e coletiva, de

¹³ GOIÂNIA, SMS, 2009. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2009. Goiânia: Equipe de Assessoria de Planejamento.

promoção e recuperação da saúde; atuar como elo entre Secretaria e Unidades; operacionalizar as ações conforme especificidades da região; desenvolver a intersetorialidade com as demais políticas sociais; possibilitar condições para promover capacitações, qualificação e educação continuada; fortalecer o controle social por meio da articulação com conselhos locais e fóruns da região e; acompanhar o desenvolvimento do trabalho dos profissionais, no sentido de possibilitar a construção de um ambiente de trabalho saudável e de relações interpessoais pautadas no respeito, na ética, vínculo e responsabilidade.

A equipe de trabalho com formação superior em saúde da sede administrativa do Distrito Sanitário Leste (subsede DSL) é composta por: 01 diretor geral, 01 diretora técnica e 01 diretora administrativa, 01 equipe técnica de saúde com: 2 Assistentes Sociais, 2 Nutricionistas, 1 Profissional de Educação Física, 2 Farmacêuticos, 1 Médico, 4 Enfermeiros, 2 Psicólogos, 2 Cirurgiões Dentistas, 1 Fisioterapeuta.

Atualmente o DSL caracteriza-se como um distrito misto em termos de organização da atenção a saúde, contendo no seu território 16 (dezesseis) unidades de saúde. Envolve uma área de abrangência que reúne 80 bairros. Possui: 09 Unidades de Atenção Básica Saúde da Família (UABSF); 03 Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS) com atendimento 24 hs; 02 Centros de Saúde (CS) com atendimento das 7 às 19hs; 01 Residência Terapêutica (RT) com 9 moradores do sexo masculino.

As demandas das Unidades de Saúde e Instituições de Ensino Superior, atendidas pelo DSL, são as seguintes: frequência dos servidores; solicitações emergenciais de materiais de consumo (insumos básicos, de expediente, medicamentos etc); palestras, cursos de capacitação, treinamentos, oficinas; solicitação de manutenção, compras, e reformas das unidades; remoção e lotação de servidores; serviço de vigilância em saúde com conferência das fichas de notificação e investigação das doenças compulsórias; apoio e orientações as ações básicas de saúde; acolhimento dos acadêmicos das IES que realizam estágios na região leste de Goiânia.

Analisando os documentos do DSL destacamos o “Projeto Viver Saudável” (PVS) como uma importante ação de promoção da saúde. Visa a reorientação da atenção à saúde para valorizar a ESF, a vigilância e prevenção de doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANTs). Também busca a aproximação dos profissionais da saúde e educação, por se tratar de uma política pública intersetorial objetiva: incentivar e implementar em comunidades escolares condutas que facilitem um “viver saudável”, com ênfase na adoção de práticas corporais/atividades físicas, adoção de hábitos e escolhas alimentares saudáveis e pela não aceitação e/ou abandono de práticas nocivas à saúde.

As ações básicas do projeto são pautadas no conceito ampliado de saúde e na busca da valorização das pessoas (cidadãos, profissionais, subjetividades). Das ações do PVS destacam-se o Lazer saudável, o outubro saudável e o curso Promotores de Educação e Saúde¹⁴.

O Lazer Saudável são atividades de promoção da saúde em escolas municipais geralmente realizadas a partir da atividade do “Projeto Viver Saudável”. É desenvolvido pela rede de parceiros intersetoriais: Distrito Leste/SMS; Universidade Federal de Goiás com as faculdades de Enfermagem e Nutrição; Secretaria Municipal de Educação com a Unidade Regional de Educação Central, Departamento Pedagógico e as Comunidades escolares da região leste¹⁵.

O “Outubro Saudável” é um subprojeto de promoção da saúde instituído pela Prefeitura de Goiânia, sob a responsabilidade da Divisão de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (DSMCA) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Tem como objetivo promover a qualidade de vida da população goianiense, mediante a sensibilização das pessoas sobre a importância da doação de leite humano e hábitos saudáveis de vida.

Este subprojeto inclui a alimentação adequada e a prática de atividades físicas. Visa reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. As ações são desenvolvidas em todos os Distritos Sanitários durante o mês de outubro e cada distrito atua em parceria com suas respectivas unidades de saúde¹⁶.

As atribuições dos profissionais de Educação Física nos distritos sanitários são: apoio e supervisão das unidades de saúde, com ênfase nas atividades de educação em saúde realizadas nas citadas unidades; supervisão técnica das ações atividades físicas/práticas corporais; planejamento, coordenação e execução de ações de promoção à saúde que contemplem a Educação Física junto aos diferentes grupos etários; promoção e supervisão de estratégias de vigilância e prevenção de doenças crônicas e agravos não transmissíveis; planejamento, coordenação e execução de ações de promoção à saúde que contemplem a Educação Física junto a equipamentos sociais; capacitação de trabalhadores das unidades de saúde e parceiros intersetoriais no âmbito da promoção da saúde; coordenação do Projeto Viver Saudável; incentivo e apoio ao desenvolvimento de projetos de pesquisa de caráter científico e contribuição para formação acadêmica, por meio de parceria com a UFG (PET-Saúde e estágios supervisionados).¹⁷

¹⁴ Projeto viver saudável do DSL financiado pelo Ministério da Saúde.

¹⁵ Projeto viver saudável do DSL financiado pelo Ministério da Saúde.

¹⁶ Documentos administrativos do DSL.

¹⁷ Documentos do DSL referente as atribuições profissionais.

A partir das análises dos documentos e do processo de observação percebemos que o papel central do profissional de Educação Física no DSL seria a supervisão do trabalho dos PEF das outras unidades. Contudo, os trabalhos têm ficado em nível administrativo de gestão na subsele do DS. Os profissionais se envolvem, principalmente, na formulação de projetos e estruturação de ações esporádicas a serem realizadas em forma de evento ou com usuários das UABSF da região.

Há no DSL questões estruturais e materiais que precisam ser resolvidas para que o profissional de Educação Física melhor desempenhe seu trabalho. Constantemente há cortes de gastos com combustível e materiais necessários ao trabalho. Em algumas situações o profissional precisa arranjar meios próprios para a realização do seu serviço, como utilizar seu próprio veículo para se deslocar às unidades de sua área de supervisão. Esta dificuldade, na maioria das vezes, impossibilita que o PEF do Distrito supervisione o trabalho dos PEF das outras unidades de saúde.

No planejamento institucional cada profissional preenche sua ficha de atividades desenvolvidas. O DS considera este processo como um levantamento de identificação funcional.

Nos grupos de educação em saúde das Unidades de Saúde quando há programas de atividades físicas, geralmente, quem está à frente é o Agente de Comunitário de Saúde (ACS) ou outro profissional da área da saúde como médicos, enfermeiros e odontólogos. Esta situação apresentava dificuldades para o profissional de EF lotado no DS desenvolver seu trabalho de orientação e supervisão.

Os profissionais que não são da profissão Educação Física alegam não ter qualificação para ministrar aulas referentes à especificidade da área e reconhecem as dificuldades que passam cotidianamente. Assim, observa-se que no contexto atual há um déficit de professores de Educação Física atuando nos grupos de educação em saúde das unidades.

Os documentos do DS demonstram que todos os projetos e ações do DS têm focado o planejamento coletivo, a articulação entre os setores, a organização de espaços e recursos, a realização de atividades de educação focadas na promoção da saúde e da avaliação das ações¹⁸. Contudo, estas são dificultadas em virtude das condições materiais e estruturais do DS e das unidades.

Encontramos nos documentos do DS os relatórios do trabalho desenvolvido pelos estagiários do curso de EF da Universidade Federal de Goiás. Neles as experiências tiveram como centralidade o desenvolvimento das atividades multiprofissionais e de integração nas

equipes. Nos anos de 2010 e 2011 foi dada ênfase nas ações e projetos de promoção da saúde; estruturação de curso de formação continuada voltado para as escolas em que acontece o Programa Saúde na Escola. Além da participação em atividades e eventos da SMS relacionados à promoção da saúde, atividades físicas e alimentação saudável, tais como: mostras, encontros, comemorações, entre outros (UFG, 2011b).

O relatório aponta dificuldades no desenvolvimento do trabalho pedagógico, no entanto, foram identificadas duas potencialidades: criação e estruturação de um projeto de práticas corporais com o objetivo de melhorar a saúde dos trabalhadores do DS; construção coletiva do “Curso Promotores de Educação e Saúde – Saúde e Educação de Mãos Dadas”. Este último tinha como finalidade formar continuamente trabalhadores da Saúde e educadores de escolas para atuarem nos projetos do DS, especialmente o “Viver Saudável” (UFG, 2011b).

Também percebemos a falta de autonomia administrativa e financeira do DS para efetivar as ações planejadas, pois constantemente apareciam demandas geradas pelas unidades de saúde e pela gestão superior da SMS.

Nos trabalhos relacionados aos PEF encontramos atividades relacionadas com “eventos”. Estes eram realizados com o objetivo de confraternização, festas, passeios e encontros. Também apareceram, com muita ênfase, as atividades de “ações pontuais na Educação em Saúde”. Os objetivos destas seriam: conscientizar os usuários sobre os hábitos saudáveis e a necessidade das atividades físicas através de palestras. Foram citados o dia mundial da saúde e as campanhas de vacinação como ações mais constantes e estruturadas (UFG, 2011b).

Destacamos, igualmente, as atividades esporádicas com a finalidade de proporcionar aos usuários as vivências das atividades físicas. Estas visavam à melhoria das condições de saúde através de caminhadas, danças, relaxamentos, alongamentos e ginástica laboral. Cabe dizer que, a essência do trabalho no DS, para todas as profissões, seria o processo de apoio e supervisão dos outros profissionais da mesma área. Estes ficam sob a responsabilidade do profissional lotado no DS, mas atuam muito mais nos CAPS, CS e CAIS, em virtude da falta de profissionais específicos nestas unidades (UFG, 2011b). Vejamos o quadro 2 com detalhes do trabalho no DS.

¹⁸ Documentos de organização do trabalho dos PEF no DSL.

Quadro 2. Análise das ações desenvolvidas no DS

Local	Atividades/ações	Objetivos/finalidades	Especificidade (nomes)
DSL	Eventos	Confraternização	Quadrilhas, passeios, encontros
	Ações pontuais/educação em saúde	Conscientizar sobre os hábitos saudáveis e a necessidade das atividades físicas	Dia mundial da saúde; Campanhas;
	Atividades físicas	Proporcionar vivências para melhoria da saúde	Caminhada; Alongamento; Dança; Relaxamento;
	Supervisão	Apoiar o trabalho dos outros profissionais lotados nas unidades	

5.2.2 O CAIS e a Educação Física

O Centro Integrado de Saúde (CAIS) caracteriza-se por ser uma Unidade de Saúde de urgência e emergência e atende centenas de pacientes funcionando 24 horas por dia. Dispõe de diversos tipos de atendimentos como serviços médicos especializados, odontológicos, eletrodiagnósticos, enfermagem, psicologia, nutrição e farmácia.

Além desses serviços, o profissional de Educação Física trabalha com atividades relacionadas ao fortalecimento muscular e alongamento (chamados de treinamento funcional). Estas são realizadas com um público que já possui patologias ortopédicas instaladas, tais como: hérnias de disco, tendinites, artroses, cardiopatias e doenças respiratórias.

No processo de observação identificamos as práticas profissionais voltadas ao modelo médico. Neste aspecto, a atividade física é vista como meio de “cura às diversas doenças”, como fator de prevenção aos agravos das doenças já instaladas nos usuários ou atuando na minimização dos efeitos da doença e da dor. Há pouca quantidade de usuários nas atividades físicas e muita rotatividade dos usuários. Este fato interfere significativamente na sequência lógica das atividades da EF e dificulta o processo metodológico/pedagógico de outros profissionais que visualizam e procuram trabalhar com a prevenção e promoção da saúde.

Percebemos a realização de estágio do curso de Educação Física da UFG, além de outros cursos da área da saúde. O relatório dos estagiários de 2010 e 2011 (UFG, 2011b)

demonstra que o trabalho pedagógico foi organizado em três eixos temáticos: educação somática, treinamento funcional e dança sênior.

As atividades do projeto “Educação Física na atenção secundária à saúde – uma proposta de educação somática aos usuários do CAIS” desenvolveu-se com a finalidade de mudar o foco de intervenção da Educação Física que sempre centrou na cura de “doenças” e na diminuição da dor, através do “treinamento funcional” e fortalecimento muscular. Na reorientação buscou-se atuar com os usuários de forma integral, colocando o corpo enquanto vivência e experiência a partir do conceito de práticas corporais. Também visou fazer com que os usuários sensibilizassem, sentissem e percebessem o corpo no espaço a partir das práticas corporais alternativas (UFG, 2011b).

O relatório demonstra também que o Treinamento Funcional teve que ser mantido como atividade física. Esta ação foi necessária porque já haviam usuários com adesão e tratamento. Neste sentido, destacamos a preocupação do Profissional de Educação Física da unidade que, ao centrar seu trabalho no viés biofisiológico, questionou se os acadêmicos tinham estudado conteúdos no currículo de formação possibilitando a eles conhecer com profundidade as doenças ortopédicas.

O outro trabalho desenvolvido pelos estágios focou a “Dança Sênior”. Desenvolveu práticas corporais expressivas relacionadas à atenção e memória dos idosos. O objetivo foi ampliar os gestos, movimentos e sentimentos dos idosos a partir de diferentes ritmos, movimentos e dinâmicas de grupo.

No relato de experiência final do estágio os estudantes demonstraram ter a finalidade de melhorar a expressividade, a criatividade e as interações entre os participantes. A principal dificuldade foi adequar as danças às capacidades de movimento dos usuários. Estes possuíam características muito diferentes quanto à idade, gênero, religião, problemas de saúde, capacidade de memória e diferentes níveis de motivação para a prática (UFG, 2011b).

As experiências do estágio da EF no CAIS foram desafiadoras e demonstraram que em Unidades de média complexidade necessário se faz criar vínculos com os usuários, ampliar e diversificar as práticas de atividades do campo específico da EF. Também deixou claro o conflito histórico e, mais evidente hoje, no campo acadêmico, ou seja, em meio a abordagem hegemônica da atividade física relacionada aos fatores de risco para as DCD existe, em contraposição, a visão contra hegemônica das práticas corporais que considera aspectos culturais, sociais e econômicos na corporalidade humana, especialmente podem ser desenvolvidas no campo da Saúde Pública.

No trabalho do CAIS, conseguimos notar dois tipos de ações, ou seja, as pontuais de educação em saúde, com o objetivo de conscientizar o usuário sobre os hábitos saudáveis e a necessidade das atividades físicas. Estas vistas como estratégias de utilização dos conhecimentos ligados às atividades físicas chamadas de “palestras nos grupos”. Ao mesmo tempo percebemos o aparecimento dos objetivos de avaliar as condições físicas e prescrição do exercício (incremento da AF) e demonstrar que Educação Física é um campo de conhecimento biofisiológico.

No CAIS as atividades físicas foram: caminhada; alongamento; ginástica laboral e; fortalecimento muscular. Com o estágio da EF houve a inclusão de práticas corporais como a dança sênior e educação somática. O quadro 3 demonstra estes aspectos.

Quadro 3. Análise das ações desenvolvidas no CAIS

Local	Atividades/ações	Objetivos/finalidades	Especificidade e Quantidade
CAIS	Ações pontuais/educação em saúde	Conscientizar sobre os hábitos saudáveis e a necessidade das atividades físicas	Palestras nos grupos;
	Atividades físicas antes do estágio da EF	1. Avaliar as condições físicas e prescrição do exercício (incremento da AF); 2. demonstrar que Educação Física é um campo de conhecimento biofisiológico	1.Caminhada; 2.Alongamento; 3.Ginástica laboral; 4. Fortalecimento muscular;
	Práticas Corporais/ do estágio da EF	Vivenciar o movimento com consciência corporal e com significado para os usuários	1. Dança Senior 2. Educação Somática

5.2.3 O Centro de Saúde e a Educação Física

O Centro de Saúde faz parte da Estratégia Saúde da Família (ESF) e tem três equipes compostas por três médicos, três enfermeiros. Uma das equipes tem seis ACS e outras duas equipes têm apenas três.

O profissional de Educação Física vem do Distrito Sanitário quando requisitado e existe também a participação de outro professor, desta área, no programa Pet-saúde. Este, esporadicamente, atua como preceptor de acadêmicos no Grupo de educação em saúde “Tabagismo” e no grupo de “Gestação e Saúde da Família”. Além disso, uma equipe desenvolvia trabalhos com o grupo de idosos “Ação e Participação” e outra com um grupo de idosos “Esporte e Lazer”.

Após algumas visitas ao CS observamos que o grupo “Esporte e Lazer” era conduzido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da equipe 513, com o apoio do profissional de EF que vem do DS e dos estagiários do curso de Educação Física da UFG.

Os grupos aconteciam todas as quintas e sextas-feiras no ginásio de esportes do bairro. Participavam, naquela época, cerca de 30 a 40 pessoas, com faixa etária predominantemente entre 50 a 80 anos de idade. As mulheres idosas eram maioria, mas não havia restrição para a participação da comunidade com outras idades e nem para a participação de homens. Observamos também que o grupo se caracterizava pela alegria, receptividade e pela competitividade no esporte basquete adaptado. A maioria dos usuários era hipertensa e alguns diabéticos.

As aulas iniciam com a aferição da pressão arterial pelos ACS, após aconteciam as atividades relacionadas aos alongamentos e em seguida os usuários faziam arremessos na cesta do basquetebol. Às vezes realizam atividades que envolvia chute com bolas de futebol e voleibol. Ao final eram realizadas cantigas de roda e momento de recados, além de informações relacionadas à saúde, ao bairro e a eventos na comunidade. Por fim fazia-se uma oração.

Na organização do trabalho da unidade acompanhamos duas atividades fundamentais chamadas de “Planejamento Estratégico” e a “Educação Permanente”.

O processo do Planejamento Estratégico da unidade tem como base uma experiência realizada em 2009 em parceria com alguns cursos de saúde da UFG. O mesmo foi constituído de forma participativa entre funcionários e a comunidade. Os primeiros encontros foram para avaliar as ações e em seguida vêm se estabelecendo agendas anuais de trabalho.

A unidade de saúde foca também a Educação Permanente em seu trabalho coletivo. Com essa atividade visa desenvolver técnicas e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica.

Os documentos institucionais demonstram que, a partir de uma reunião realizada no dia 22/03/2010, construiu-se um cronograma de atividades de educação permanente com objetivos de melhorar as ações da unidade, considerando a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Promoção da Saúde.

Diante disso, a unidade desenvolve ações em diversas temáticas que contribuem na formação e na integração dos profissionais com a comunidade. O estágio do curso de Educação Física da UFG também se fez presente nesta unidade de saúde e, por este motivo, também colhe frutos desta organização do trabalho.

O PEF do DSL tem dado apoio esporadicamente aos projetos e atividades do CS. Além disso, os trabalhos desenvolvidos pelos estudantes tiveram foco na avaliação da diversidade dos usuários participantes do grupo “Ação e Participação” e no planejamento e desenvolvimento de práticas corporais na perspectiva da saúde ampliada dos sujeitos dos projetos, considerando o contexto histórico do grupo participante.

Neste grupo, as práticas corporais desenvolvidas foram o basquete (manejo de bola), trabalho com dinâmicas de memorização, jogos e brincadeiras, alongamentos, exercícios ao ar livre, hidroginástica e brinquedos cantados (constantes no relatório de estágio do curso de Educação Física) (UFG, 2011b).

Este relatório apresenta como aspectos positivos relacionados às experiências a criação de vínculo entre usuários, o desenvolvimento da criatividade, o diálogo permanente, o respeito às diversidades, o aumento autonomia, da credibilidade, da confiança e da afetividade entre os vários profissionais da Unidade e os usuários dos serviços. O diálogo com o grupo “Ação e Participação” apontou a troca de saberes e experiências entre acadêmicos de Educação Física e os idosos como o aspecto mais importante da parceria (UFG, 2011b).

As relações entre os estagiários da EF e os outros profissionais no CS foram muito positivas, principalmente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Isto se deu, talvez, pelos ACS estarem próximos da comunidade assumindo o desafio de estar à frente de um trabalho que não é específico de suas expertises (atividades físicas). Assim, as trocas de conhecimentos deles com os estudantes da EF foram apontadas como fundamentais para o sucesso do trabalho.

No Centro de Saúde o PEF lotado no DS Leste desenvolve atividades também ligadas aos “eventos”. Aparecem os mesmos objetivos de confraternização e o desenvolvimento de as atividades de “ações pontuais na educação em saúde”. Quanto às ações ligadas às atividades físicas apareceram: caminhada, alongamento; esporte/basquete; ginástica/exercícios e danças. Vejamos o quadro 4.

Quadro 4. Análise das ações desenvolvidas no Centro de Saúde

Local	Atividades/ações	Objetivos/finalidades	Especificidade e Quantidade
CS	Eventos	Confraternização	Dia mundial da saúde; Semana de saúde do DSL; Passeios dos grupos;
	Ações pontuais/educação em saúde	Conscientizar sobre os hábitos saudáveis e a necessidade das atividades físicas	Palestras nos grupos;
	Atividades físicas	1. Proporcionar atividades corporais para o lazer ou para as condições físicas e prescrição do exercício (incremento da AF);	1.Caminhada; 2.Alongamento; 3.Esporte/basquete; 4.Exercícios físicos;
	Práticas corporais (Estágio da EF)	Experimentar vivências corporais relacionadas ao movimento humano ampliando o enfoque	1.Jogos 2.Esportes 3.Danças 4.Ginásticas (saúde do trabalhador) 5.Hidroginástica

5.2.4 O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Educação Física

A unidade CAPS é um serviço de atenção à saúde mental de usuários com transtornos diversos. Funciona na lógica do território e assume uma área de abrangência da região leste de Goiânia. Em síntese, busca com seus serviços a reabilitação psicossocial dos usuários através da utilização dos equipamentos sociais da região do DS, bem como o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde, capacitação e assessorias em saúde mental¹⁹.

No momento da pesquisa a equipe de nível superior (especialistas em saúde) era composta por: 11 psicólogos, 08 médicos, 04 profissionais de EF, 04 assistentes sociais, 03 enfermeiros, 02 terapeutas ocupacionais, 02 musicoterapeutas, 02 arte terapeutas, 01 artes cênicas, 01 farmacêutico²⁰.

¹⁹ Centro de Atenção Psicossocial – CAP, documento de apresentação.

²⁰ Modulação de Servidores do CAPS constante nos documentos do DSL..

A criação dos CAPS como dispositivos da atenção à saúde mental possibilitou a revisão da necessidade dos hospitais psiquiátricos no tratamento de sujeitos com transtornos mentais. Isto acontece em virtude deles potencializarem o atendimento diário na perspectiva do acompanhamento clínico, da reinserção social ao acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis ao invés das internações em hospitais psiquiátricos.

Por este motivo, o CAPS em questão oferece seus serviços à população através do atendimento clínico e reinserção social de usuários com transtornos mentais maiores de 18 anos. Em nossas observações vimos que os serviços prestados aos usuários acontecem inicialmente com o acolhimento, visando compreender a situação do usuário de forma mais ampla possível e iniciar o vínculo terapêutico. Em seguida inicia-se o trabalho específico de médicos e farmacêuticos (consultas individuais) e, posteriormente, há a formação da equipe multiprofissional que atuará naquele caso específico ou no grupo formado por diversos usuários. Cabe ressaltar que os usuários não são divididos por patologia, como acontece na maioria dos grupos de atividades da atenção básica.

Outro ponto de destaque é que os profissionais também atendem a família dos usuários com o trabalho de multiprofissional em um grupo específico. As atividades são realizadas nos chamados “grupos terapêuticos” abertos e fechados.

O estágio do curso de Educação Física da UFG no CAPS focou a participação nas atividades de acolhimentos e re-acolhimentos, reuniões técnicas após os grupos, visitas domiciliares, evolução dos prontuários, reuniões de equipe, estudos de caso, conversas com usuários, conversas com a gestão e profissionais, participação nos projetos desenvolvidos e atividades especiais (UFG, 2011b).

O relatório indicou que os alunos desenvolveram atividades relacionadas à expertise da EF como: exercícios de flexibilidade, exercícios de respiração, danças populares, educação somática, educação em saúde, hidroginástica, jogos e brincadeiras. Além dessas práticas de intervenção específicas da Educação Física, os alunos foram orientados a buscar uma atuação ampliada pautada nos conceitos de tratamento humanizado e ampliado, busca da conscientização sobre as condições de vida e saúde, intervenções psicossociais, busca pela reintegração social, bem como, o foco na melhoria da autoestima dos usuários (UFG, 2011b).

Relatos dos acadêmicos e de seus orientadores de estágio demonstram reconhecer que os problemas ligados aos transtornos mentais são de ordem social profunda e, assim, as intervenções precisam ser estruturadas e realizadas numa visão ampliada de Saúde.

As experiências no âmbito do CAPS, relacionadas às práticas corporais hidroginástica e jogos/brincadeiras, apontaram dificuldade de ação em relação ao fazer pedagógico. Muitas

vezes as atividades propostas tiveram que ser adaptadas ou trocadas para considerar a realidade dos sujeitos e do campo de intervenção. Além dessas limitações, foram identificados estagiários com conceitos e preconceitos que interferiam no planejamento das práticas corporais. Em contrapartida, houve participação dos estagiários nas atividades do Conselho Local de Saúde, e neste sentido, os sujeitos sentiram que o estágio contribuiu na definição de estratégias de luta na resolução de alguns problemas apresentados naquele momento (UFG, 2011b).

Os acadêmicos relataram que o estágio contribuiu para a formação ampliada por possibilitar o planejamento de atividades para usuários distintos que exigia um agir pedagógico com foco na diversidade do grupo de usuários, assim, considerando os condicionantes históricos e culturais do grupo (UFG, 2011b).

Contudo, apareceram também trabalhos relacionados aos eventos. Os objetivos seriam confraternizar e desenvolver atividades de “ações pontuais na educação em saúde” relacionadas às atividades físicas. Variaram em cinco tipos: proporcionar vivências corporais para o lazer; aprender os conteúdos da cultura corporal; desenvolver a criatividade; avaliar as condições físicas e prescrição do exercício (incremento da atividade física) e; demonstrar que EF é um campo de conhecimento.

Quanto a esta diversidade de objetivos, salientamos que, neste local, concentra-se a maior parte dos PEF lotados no DSL e, por este motivo, encontramos estas diversidades de percepções sobre as ações da EF sendo desenvolvidas ou “projetos” para serem estruturadas no campo de trabalho da Saúde Pública.

As atividades já desenvolvidas ou em desenvolvimento lembradas pelos PEF e acompanhadas em nossas observações foram: caminhada; alongamento; ginástica localizada, acrobática, geral, laboral; futebol; voleibol; corrida; tênis; danças, danças circulares; relaxamento; jogos de tabuleiros, de salão e recreação; teatro/expressão corporal; lutas; avaliação física; fortalecimento muscular; atividades rítmicas e; yoga. O quadro 5 mostra a globalidade das informações.

Quadro 5. Análise das ações desenvolvidas no CAPS

Local	Atividades/ações	Objetivos/finalidades	Especificidade e Quantidade
CAPS	Eventos	Confraternização	Dia mundial da saúde; “Feira do Troca Troca”;
	Ações pontuais/educação em saúde	Conscientizar sobre os hábitos saudáveis e a necessidade das atividades físicas/prevenção/promoção	Palestras nos grupos;
	Práticas Corporais/atividade física	1. Proporcionar vivências corporais para o lazer 2. Aprender os conteúdos da cultura corporal; 3. Desenvolver a criatividade; 4. Avaliar as condições físicas e prescrição do exercício (incremento da AF); 5. demonstrar que Educação Física é um campo de conhecimento;	1.Caminhada; 2.Alongamento; 3.Ginástica localizada, acrobática, geral, laboral; 4.Futebol; 5.Voleibol; 6.Corrída; 7.Tênis; 8.Danças circulares; 9.Relaxamento; 10.Jogos de tabuleiros, de salão e recreação; 11.Teatro/expressão corporal; 12.Lutas; 13. Avaliação física; 14. Fortalecimento muscular; 15. Atividades rítmicas; 16. Yoga;

Neste subitem nos propomos a discutir as informações sobre as ações desenvolvidas pela EF nas unidades de saúde do DSL. Como vimos no Centro de Saúde a centralidade do trabalho do PEF recai sobre as intervenções nos grupos de educação em saúde, mais especificamente nos grupos de Tabagismo, Gestação e Esporte e lazer. Já no CAIS o trabalho centra-se no processo de avaliação, orientação e intervenção com ações de fortalecimento muscular e combate às doenças crônico degenerativas (DCD), com ênfase nas osteoarticulares e circulatórias. No DSL as ações são realizadas nas unidades de saúde da área de abrangência, com palestras e atividades ligadas a conscientização os usuários sobre suas condições de saúde e a necessidade de assumir um estilo de vida mais saudável e assim, combater o aparecimento das DCD. Além dos trabalhos ligados à ginástica laboral. No CAPS temos as intervenções mais centradas nos trabalhos multiprofissionais em equipes ou grupos de

terapias. Estes envolvem, geralmente, a relação de duas profissões em ações relacionadas às especificidades e necessidades dos usuários da saúde mental.

Além disso, demonstramos a diversidade das práticas corporais que estão sendo realizadas com suas finalidades. Estas são definidas a partir da demanda dos usuários, outras vezes pela percepção e desenvoltura do PEF (com sua formação, história de vida, ideologias, discursos) e também definidas pela lógica da organização do trabalho.

Cabe destacar que, entendemos estar implícito na atuação da EF, de forma geral, um sentido prático do trabalho que escapa aos mesmos. Os documentos e as observações trazem à baila as discussões do sentido de saúde para o próprio campo e para o campo da EF, às vezes com percepções identitárias mais individuais ou mais sociais. A partir desta apresentação descritiva passamos, no próximo capítulo, a analisar as percepções e vidências dos agentes do campo sobre a profissão EF no campo da Saúde Pública, a partir da realidade de cada unidade de saúde.

CAPÍTULO VI

6. O DISCURSO DOS PROFISSIONAIS (AGENTES – PEF, POAS e Gestores) QUANTO A INSERÇÃO, ACEITAÇÃO, INSTITUCIONALIZAÇÃO E A LEGITIMAÇÃO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE PÚBLICA DO DISTRITO SANITÁRIO LESTE EM GOIÂNIA: Evidências e percepções

Tendo apresentado um panorama da realidade das Unidades de Saúde do DSL a partir dos documentos formais das Unidades de Saúde bem como dos dados do processo de institucionalização da profissão Educação Física neste distrito, partimos para análise da natureza do trabalho dos profissionais em suas visões e percepções, capturadas a partir das entrevistas realizadas no processo de investigação. Assim, apresentamos e analisamos discursos sobre as práticas desses profissionais, os modos como são mobilizados os conhecimentos produzidos no mercado de trabalho, as relações de conflito e lutas com outras profissões.

Neste capítulo, discutimos o processo de inserção de uma relativamente nova profissão no campo da Saúde Pública, explicitando seus elementos de avanço e limites diante da realidade, ou seja, analisamos o lugar que ocupa a Educação Física no campo da Saúde Pública em Goiânia. A partir das falas dos entrevistados, finalidade foi analisar as desigualdades e as circunstâncias as lutas, disputas, conflitos, convergências, afinidades, contradições, diferenças entre as profissões, ou seja, investigá-las no campo da “análise sociológica da divisão do trabalho” num jogo/conflito que visa a construção de identidades profissionais.

Neste subitem analisamos as relações profissionais, as lutas por legitimidade, por reconhecimento e lutas por posições de diferentes profissões no campo da Saúde Pública. Tomamos como foco o olhar dos profissionais das unidades de saúde pesquisadas, em particular, da Educação Física, Psicologia, Nutrição, Assistência Social, Administração, Nutrição, Psicologia, e Enfermagem, em relação à profissão Educação Física e seus profissionais. Essas falas foram analisadas a partir de uma visão sociológica das profissões e de contribuições conceituais do pensamento de Pierre Bourdieu. Neste capítulo grifamos os trechos mais importantes das falas dos agentes para evidenciar temáticas fundamentais percebidas pelos agentes no campo.

6.1 EVIDÊNCIAS E PERCEPÇÕES DOS AGENTES (Quadro 1) SOBRE A INSERÇÃO DOS PEF NA SAÚDE PÚBLICA

6.1.1 O olhar dos Profissionais de Educação Física (PEF – Quadro 1) sobre o processo de inserção da EF no campo da Saúde Pública

Nos discursos dos PEF identificamos várias críticas: a) quanto à sua inserção nas unidades de saúde em particular, nos concursos públicos; b) posição inferior nos diversos planos de cargos e salários a que estão submetidos.

Foram unânimes em afirmar que os concursos públicos realizados pela Prefeitura de Goiânia e sua lotação não corresponderiam às suas expectativas e à sua formação, o que tem dificultado enormemente sua inserção no trabalho e a utilização de seu capital cultural profissional acumulado.

Destacamos duas falas: “esse **concurso** que eu fiz não foi para especialista em saúde e EF, foi mais geral, as pessoas foram sendo **colocadas assim de forma aleatória**, uns foram para o desporto, outros para a saúde” (profissional de EF (1), 02/10/2013).

O outro profissional também criticou essa desorganização e desvalorização: “a *minha entrada foi meio truncada porque quando eu fiz o concurso da prefeitura não foi para saúde, foi para cultura, sou analista em cultura e desporto [...]*” (PEF (8), 28/04/2014).

Os discursos indicaram ainda que este processo de inserção foi marcado por ansiedade, sentimentos de desvalorização, desconhecimento do trabalho em Saúde Pública, falta de experiência e domínio sobre o funcionamento do SUS, despreparo profissional para o tema, estrutura de trabalho precária, etc.

[...] hoje quem esta entrando esta sofrendo muito, mas eu acredito que nos próximos, sou otimista, creio que daqui a uns 10, 20 anos vai crescer [...] (profissional de EF (1), 02/10/2013).

*Muitos profissionais da época **surtaram** porque não haviam feito o concurso para trabalhar na saúde mental, o concurso foi para o esporte e lazer na secretaria de cultura. Eu fiz a opção de ficar e outros foram para Secretaria de Lazer ou ficaram na Cultura e **depois arrependeram de não ter ficado na saúde** [...]. Então as pessoas por **medo do desconhecido**, não quiseram assumir o trabalho em saúde mental [...]. Quando eu cheguei no serviço **me perguntei e aí o que vou fazer?** Pedi tanto para vir para cá, o que eu vou fazer agora? Olhava para esse lugar arborizado com muito espaço, mas sem estrutura para trabalhar, a construção era muito precária e pequena [...]* (profissional de EF (8), 28/04/2014).

*A minha chegada no SUS **foi muito desafiadora** porque, na verdade do trabalho que era para ser feito, da EF proposta dentro do sistema único de saúde, **eu não tinha experiência**, e nem tinha conhecimentos teóricos profundos acerca do assunto, então foi um desafio grande.* (profissional de EF (2), 01/12/2013).

*[...] quando entrei não tinha trabalhado nem na Saúde Pública nem com usuários de Alcool e outras drogas, aí já foram duas realidades completamente diferentes da minha e **foi um aprendizado no campo** de trabalho no dia a dia [...]* (profissional de EF (7), 02/04/2014).

O primeiro ponto foi duvidoso, porque eu não sabia o que eu ia fazer quando me falaram que eu iria para um CAIS, eu falei gente [...] o que eu vou fazer num CAIS? (profissional de EF (6), 27/03/2014).

Disseram que o processo de inserção foi marcado por dúvidas, descontentamentos e insatisfação também quanto aos planos de cargos e salários. Em sua maioria, entendem que deveria haver um plano de cargos e salários equivalente para todos os PEF e, assim, acabar com estas disparidades.

Com efeito, os dois Planos de Cargos e Salários (PCS) dos profissionais de “nível superior” e o “especialista em saúde” apresentam vantagens e desvantagens. Por este motivo alguns PEF querem permanecer no PCS de nível superior e outros prefeririam serem reconhecidos como profissionais da saúde. Isto acontece por uma série de motivos: enquanto o PCS da saúde tem gratificações para insalubridade, auxílio deslocamento e outras vantagens; no PCS de Nível Superior a progressão se dá a cada ano, sem as vantagens acima, as quais estão no valor salarial e na progressão mais rápida. Também os valores pagos para a titularidade conseguida em função de cursos de especialização e pós-graduação chegam a 25% no PCS de Nível Superior, enquanto os PCS da Saúde não atingem a metade (12%). Concluimos que, apesar de realizarem os mesmos serviços nas unidades, os ganhos salariais, são diferentes (GOIÂNIA, 2010). Vejamos seus depoimentos:

Os PEF são lotados como analistas de cultura e desporto, o ideal é que tivesse um plano igual para todo mundo (profissional de EF (1), 02/10/2013).

*Este plano de cargos e salários é chamado de técnico em desporto e cultura e temos **um plano de carreira dos profissionais de nível superior** e os cargos agora do último concurso é **especialista em saúde**. Eu prefiro ficar no plano de carreira do nível superior e os ganhos foram maiores. **Quando eu entrei eu ganhava gratificação de titularidade que é 25% com a especialização e da saúde é de 12%** e a carga horária deve ser até 700 horas e **a mudança de letra no plano é todo ano e da saúde é de 2 em 2 anos** e tivemos manifestações para mudar e eu não vejo vantagem em mudar. Eu falo vamos ficar quieto no plano do nível superior porque está lá o pessoal do judiciário (profissional de EF (8), 28/04/2014).*

*Eu sou do concurso de analista de desporto e cultura e não agente de saúde. **Hoje o meu plano de cargos e salários é melhor eu não sei ao longo do tempo**, porque o plano para os agentes de saúde é melhor ao longo do tempo, mas hoje eu estou satisfeita (profissional de EF (7), 02/04/2014).*

*[...] o cargo que eu estou **não tem direito à insalubridade**, não tem direito à **gratificação de movimentação**, ou seja, gastar com o transporte para chegar ao trabalho. Já este novo especialista que virá terá direito a tudo isso, **então, certamente vai haver alguns conflitos**. (profissional de EF (2), 01/12/2013).*

Nos PCS e nas falas dos PEF encontramos disparidades entre os vencimentos. Muitas são explicadas pelo tempo de casa e pelas gratificações. O Adicional de Titulação, Formação e Aperfeiçoamento é comum a todos os cargos e concedido após o Estágio Probatório; o Adicional de Desempenho em Unidade de Dificil Lotação e/ou Dificil Acesso alcança até 30% do salário; o Adicional de Insalubridade ou Periculosidade também até 30%; a Gratificação Especial pelo exercício de função específica é recebida quando lotados nos serviços de Urgência, Psiquiatria, Programa de Saúde da Família e Auditoria Médica (GOIÂNIA, 2010).

O resultado dessas disparidades gera conflitos permanentes no campo. Muitos PEF migram constantemente para os sérvios de Saúde Mental, buscando melhores ganhos salariais. Pareceu-nos, portanto, que a intenção de trabalhar neste campo se dava, principalmente, em função de melhores condições financeiras e menos pela afinidade profissional (atualmente 21 dos 31 PEF da SMS estão lotados na Saúde Mental em Goiânia).

*Ainda tem a diferença nestes lugares em que **quem trabalha nos CAPS tem uma gratificação** e por isso todos os **professores de EF** **querem ser lotados neles**, é melhor do que na Atenção Básica e nos Distritos Sanitários. (profissional de EF (4), 18/12/2013).*

*[...] o primeiro concurso que teve para a EF pouquíssimos ficaram, o pessoal foi para o Centro Livre e Artes e para a Cultura, teve gente que ficou na administração, um pessoal foi para a Capemi na ginástica laboral e mesmo no administrativo. **Quando descobriram que tinha nos CAPs a gratificação tentaram voltar**. Muitos saíram da Saúde Pública. (profissional de EF (7), 02/04/2014).*

Os PEF obviamente entendem que não é justo trabalhar recebendo menos que outros profissionais que desempenham a mesma função na mesma unidade. Legitimamente, querem não apenas receber de acordo com eles, mas, sobretudo, serem reconhecidos e valorizados. Reconhecem que as diferenças nos PCS são historicamente determinadas entre as profissões de Psicologia, Enfermagem, Medicina e a Odontologia.

*[...] como sabe temos os problemas de não ter um plano de cargos e salários organizados na Saúde. **Somos lotados como analistas de desporto e este cargo não tem as gratificações** que os outros profissionais da saúde tem. Então **desempenhamos as mesmas atividades em campo, mas recebemos menos**. Além das **diferenças salariais que são históricas** entre as diversas especialidades da saúde. Então estou satisfeito do ponto de vista do trabalho que posso desempenhar, mas não do ponto de vista da remuneração. (profissional de EF (4), 18/12/2013).*

*Olha, o ideal que todos nos entrássemos neste novo plano de carreira, mas **hoje, nós, PEF** **somos analistas de desporto e cultura, seria interessante, trabalhamos na saúde e não somos reconhecidos como tais**, e continua reforçando a discriminando, por causa daquela visão de que muita gente tem da preparação física, acho que seria interessante se inserir o professor de EF entrar neste plano ainda. **Ser reconhecido como as outras profissões já estão pertencem ao quadro da saúde, psicologia,***

enfermagem, médico, estes são tradicionais na área da saúde, a odontologia, isso na área da saúde. O professor de EF ainda não entrou neste plano. (profissional de EF (5), 15/04/2014).

Os PEF contestaram que a vinda de outros profissionais de sua área (lotados especialmente na Secretaria de Esporte e Lazer e da de Educação) tem causado mais conflitos, visto que, ao transferirem-se mantem o salário sem as gratificações da Saúde. Isto é, mesmo recebendo menos, fazem o mesmo trabalho.

*[...] nesta gestão está mais difícil, porque as pessoas da SEMEL não queriam porque sabem que existe diferença no vencimento [...] **quem está na saúde dependendo de onde está recebe gratificação, então havia confusão**, porque eu vou na Saúde [quando fica a disposição de outro campo] fazer um trabalho que deveria ser dele [outro profissional da saúde com um salário menor]. A forma como a prefeitura também valoriza os profissionais da EF de forma diferenciada também é um fator complicador.* (profissional de EF (1), 02/10/2013).

Outra questão, sobre a inserção, foi relatada em relação às constantes mudanças de lotação dos PEF o que, segundo eles, tem dificultado a articulação, o desenvolvimento e o amadurecimento de um trabalho, o refinamento das ações, o domínio, a veiculação destas. Estes elementos, a nosso ver, seriam fundamentais para os PEF “afirmarem” seu capital cultural. [...]. *“A todo o momento estou indo de um lugar para o outro e isto prejudica até o campo nosso de intervenção e as possibilidades de reflexão de maneira longitudinal e até nas perspectivas de formação continuada* (profissional de EF (9), 27/03/2014).

Esta migração tem dificultado sobremaneira a permanência e a criação de vínculos mais ou menos legítimos e consistentes com as unidades de saúde. Consequentemente não potencializa o desenvolvimento do trabalho a longo prazo, nem a formação continuada de acordo com as especificidades do capital cultural aprendido e acumulado.

Então o plano de carreira é um entrave, [...] em nível de salário e de estimular a formação continuada ele não favorece, então é uma crise e é uma luta nossa também, porém os nossos impactos na saúde são pouco relevantes e por isso uma perspectiva de mudança é difícil. (profissional de EF (9), 27/03/2014).

Outra consequência dessa inserção conflituosa refere-se à visão restrita dos Gestores e dos POAS sobre a EF, a qual seria focada nos métodos e técnicas fortemente marcados pelo senso comum, a busca da cura de doenças já instaladas e pelas características da EF do século XIX. Vejamos duas falas:

No meu ponto de vista a gestão, assim como os outros profissionais, a EF ainda sofre uma forte interferência do senso comum quanto aos métodos e quanto aos conteúdos a serem abordados e trabalhados, a visão que ainda se tem é que o professor, aliás como educador físico, a própria secretaria da educação nos de educador físico, eu acho este termo feio e acho que do meu ponto de vista ele carrega todas as características da EF do século XIX (profissional de EF, (5), 15/04/2014)

Ai vem a dificuldade por que em relação ao que eu via na prática me leva a pensar o contexto da EF, a questão da identidade e como as pessoas percebem a área, então a gente percebe claro que o senso comum prevalece nestas relações, a gestão tem uma concepção do que é a EF e eles pensam que ela é a partir do trato com o corpo e vai de alguma forma contribuir muitas vezes até para a cura da pessoa e é a mesma questão paradigmática, questão de resultados (profissional de EF (9), 27/03/2014).

O PEF 2 destaca que alterações substanciais neste quadro dependeriam de tempo e organização de uma coordenação de EF em nível central da SMS, visando diminuir a desvalorização e as diferenças de tratamento em termos administrativos e técnicos: *“Até foi pensado, por exemplo, em montar uma coordenação da EF como existe, por exemplo, no grupo das nutricionistas, mas isso tudo é muito trabalhoso, depende de pessoas com mais tempo e disponibilidade para estar assumindo isso”* (profissional de EF (2), 01/12/2013).

A partir da problematização desses elementos, observamos que os PEF têm enfrentado dificuldades relacionadas à gestão central da SMS quanto às suas inserções neste campo de trabalho. Soma-se a isso não terem representantes neste nível de organização hierárquica e, portanto, apresentarem maiores dificuldades de institucionalização – este assunto será tratado com mais profundidade na temática “relações profissionais”.

6.1.2 O olhar dos profissionais de outras áreas da saúde (POAS) sobre o processo de inserção da EF no campo da Saúde Pública

Os discursos dos profissionais de outras áreas da saúde (POAS) referiram-se ao trabalho multiprofissional, destacando a importância dos PEF: *“O meu contato inicial com a EF foi aqui no Distrito Sanitário. Eu entrei em meados de 2005 eu cheguei e o [fulano] entrou e ficou meio deslocado e a gente já tinha um certo conhecimento, é aquela coisa de ir passando o serviço multiprofissional (Profissional de nutrição (5), 11/06/2014).*

A entrevista de outra nutricionista de outra unidade reforça esta visão: *“Então nós fazíamos um trabalho bem integrado, na época tinha o programa PPCO que trabalhava com pacientes adultos e obesos e tinha atividades multiprofissionais em conjunto [das profissões] com esse grupo, fazíamos palestras [...]”* (Profissional de nutrição (6), 13/05/2014).

Uma profissional de Psicologia apresentou com muita clareza a importância dos PEF, relatando as múltiplas tarefas que lhes caberiam, mas que não tem sido bem implantadas.

[...] e então eu acho que os PEF têm uma tarefa muito grande. Estruturar EF aqui, estruturar na Saúde Pública e em específico na saúde mental, ver as ações e conhecimentos que são necessários e contribuir com a formação na universidade, tem um papel muito importante e com o usuário, com a resolutividade com os usuários [...] (profissional de psicologia (1), 29/04/2014).

Outro POAS (2) ficou surpreso com as ações da EF, as quais diferenciavam de sua visão anterior. Essa impressão revelou claramente seu desconhecimento sobre o que os PEF podem, efetivamente, realizar. Surpreendeu-se com o fato da EF não estar voltada para um suposto rendimento atlético ou para a performance dos usuários nos esportes e, nem para conteúdos tradicionais no campo educacional ou escolar: *“Eu sempre fui muito de praticar atividade física, então eu tinha a visão do profissional é diferente [...] eu achava que quem forma [em Educação Física] seria um atleta e não professor de EF, então eu tive um choque”* (Profissional de enfermagem (2), 29/04/2014).

Essa fala revela um profundo desconhecimento sobre as várias expertises dos PEF, o que sempre nos pareceu, ao longo da pesquisa, estar muito presente nos outros profissionais.

Recorrentemente, muitos POAS revelaram grandes dificuldades em compreender o papel e as possibilidades da EF na Saúde Pública, demonstrando um profundo desconhecimento de suas habilidades, formação e capitais: *“pelo que eu saiba, agora é que entrou no curso de Educação Física a Saúde Pública”* (Profissional de psicologia (3), 08/05/2014).

Neste sentido, o POAS 7 faz alusão ao uso equivocado do termo “professor” e não “profissional de saúde” em relação aos PEF. O termo “professor” denotaria ações voltadas primeiramente para a educação e não para o campo da Saúde. Do mesmo modo, também se vê problemas na utilização do termo “educador físico”, o qual estaria mais voltado para a escola e para as academias, e não para a Saúde Pública.

São terminologias que revelam a incorporação ou não de *habitus* particulares.

Eu percebo como um profissional de saúde, acho que ela ainda se vê muito como educação, tanto é que se fala professor de EF não se fala profissional de EF e isso para mim é muito estranho porque eu acho que é um parceiro como o fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, médico e lida com a parte somática, com aquela condição do corpo da pessoa e tem que se aproximar do campo da saúde, está muito para o educador físico, ainda está muito voltado para a escola e para a academia e não para a saúde no contexto do SUS (Profissional de enfermagem (7), 08/05/2014).

6.1.3 O olhar dos Gestores sobre o processo de inserção da EF no campo da Saúde Pública

O Gestor 1 reconhece a participação e a atuação, com resultados significativos, dos PEF. Reconhecem terem boa vontade, projetos de trabalho, noção da atuação, valorizando sua contribuição.

*[...] eram **muito atuantes aqui e na Saúde Pública** [...]. Eu percebi, a nível do distrito, **uma vontade muito grande** do profissional de desempenhar seu papel e fazer acontecer atividades de promoção e educação em saúde voltada para essa categoria (Gestor (1), administração, 23/05/2014).*

Também encontramos uma coincidência de visão dos Gestores com a dos POAS quanto à inserção da EF proporcionar parcerias para o trabalho multiprofissional:

*[...] a minha história na saúde mental vem antes daqui. Quando a gente montou o primeiro serviço de saúde mental, que foi Água Viva, a gente já tinha o educador, o professor de **EF junto conosco como parceiro no trabalho multiprofissional**. (Gestor (2), psicologia, 28/04/2014).*

*[...] desenvolvia um trabalho mais voltado para a teoria e as ações ligadas ao esporte e ao lazer que os Agentes Comunitários de Saúde. Faziam e depois foi surgindo às reivindicações e **como iam atuar juntamente com os profissionais de saúde, começaram a surgir as parcerias multiprofissionais** [...] (Gestor (4), direito, 13/05/2014).*

O Gestor 4 reconhece que as parcerias entre as profissões seriam fundamentais para o desenvolvimento do trabalho no SUS.

Para os gestores, a despeito deste reconhecimento, revelaram problemas. Segundo eles, os PEF ainda não estão inseridos neste campo da melhor maneira.

Seria necessário estarem na “ponta” das unidades, com representação em nível central como as outras categorias profissionais, empoderados com diretrizes para desenvolverem seus trabalhos voltados para a prevenção e promoção da saúde. Vale destacar a importância dada à vaga em relação à ausência do empoderamento.

*Quando cheguei aqui eu percebi que o profissional fica limitado porque quando é solicitado por alguma unidade para atividades fora **ele é mal conduzido, ou mal inserido na proposta que estas unidades** ou secretarias colocam. A minha avaliação aqui no distrito é que conscientizou da necessidade deste profissional, **abriu-se vaga para concurso, mas não empoderou-se o profissional**, ele ainda não é empoderado e não tem os recursos mínimos que precisa para desenvolver as atividades dentro da prefeitura e mais precisamente na Secretaria Municipal de Saúde **no âmbito do nível central ele não está representado** (Gestor (1), administração, 23/05/2014).*

*[...] **existem resultados significativos**, mas numa área de abrangência com tantas unidades de saúde, onde é que ele se insere. Muitas vezes ele é requisitado e não tem condições de atender as unidades da forma que elas esperam. Então o que eu posso afirmar é que **este profissional está aqui ele tem boa vontade, tem projeto de trabalho, tem noção de sua atuação, conhece o que pode contribuir**, mas não está inserido da*

maneira que deveria estar (na ponta das unidades) (Gestor (1), administração, 23/05/2014).

Criticam ainda a não inserção dos PEF nas equipes da Estratégia da Saúde da Família. Se ali tivessem, dizem os gestores, poderiam contribuir mais efetivamente na dimensão do lazer, esporte e saúde.

*“Eu acho que não deveria investir só na inserção deste profissional na Unidade de Saúde e sim em **cada Equipe da Estratégia da Saúde da Família e estas equipes não tem o profissional** para apoiar as atividades físicas de lazer, de esporte* (Gestor (4), direito, 13/05/2014).

Finalmente, alertam para o fato de muitos PEF ainda permanecerem lotados nos Distritos Sanitários e irem esporadicamente às Unidades de Saúde, o que abre lacunas. Como também falaram os POAS.

Antigamente somente tinha o [fulano] para atender as unidades de saúde de toda a região leste e ele era muito ausente em virtude da quantidade de unidades. Inicialmente ele tentou formar os grupos e passar algumas coisas básicas para os profissionais atuar com os idosos, mas eram muitas unidades. (Gestor (4), direito, 13/05/2014).

6.1.4 Sínteses das percepções dos agentes sobre a inserção dos PEF e da Educação Física na Saúde Pública

Analisando a percepção dos agentes sobre a inserção dos PEF nas unidades de saúde pesquisadas avaliamos que estes enfrentaram dificuldades relacionadas à gestão central da SMS quanto as suas inserções neste “novo” campo de trabalho para a área da EF. Haveria pouco processo de empoderamento dos PEF e a EF seria única categoria que não tem representatividade no nível central no organograma da SMS, portanto, apresenta maiores dificuldades de institucionalização – este assunto será tratado com mais profundidade na temática relações profissionais.

Embora a dimensão inserção tenha papel importante no desenvolvimento do trabalho dos PEF e deva ser discutida e reorganizada (considerando existir o curso de formação para a atuação nos serviços de saúde), avaliamos que a inserção de quaisquer profissionais concursados necessita ser compreendida como constitutiva de uma complexidade. Essa situação faz com que haja, a nosso ver, um processo de discriminação desta categoria profissional. Acreditamos que a SMS deveria estruturar a criação de vagas e a lotação administrativa dos PEF, no campo, no sentido de institucionalizar de maneira mais efetiva os profissionais desta área.

Na visão dos POAS, ficou claro que os PEF precisam assumir o trabalho no SUS focando as necessidades das unidades de saúde no que se refere ao esporte e lazer e às práticas corporais/atividades físicas, buscando conquistar a manutenção da frequência nas atividades. Em virtude do trabalho na Saúde Pública requerer especificidades em relação a outros subcampos do mercado de trabalho os PEF. Também deveria diferenciar seu trabalho do que é desenvolvido no aspecto teórico-metodológico nos contextos do mundo da escola e da academia. Assim, na visão dos à inserção da EF proporcionar mais parcerias para o trabalho multiprofissional.

Em resumo, neste subitem, observamos que a questão da realização de concursos “gerais” e não específicos para cada Secretaria do Município de Goiânia, neste caso para a Secretaria de Saúde, foi um agravante no processo de inserção dos PEF na Saúde Pública. Assim, sentimentos como medo, surpresa, desafio, discriminação, necessidade de aprofundamento em conhecimentos não previstos no concurso, não institucionalização eficiente e pouco empoderamento do profissional foram recorrentes nos discursos dos agentes, sobretudo dos PEF.

A migração constante de profissionais da Secretaria Municipal de Educação e da Secretaria Municipal de Esporte e Lazer foi considerada um problema, pois são realizadas mais no sentido de melhorar os ganhos salariais do que por afinidades com as diferentes formas de atuação nas unidades de saúde (CAPS, CAIS, UABSF e DS).

Na visão dos agentes, a visão tradicional do trabalho com o esporte e com conteúdos escolares e do mundo da academia são vistos como difíceis de serem aplicados no campo da Saúde Pública, mas estão muito impregnados no trabalho dos PEF, contudo são reforçados pela força das abordagens tradicionais (baseadas estritamente da perspectiva biofisiológica do campo). Há a indicação de uma tendência de reforço pela própria EF.

Estes resultados demonstram também a tradição do campo científico relacionado ao paradigma dos fatores de risco. A título de exemplo, trazemos as proposições de Oliveira et., al. (2011). Para estes autores, a inserção seria para atender as necessidades sociais em saúde com vistas à proteção, vigilância e intervenções, no sentido de controlar a incidência de doenças na população. Também porque pode interferir na aderência da população inativa às práticas de exercícios físicos que geralmente não são realizados por falta de oportunidades, falta de informação, falta de tempo, baixa renda.

Outros autores do campo da educação física reforçam a manutenção desta hegemonia no campo. Quando analisamos a produção científica relacionada a EF na SP vimos um número considerável centrados na visão biofisiológica estritamente e na construção e

avaliação de programas de atividades físicas no SUS. Quint et., al. (2008) reforçam nossos achados. Ao avaliarem a inserção da EF no PSF, indicam que a EF ao discutir as relações entre a atividade física e a saúde há, na maioria das vezes a predominância dos aspectos e visões biológicas da relação saúde-doença. Reforçando o fato das ações serem, geralmente, centradas na tradição médico-higienista, com tendência de simplificação do ato pedagógico.

Também apareceram, na visão dos agentes, divergências entre os termos “profissionais”, “professor” e “educador físico” para representar o profissional deste campo. Existe uma tendência de defesa do termo “profissionais” de Educação Física. Isto porque corresponderia melhor à forma a qual as outras profissões não chamadas no campo da Saúde Pública. Para os agentes se a EF quer conquistar *status*, nada melhor do que assumir este termo.

Considerando as análises teóricas dos estudos sobre as inserções de PEF em municípios brasileiros, vimos que esta tem se dado de diferentes formas em diferentes contextos, na maioria das vezes, de forma restrita, precária e com certa perda de legitimidade. Também observamos que na cidade de Goiânia a inserção foi através de concurso público e não através de contratos temporários, como tem sido a realidade de outros municípios brasileiros (OLIVEIRA et al., 2011)

O fenômeno da migração dos PEF somada à visão tradicional e conservadora, baseada nos fatores de risco - reforçada pelo campo - e a desconsideração dos contextos culturais, sociais e econômicos nos processos de trabalho na Saúde Pública, entre outros aspectos, em nosso ponto de vista, contribui, de certa maneira, para que explicar as dificuldades, lutas, disputas, parcerias e conchaves da complexa teia que constitui a construção da identidade da profissão EF na Saúde Pública. Além do mais, demonstra haver uma relativa precarização dos processos de trabalho dos profissionais das Unidades de Saúde do DSL de Goiânia. Resultados igualmente encontrados nas pesquisas de Oliveira et al. (2011), Santos (2012) e Martinez (2014).

Visto a análise do processo de inserção da EF e, conseqüentemente, dos PEF no campo da Saúde Pública na área de abrangência do DSL, procuramos ampliar nossas análises iniciais, passando a avaliar os sentidos dados pelos agentes para justificar essa inserção/presença do trabalho da EF nas unidades de saúde.

6.2 EVIDÊNCIAS E PERCEPÇÕES DOS AGENTES SOBRE A JUSTIFICATIVA DA PRESENÇA/PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE PÚBLICA

Neste subitem problematizamos a percepção dos agentes sobre o trabalho dos Profissionais de EF nas unidades de saúde pesquisadas.

6.2.1 O olhar dos PEF sobre seus papéis no campo de atuação

Em relação à justificativa da presença da EF na Saúde Pública os PEF se referem, fortemente, aos termos “atividades físicas” e “práticas corporais”. Percebem, com evidência, a contradição que apontamos nas análises nos documentos legais do Governo Federal/ME (capítulo IV). Estes termos demarcam diferentes grupos, com projetos para o campo distintos e em disputa no cenário nacional.

Cinco PEF entendem que a EF se justifica por interferir nos aspectos biofisiológicos dos usuários através das atividades físicas. Nas suas percepções a realização das atividades físicas, bem como a orientação para a aderência à hábitos de vida saudáveis, fortaleceria a prevenção à saúde. Destacamos algumas falas:

[...] a gente trabalha não é pela questão estrutural nem pelo dinheiro é pela satisfação de servir do usuário [...]. Mudar os hábitos de vida. Criar um conflito nela [...], dar ferramentas para ela incorporar hábitos saudáveis, esse que é o nosso papel. (profissional de EF (1), 02/10/2013).

[...] poderia ser prevenido simplesmente com a prática regular da atividade física associando aí outros hábitos. Para quem está com risco de mobilidade, risco de hipertensão arterial, para quem está com osteoporose (profissional de EF (2), 01/12/2013).

A EF é fundamental para aquelas pessoas [usuários] que procuraram o programa, sabem a importância da atividade física [...]. Então eu tenho, por exemplo, a dona Amélia que tem 82 anos e vem duas vezes por semana fazer atividade física e sabe a importância. (profissional de EF (6), 27/03/2014).

[...] não é o dar aula de EF que legitima, às vezes é muito mais eu orientar o usuário para ele conseguir fazer a atividade física próximo a sua casa (profissional de EF (7), 02/04/2014).

[...] fazer com que o usuário tome consciência das atividades física para a melhoria das condições de saúde. (profissional de EF (8), 28/04/2014).

Por outro lado, quatro PEF justificam a EF a partir das **práticas corporais**. Para estes os efeitos das atividades da EF iriam além das variáveis biofisiológicas. Há a afirmação da sua importância pela aplicação dos jogos e recreação com fundamentação teórica e

considerando o sujeito da prática na atividade. O PEF 4 apresenta angustia pela incerteza quanto ao trabalho específico ou multi/interprofissional.

A EF foca especificamente nas práticas corporais como jogos e recreação com os usuários, mas também as questões teóricas [palestras nos grupos de educação em saúde] (profissional de EF (2), 01/12/2013).

Todas as minhas respostas você vai perceber que será sempre fundamentada naquilo que eu acredito então os aspectos ligados as práticas corporais. Estas remetem e [...] abarcam uma quantidade de elementos ligados ao sujeito que está relacionado ao processo de saúde. (profissional de EF (9), 27/03/2014).

*Nas práticas corporais que entendo ser a especificidade da EF na Saúde Pública. Mesmo assim não tenho muita certeza de que o trabalho deve seguir esta lógica da especificidade, mas vivo uma angustia que é esta de conflitos entre o **que é específico e o que é multiprofissional ou interdisciplinar**. Sei que procuro fazer as duas coisas onde trabalho. (profissional de EF (4), 18/12/2013).*

Noutra perspectiva, O PEF 5 amplia as possibilidades de uma atuação justificada para além dos conteúdos das práticas corporais como jogos e a recreação. Indica a necessidade da EF trabalhar com as atividades corporais alternativas como malabares, circo, danças criativas, danças circulares, equilíbrios. Para ele, estas seriam um contraponto aos conteúdos tradicionais e hegemonicamente fortalecidos pela indústria cultural.

*[...] se eu for definir o meu trabalho com as práticas eu defino como as práticas corporais alternativas. O que é isso? São aquelas práticas que estão à margem do que é pregado pela sociedade capitalista, que estão à margem da do que é pregado pela indústria cultural. É aquilo que não é difundido, divulgado. Quais são estas práticas? Para mim é **malabares, circo, danças criativas, danças circulares, que mais [...] os equilíbrios** [...] (profissional de EF (5), 15/04/2014).*

*[...] eu fui fazer EF em virtude de minhas habilidades e de minha história no circo. E a história da EF se confunde do circo tem uma intelectual da EF discute que a EF veio dos acrobatas do circo. A **Carmem Lucia Soares eu fiz EF por causa do universo das práticas corporais**. (profissional de EF (5), 15/04/2014).*

Do ponto de vista do entrevistado 5 as metodologias próprias da “competição” discriminatória inerente ao “mundo capitalista” devem ser combatidas. Este entrevistado faz críticas duras à perspectiva tradicional da EF que aborda os exercícios físicos descontextualizados do mundo real do usuário:

“exercício estruturado, sistematizado, repetitivo” é “punitivo, disciplinar do corpo [...] receita do remédio para sanar a doença [...] é visto como uma “panaceia, universal” e salvadora de todos os problemas” (profissional de EF (5), 15/04/2014).

*Essa **visão do corpo malhado, torneado, bombado, do esporte de competição** [...] que o vôlei tem que ter 12 participante 6 de cada lado e que o futebol continua com aquela hegemonia [...]. Eu fico tenso com essa perspectiva (profissional de EF (5), 15/04/2014).*

As falas dos PEF demarcam a complexidade do que vem a ser “práticas corporais”. Alertam sobre suas relações com as diversas dimensões que compõem os sujeitos na relação com o processo saúde-doença. Esta categoria é confrontada pelos PEF com a visão “individualista, histórica e tradicional” do campo da EF, a qual vê o usuário como “objeto”, como receptor de informações ou um repetidor de movimentos pré-determinados pelo profissional.

Em suma, suas visões reafirmam o papel do sujeito que vivencia as “manifestações corporais”. Estas deveriam sempre relacionadas com a cultura, com a qualidade técnica e numa vivência com significado e sentido para o sujeito que se traduz numa “corporalidade” e na expressão da “linguagem corporal” (Silva, 2009, p. 20).

Freitas, Brasil e Silva (2006) contribuem com estas análises:

[...] é possível pensar o ser humano, suas práticas e ações como sujeito coletivo e social, que constrói cotidianamente diferentes maneiras de ser e atuar na vida, em vez da ênfase nos referenciais que, de uma forma ou de outra, contribuem para acentuar a exclusão, a individualidade, a competição, a homogeneização da sociedade e dos serviços a ela oferecidos. O encontro entre Educação Física e saúde coletiva contribui para a construção de contrapontos a tais princípios e para o entendimento da saúde, das práticas corporais e da relação entre homem e natureza, considerando a complexidade que envolve esses temas (FREITAS, BRASIL, SILVA, 2006, p. 171).

As diretrizes da PNS reforçam esta visão ampliada de práticas corporais para o campo da EF. Definem-nas como “expressões individuais e coletivas do movimento corporal advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica. São possibilidades de organização, escolhas nos modos de relacionar-se com o corpo e de movimentar-se, que sejam compreendidas como benéficas à saúde de sujeitos e coletividades [...]” (BRASIL, 2008a, p. 5).

De outro modo, a fala do PEF 5 evidencia a visão “equivocada” e simplista do senso comum, mas fortemente disseminada nos diversos campos de atuação da EF, de que qualquer profissional poderia exercer o papel dos PEF, quando este é reduzido à organização de quadrilhas, festas e eventos comemorativos.

O senso comum ainda impera do que é EF, isso é muito forte, é uma visão equivocada de que qualquer um pode trabalhar e de que o professor é responsável pela quadrilha, pelas festas, pelos eventos, como se não fossemos todos responsáveis não é? Então a visão é muito forte disso aí. Quando tem um evento o professor de EF ainda é visto como um animador cultural, acho catastrófica, mas ainda prevalece muito forte ser um animador cultural. (profissional de EF (5), 15/04/2014).

O PEF 5 diz que esta visão reduzida lembra o “animador cultural” e, ao mesmo tempo, é catastrófica para a área. Esta visão dificulta o processo de institucionalização dos PEF visto que os conhecimentos necessários para este tipo de atuação não são da expertise dos PEF e sim de uma gama enorme de outras profissões ligadas ao lazer, turismo, comunicação, administração.

Mesmo sendo reconhecidos como Profissionais da saúde os PEF tem encontrado dificuldades para definir seus conteúdos, métodos, processo de avaliação no trabalho em saúde. É recorrente a afirmação de que os Gestores, POAS e a sociedade em geral não tem clareza da expertise da EF.

Quanto a este assunto Verenguer (2004) constata que:

[...] embora o processo de cientificização vivido pela Educação Física nas décadas dos 1980 e 1990 tenha sido enriquecedor e substantivo, a área não logrou mudanças com o mesmo impacto quando consideramos a intervenção profissional. A especialização na escolha dos temas para investigação e a fragmentação do conhecimento produzido provocaram um distanciamento entre a realidade do cotidiano profissional e as pesquisas produzidas na área [...] (VERENGUER, 2004).

O discurso de Verenguer (2004) traz à tona a contradição do que pensam os PEF e a sociedade em geral sobre sua expertise, credencialismo e autonomia. Para Freidson (1998) as profissões que gozam de prestígio e *status* a partir dos constructos expertise, credencialismo e autonomia, sinalizam que suas atividades são diferenciadas, bem como seus saberes traduzidos em competências e habilidades. Estes assegurariam o monopólio da intervenção e legitimidade.

Para o autor, isso exigiria da profissão responsabilidades, dedicação à carreira, compromisso. Estes aspectos definem o grau de liberdade/autonomia/independência nas tomadas de decisão.

Noutra linha, os PEF justificam a presença da EF por proporcionar melhores relações humanas e trocas entre os usuários, especialmente nos grupos e programas de cuidado em saúde. Desenvolvem seus discursos defendendo que a EF promove além dos ganhos emocionais e físicos, uma melhora da “escuta qualificada” e do acolhimento aos sujeitos das práticas corporais e nos grupo terapêuticos.

Eu acho que são as vivências corporais os grupos [...]. É uma questão que eu evidencio a troca humana, às vezes quando você vai ali fazer uma vivência corporal, mas a pessoa [usuário] tá precisando de uma escuta, um abraço, uma atenção. O funcionário às vezes tá tão estressado que com a prática corporal há um ganho emocional não só físico (profissional de EF (1), 02/10/2013).

*a EF é importante aqui pelas práticas corporais e pelo **trabalho desenvolvido à frente de grupos terapêuticos** (profissional de EF (2), 01/12/2013).*

Para outros PEF as vivências relacionadas ao trabalho frente aos grupos terapêuticos inerentes aos CAPS, ou nos grupos de Educação em Saúde das unidades básicas (tabagismo, mulheres, gestantes), focadas na prevenção e promoção em contraposição ao modelo biomédico/cura da saúde, são defendidas.

*Agora é mais importante por **focar a questão da prevenção e da promoção da saúde, não a partir do modelo biomédico da cura, mas sim por permitir uma abordagem também em pessoas que não estão doentes** (profissional de EF (2), 01/12/2013).*

*Quando comecei o trabalho o que cabia à EF era participar **no grupo de expressão corporal**. Também tinha um **grupo de alongamento** com os assistentes administrativos. Foi criado um **grupo de mulheres** por causa das questões de gênero, mas não foi para frente. Trabalhei no **grupo de música e instrumentos**, cantos jogos, gincana (profissional de EF (3), 27/02/2014).*

*O saber é importante no CAIS tanto que sou solicitado para falar **no grupo de tabagismo**, sou solicitado para algumas outras atividades. (profissional de EF (6), 27/03/2014).*

São também justificadas a presença da EF pelas práticas de alongamento, danças, jogos, gincanas. As quais podem “relaxar”, “soltar”, “destravar” o usuário. Como consequência permitir a continuidade do tratamento no grupo terapêutico.

*[...] se não tivesse um profissional de EF no grupo fica muito pesado, o sofrimento, pessoas falando de seu familiar que faz tratamento fica só no nível da fala. **Quando eu fui para o grupo eu já proporciono uma vivência corporal relacionada aos problemas colocados no grupo e eles chegam muito tensos, travados e querem resolver tudo ali na hora. Então a contribuição que o profissional dá é no sentido de relaxar, de soltar, de movimentar com praticas**, parece que aquela carga que estava de mais e a tensão articular e muscular até dificulta para falar e precisa destravar para falar de suas dificuldades, às vezes a pessoa chega tão tensa que só chora (profissional de EF (8), 28/04/2014).*

Os discursos dos PEF 7, 8 e 9, independentemente de serem voltadas para aspectos da atividade física ou das práticas corporais, reconhecem a necessidade das ações de orientações e de atividades, no geral, serem contextualizadas no território e na realidade dos usuários. Estes consideram que os mesmos têm dificuldades socioeconômicas para aderirem às atividades de forma privada.

*[...] fazendo Grupo de caminhada [grupos de educação em saúde] **grupos de orientação dessas pessoas [usuários] para buscarem atividade física e fazer este link, com projeto de iniciação esportiva, lazer e saúde nos bairros da periferia de Goiânia [...]. Porque a gente vê que as pessoas não vão por não saber onde tem essas atividades [...], mas nós não temos estrutura e aí é a hora da territorialização, buscar isso no território [...].** (profissional de EF (7), 02/04/2014).*

Não adianta você falar para ele compre um tênis, uma vestimenta adequada, faça natação, vá para uma academia se ele não tem condições de pagar por isso, então tem que ser a partir dos condicionantes dele e da região em que ele mora (profissional de EF (8), 28/04/2014).

A questão é que como você vai resolver um problema de saúde que é amplo apenas como exercício físico. Esse é o ponto que é fundamental que você tem que pensar em nossa reflexão. O exercício tem os limites quando se olha para o território. [...] Outra coisa forte, por exemplo, para além do material, como a gente acredita que o serviço é para a inserção social que é o objetivo da abordagem psicossocial, [...] o que diferencia é atividade física pertence a todos os profissionais agora o olhar para o território a tendência é de olhar para as possibilidades de esportes em áreas verdes e este sim seria da especificidade de nossa área (profissional de EF (9), 27/03/2014).

O PEF 9 aponta para as possibilidades de as práticas corporais serem realizadas na natureza (áreas verdes) as quais são um campo muito difundido de atuação e produção científica da EF, no entanto, pouco explorada na Saúde Pública.

Nestas falas defesas são feitas sobre a busca progressiva pela territorialização enquanto princípio do trabalho no SUS. Os PEF indicam ser a centralidade do trabalho na orientação dos grupos de usuários para a articulação intersetorial. Esta possibilitaria aos usuários, em sua maioria de baixa renda, realizar atividades ligadas ao esporte e lazer próximo às suas casas e, com isso, melhorarem suas condições de saúde.

Outros PEF afirmaram que a EF se justifica por desenvolver aspectos psicológicos, a autoestima, a motivação e a descoberta do corpo do usuário do SUS. Através do movimento corporal com as vivências do esporte e suas influências na medicação das práticas.

Eu acho que até mesmo a pessoa [usuário] se descobrir, a descoberta de si próprio, de suas qualidades, daquilo que ele acha que já não está valendo [...]. A característica nossa é a expansividade, levar a pessoa a se descobrir, não é tão introspectiva e sim extrospectiva através do movimento, por exemplo, a questão do rapaz da piscina foi uma prática que levou ele a descoberta. (profissional de EF (7), 02/04/2014).

[...] desenvolve a autoestima desenvolve a motivação o desejo e o olhar para outras coisas que não seja a internação a medicação. É um olhar para as possibilidades e pela vinculação das pessoas com o esporte como uma prática prazerosa. (profissional de EF (9), 27/03/2014).

Consideramos um avanço a visão dos PEF que se justificam na Saúde Pública por pautarem o trabalho considerando a relação serviço, usuário, profissional. O PEF 4 demonstra as diferenças de uma atuação no campo público e no privado. Destaca que, no privado o trabalho organizar-se-ia a partir da perspectiva do profissional e, no público, a partir da realidade do sujeito (usuário): “A EF tem que ser pautada na relação serviço, usuário profissional, isso no campo da Saúde Pública, já nas clinicas privadas tudo é diferente a relação é cliente-profissional” (profissional de EF (4), 18/12/2013).

Este avanço seria porque outros estudos têm encontrado outros entendimentos sobre a relação entre os profissionais e os usuários do SUS. Neste aspecto, Pereira (2004) em uma pesquisa na Saúde Pública, buscou compreender as faces da violência, do poder e da dominação simbólica presentes nas ações e práticas dos profissionais em relação aos usuários. Concluiu que estes aspectos desencadeiam a desqualificação dos pacientes em relação à equipe médica.

A consequência deste tipo de relação hierárquica, dominadora e discriminante provocaria dependência e enfraqueceria a autonomia das comunidades. Geraria uma espécie de “diagnóstico e terapia despersonalizada”. Em resumo, no campo da Saúde Pública, “trata-se todos do mesmo jeito, trata-se o órgão doente e não o sujeito como um todo” (PEREIRA, 2004 p. 391-393).

Noutra linha, os PEF 4 e 9 destacam a necessidade de considerar, no processo de atenção à saúde, as práticas corporais que “emergem” das unidades de saúde. Parecem preocuparem-se com a dimensão cultural das atividades e não apenas com os aspectos biológico do usuário. Consideram o usuário como “sujeito” e não como “objeto” no cuidado em saúde.

O trabalho deve ser organizado a partir das necessidades dos sujeitos e não das necessidades e das condições dos profissionais, então a diversidade ela é oriunda da necessidade do sujeito, não é a prática que eu acho que é ideal que vai acontecer é o exercício e da prática corporal que emerge do próprio CAPS e dos usuários e aí é necessário se enxergar na prática como profissional é como aquela discussão do esporte na escola vesso o esporte da escola e você contribui no aspecto terapêutico da saúde mental que é a motivação e o sujeito se entender naquele contexto (profissional de EF (9), 27/03/2014).

O PEF 9 defende as práticas corporais serem centradas na realidade da unidade, na cultura do usuário e seus objetivos. Este aspecto é fundamental se pensarmos o sentido do termo práticas corporais proposto por Lazzarotti Filho et al. (2010, p. 24-25). Apontam que quem utiliza este constructo no campo da EF, na maioria das vezes, se preocupa em “considerar os conteúdos subjetivos postos em ação, para além do pragmatismo presente num raciocínio causal”. Assim, devem considerar os elementos da cultura, ou seja, “as manifestações culturais que se explicitam principalmente na dimensão corporal”.

Os autores acima ainda alertam que boa parte dos pesquisadores sobre as práticas corporais preocuparam-se em negar os aspectos unicamente biológicos do corpo, sempre presentes nos discursos dos PEF que os reconhecem como a expertise da EF no campo da Saúde Pública. Vejamos:

Quanto às contribuições dos pesquisadores que ajudam a conceituar práticas corporais, percebemos algumas indicações de uma outra perspectiva ontológica e seus desdobramento em uma compreensão de corpo que se opõe ao biologicismo. Ressaltamos, inclusive, que a expressão “não só biológica” é recorrente nos textos pesquisados, representando uma primeira etapa caracterizada pela negação, característica no processo de conceituação. (LAZZAROTTI FILHO et al., 2010, p. 24).

Em resumo, vimos uma divisão na orientação dos discursos dos PEF. Uns consideraram a EF a partir da dimensão biofisiológica e outros a partir dos aspectos socioculturais e pedagógicos. Há avanços no sentido da incorporação do trabalho centrado no segundo, principalmente pelos avanços que as políticas públicas têm demonstrado nos desafios do desenvolvimento de atividades (atuação), a partir do aporte metodológico da clínica ampliada e dos princípios da territorialização e da intersetorialidade.

Neste aspecto, no estudo recentemente publicado por Freitas; Carvalho e Mendes (2013), as autoras refletem acerca da formação e atuação da Educação Física no campo da Saúde Pública. Defendem que “as mudanças já são visíveis especialmente no que se refere às práticas corporais (p. 643)”, principalmente pelo avanço das políticas públicas.

Mas como estaria este processo de entendimento na visão dos outros agentes profissionais que atuam na Saúde Pública? Este é o tema tratado a seguir.

6.2.2 O olhar dos POAS quanto a justificativas da presença da EF nos serviços de Saúde

Na visão dos POAS a EF se justifica na Saúde Pública. Entendendo possuir ela expertise específica. Esta seria, em suas visões, a atividade física e os conhecimentos pertinentes relacionados ao corpo em movimento e suas “energias”. Esta Expertise traz aos POAS segurança quanto aos saberes da EF.

[...] o que cabe a EF é [...] a minha visão pode ser bem distorcida dos outros, eu vejo eles como bem inserido na equipe e trazendo o saber dele da atividade física eu sei que não é somente isso, e posso estar errada, mas é o conhecimento da atividade física. O movimento que eu estiver fazendo pode estar errado e pode lesar isso e isso, então me dá uma segurança eu me sinto mais segura com o apoio do saber dele (profissional de psicologia (1), 29/04/2014).

[...] o que saber da EF pode fazer, a margem é extensa [...]. Eu vejo uma falta de energia e vejo essa energia para quem faz a atividade física [usuários] (profissional de psicologia (2), 29/04/2014).

Com efeito, os POAS ainda estão influenciados por uma visão tradicional e conservadora da EF, a dimensão estritamente biológica. Entendem que as intervenções da EF se justificam por melhorar a condição de saúde de grupos de obesos, diabéticos, hipertensos,

tabagistas. Citam aspectos anatomofisiológicos como a queima de gordura, a autonomia funcional, a força muscular e a circulação, visando fundamentarem suas percepções.

*[...] a função do educador físico é orientar quanto a **melhor prática de atividade física** pela sua **faixa etária, pela sua idade, pelas condições de saúde** e quais os locais [...] um grupo específico, por exemplo, **o grupo de obesos**, fazer atividade em uma instituição gratuitamente e correr atrás disso no território (profissional de outra área (6), nutrição, 13/05/2014).*

*[...] reunindo essas pessoas usuárias do serviço no sentido de fazê-los compreender a necessidade do **movimento para** a melhoria da saúde, tanto voltado para o paciente **hipertenso**, quanto para o **diabético** e o idoso e os nossos objetivos para o hipertenso era **melhorar a circulação, o diabético queimar glicose** o foco neste sentido, com os idosos diminuir as dores e promover o fortalecimento para evitar as quedas e as dificuldades de deambulação [...] (profissional de outra área (7), enfermagem, 08/05/2014).*

O POAS 7 reforça este entendimento se perguntando: *o que eu faria com o diabético, com o hipertenso que vai ter complicação circulatória. O que fazer com o idoso que vai ter fragilidade muscular? Vai cair, não vai conseguir pentear o cabelo e perder autonomia funcional.* Apresenta um avanço na sua percepção ao defender que, o trabalho dos PEF fazem com que a EF signifique “*a continuidade do cuidado a complementariedade do cuidado*”. Para ele, *[...] a ausência da EF aqui [na unidade] ficaria uma lacuna* (profissional de outra área (7), enfermagem, 08/05/2014).

O POAS 3 alerta que o papel da EF não envolveria apenas os aspetos orgânicos. A EF atuaria na perspectiva de proporcionar aos usuários de seu trabalho a aprendizagem do autocuidado, da consciência corpora e do combate à ansiedade.

*Era um trabalho voltado mais para o corpo, para a consciência corporal, para **trabalhar as questões de ansiedade, melhorar o sono, a necessidade da atividade física, do autocuidado** [...] O trabalho com os usuários eu acho que falamos muito sobre isso [...] e **a busca da consciência corporal** [...]. (profissional de psicologia (3), 08/05/2014).*

Por este ângulo, como vimos, os PEF avançam na discussão da expertise da área. Esta seria centrada na atuação com as “práticas corporais”. Vão então, além das dimensões biológicas e psicológicas do movimento corporal, considerando aspectos sociais e culturais na relação do usuário com estas vivências práticas. Não é possível afirmar isso em relação aos POAS.

Não obstante, o POAS 5 apresenta uma visão menos conservadora e tradicional centrada na medicalização do paciente para interferir na doença e não na saúde. Em seu discurso demonstra a relação da EF com a “prevenção” e a “promoção” da saúde, e menos

com a “cura” ou medicalização da atenção à saúde dos usuários. Assim, considera movimento e as práticas corporais a expertise da EF.

[...] eu sei que a PNPS um eixo é a alimentação saudável e o outro é a atividade física, práticas corporais. Eu acho que todas as políticas que tratam da promoção da saúde focam as mudanças de hábitos e trata tanto da alimentação como das práticas corporais [...]. São as práticas corporais, atividade física, movimento. (Profissional de nutrição (5), 11/06/2014).

Temos discursos referendando os fazeres da EF. Estes na visão do POAS 1 proporcionaria desenvolvimento nos aspectos da consciência corporal, da autoestima, do autocuidado, do sono e do combate à ansiedade. Traz à tona o um debate recente no campo da Saúde Pública e, mais ainda, no da EF. A necessidade de fazer as “ligações” de fundamentação teórico-metodológica entre as ações e o “Projeto Terapêutico singular²¹”. Este seria um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial de necessário (BRASIL, 2008c). Vejamos sua fala:

[...] Tem um alcance muito grande, tem um alcance terapêutico, um alcance social muito grande, para a preparação para a vida, agora eu acho que o profissional de EF precisa aprender a fazer o casamento, fazer a ligação, ter uma finalidade ligada ao terapêutico e é isso que vocês precisam aprender a puxar para vocês, fazer essa ligação com o objetivo terapêutico, (profissional de psicologia (1), 29/04/2014).

Os POAS, assim como os PEF, vêm papel importante à EF pela possibilidade de aplicação de vivências corporais nos grupos/programas de cuidado em saúde. O POAS 1 já orientado atividades físicas nos grupos terapêuticos. Em sua visão, as finalidades da EF seriam a busca por disciplina e a organização do usuário da saúde mental.

Foi aqui que eu tive contato e me lembro que quando trabalhei no CAIS Novo Mundo como psicóloga eu trabalhei em um programa do Idoso e nós sentíamos muita necessidade do profissional de EF [...] Eu fui trabalhar com professor de EF aqui no CAPS. Como eu e a enfermeira íamos orientar atividades físicas nossa primeira percepção foi da necessidade da EF no grupo de idosos [...] Só que tem um porém, fica só na atividade e eu acho que por ser um grupo terapêutico precisa puxar esta atividade para trabalhar o mental, para trazer uma disciplina para um grupo que está muito desorganizado, trazer as regras e algo mais sistematizado vai ajudar na organização do pensamento. (profissional de psicologia (1), 29/04/2014).

²¹ Projeto terapêutico Singular é uma ferramenta da Política Nacional de Humanização do SUS-Brasil. Visa alterar os modelos de Atenção e de Gestão das práticas de saúde, propor uma nova relação entre usuários, suas redes sociais e os trabalhadores, estabelecer grupidades e de vínculos solidários. Para maiores aprofundamentos. Ver PNH, Brasil (2008c)

Os POAS 4 e 6, mesmo não apresentando discursos incorporando as práticas corporais, evidenciam o quanto a prática de esportes e lazer podem integrar os usuários, contribui para a integração e a convivência entre eles. Um processo de extirpação de seus históricos desejos relativamente relacionados ao “isolamento social” e a exclusão. Alertam que, parece não haver, nas unidades de saúde, este direcionamento aos PEF.

*[...] para fazer tudo junto e parece que eu não dou conta de fazer minha especificidade e então eu acho que a EF é de fundamental para esse serviço de saúde mental e eu acho que algumas atividades puxadas pelos profissionais da EF **poderiam contribuir muito com essa parte da convivência entre os usuários o trocar e a integração**, eu penso que isso é muito rico e percebo que por enquanto está faltando esse direcionamento.* (profissional assistente social (4), 30/05/2014).

*Eu penso que o movimento é fundamental **porque muitos deles têm dificuldades de isolamento social** e ficam parados no cantinho eu penso que a atividade em grupo, **atividades de lazer e de esporte** podem ajudar a pessoa a sair dessa introspecção.* (profissional assistente social (4), 30/05/2014).

Estes discursos demonstram o potencial da EF quando pensada com a finalidade de superar aspectos estritamente biológicos.

Outros POAS defendem a EF na Saúde Pública por considerá-la um saber alternativo e amplo. Assim proporciona o acesso aos sentimentos e ao pensamento no tratamento através das práticas do movimento corporal. Despertar para a necessidade das atividades físicas considerando a realidade e os desejos dos usuários, trabalhar com o lazer a ludicidade.

*[...] eu **vejo a EF como ciência**, como um leque de alternativas muito grandes, então assim, quando você pensa no SUS eu penso nos programas, dentro deles o que você poderia estar desenvolvendo, aí você voa alto, **pode entrar com a parte teórica, pode entrar com atividades lúdicas, com atividade física** mesmo.* (profissional de psicologia (2), 29/04/2014).

*[...] este grupo está muito parado e **precisa despertar a questão de mobilizar o usuário para uma atividade física** que ele precisa para auxiliar no tratamento [...] a EF traz contribuição neste suporte que dá para o familiar.* (profissional de assistente social (4), 30/05/2014).

*[...] penso que o profissional de EF ele pode dar uma contribuição imensa também neste aspecto e **na questão do lazer** que sempre o profissional arrasta as pessoas para essa área do **lazer com atividade lúdicas** que podem ajudar também na questão da concentração do usuário, então assim eu penso que veio muito a acrescentar. Ela é necessária concretamente e **muitos usuários tem muita dificuldade motora e de concentração** eu penso que tem várias atividade da EF e que contribuem muito com o desenvolvimento e até a reabilitação deste usuário.* (profissional assistente social (4), 30/05/2014).

Estes aspectos, em suas visões, diminuem ou diluem a centralidade do tratamento dos transtornos mentais, na maioria das vezes com métodos focados no pensamento e no

sofrimento mental. Potencializando, assim, o tratamento intimamente centrado nos sentimentos.

Assim, eu vou tentar explicar mais nessa conexão porque [...] muitas vezes para ter acesso ao sentimento, ao pensamento é necessário alguma coisa alguma provocação porque às vezes quando a gente parte direto para a fica a pessoa fica no mental, no raciocínio, e não passa para o sentir e o curativo é mais no sentir do que no falar, só racionalizando isso não é curativo porque se não passa pelo sentimento, por uma elaboração da subjetividade do sujeito, porque muitas vezes o sujeito não acessa e somente ele acessa pelo pensamento e a atividade física traz a pessoa para a percepção do corpo e quando vem a fala ela já vem do sentimento, [...] (profissional de psicologia (3), 08/05/2014).

[...] a psicologia vai muito neste sentido de trazer a subjetividade, de trazer a reflexão e a EF com o movimento é um desencadeador de um sentimento, [...] a doença, o transtorno mental todo esse sentimento é sentido no corpo, [...] então se a pessoa fica só na mente e não traz para essa percepção que aí [...] a EF ajudam nessa consciência corporal, mas a EF também é um desencadeador, tanto é que a gente orienta o usuário a fazer caminhada, dança, aquilo que dá prazer para a pessoa como a atividade física libera endorfina e a pessoa dorme melhor e fica mais feliz porque ela aquele sentimento que está preso ali dentro e isso associado ao verbalizar é mais potente ainda, porque a pessoa percebe, sente e toma consciência, então tem essa junção mesmo. (profissional de psicologia (3), 08/05/2014).

6.2.3 O olhar dos Gestores sobre a presença da EF

Quanto à visão dos gestores em saúde sobre a presença dos PEF na Saúde Pública, ficamos surpresos com um relativo avanço em seus olhares comparados aos dos POAS. Em sua maioria, defendem que eles precisam ir além de programas atividade física, musculação e exercício e proporcionar educação, lazer, esporte em uma perspectiva mais ampla, especialmente nos cuidados com o corpo. Evidenciam ser possível e necessário aos PEF atuarem em diferentes áreas e secretarias municipais.

[...] e a orientação dos profissionais para atuar com os idosos, foi muito positivo a parceria. No SUS eu vejo de muita importância porque é de 2000 para cá, porque só através da atuação dos PEF, principalmente para os idosos, eles começam a fazer atividade física, [...] o mesmo papel daqui da unidade é melhorar a qualidade de vida dos usuários com atividades continuadas em relação à prática do esporte, a zelar do corpo. (gestor (2), direito, 13/05/2014)

[...] na minha avaliação esse profissional tem muito mais a contribuir do que instruir e estar inserido em uma atividade física e dar uma aula de atividade física e eu venho percebendo que o município e a própria prefeitura como um todo tem começado a entender que este profissional pode atuar em diferentes áreas e diferentes secretarias, não somente na SEMEL, pode atuar na saúde, educação e lazer. [...] (gestor (1), administração, 23/05/2014).

[...] a Educação Física é bem ampla, mas quando você pensa um educador... -vivo falando esse educador, tenho que cortar ele-, quando eu penso em professor de

educação física, sempre remete a gente ao quê? Academia, musculação, ao exercício físico [...] não é isso aí, é muito amplo (Gestor (2), Psicologia, 28/04/2014)

Segundo o Gestor 1 há problemas no papel dos PEF. Não estão claras suas funções na EF na Saúde Pública, por isso critica as atuações que transpõem suas metodologias e conteúdos próprios das academias de ginástica e da escola para a Saúde Pública. Afirma que determinados conhecimentos, conteúdos e métodos de ensino, não devem ser deliberadamente utilizados para o campo de trabalho e intervenção da Saúde. Determinados conteúdos e práticas devem estar em consonância com a realidade e necessidades dos usuários e das unidades pesquisada. Vejamos a fala:

*Eu entendo assim e é uma opinião particular minha, nem é como diretora e sou funcionária da prefeitura há mais de 9 anos e já vivenciei algumas discussões sobre o profissional de EF, até aquela questão se lota ele na SEMEL, se lota na saúde, se lota onde que ele pode se inserir, e a minha opinião que eu tenho construído ao longo do tempo é de **que as pessoas precisam se conscientizar do verdadeiro papel deste profissional porque ainda há muita dúvida e incoerência no sentido de entender o que é que esse profissional pode contribuir e a verdadeira atuação dele e existe aquela visão de um profissional de academia ou daquele que é professor de escola e acho que as pessoas não entendem que é muito mais do que isso pela atuação com a prevenção e promoção da saúde*** (gestor (1), administração, 23/05/2014)

Os gestores indicam a necessidade de se estabelecer relações mais horizontais com os usuários, famílias, entidades e instituições do território, entre outros.

Como afirma Freidson (1998) a autonomia é caracterizada quando há independência na execução das atividades pelos profissionais especialistas, ou seja, é ele quem define condutas e avaliações, inclusive independente das instituições e das intenções leigas dos beneficiados. Para Freidson (1998, p. 208) a autonomia impede a sutil pressão.

O Gestor 1 apontou para a atuação ser situada na promoção da saúde nos diferentes níveis, principalmente na “ponta”, ou seja, com o foco nos usuários, e que os PEF fossem “empoderado” para tal, da mesma forma que os enfermeiros.

*[...] pelo menos em todas as unidades de saúde em que tem foco no usuário, então assim, a minha percepção é que ele seja como é o enfermeiro é hoje, **que as unidades não funcionassem sem este profissional e empoderasse ele*** (gestor (1), administração, 23/05/2014)

O Gestor 3 destaca a importância dos PEF no trabalho de prevenção.

*[...] É superimportante trabalhar com a prevenção. Eu acho que alguma coisa assim, nesse sentido [...] Eu acho que com **a prevenção. Tem a parte de prevenção*** [...] (gestor (3), enfermagem, 07/05/2014).

Em suma os Gestores defenderam a necessidade de a EF estar presente na Saúde Pública para desempenhar o papel de ampliar a intervenção dos PEF com vistas a ir além de programas e atividades tradicionais do campo como as atividades físicas e os esportes. A finalidade, na visão deles seria contribuir com os cuidados com o corpo na saúde. Também deveriam atuar em diferentes áreas e secretarias municipais. Contudo, enfrentar estes desafios demandaria a definição clara de suas funções na Saúde Pública.

6.2.4 Sínteses das percepções dos agentes quanto à justificativa da presença/papel da Educação Física na Saúde Pública

Quanto à justificativa da presença da EF no campo da SP, a percepção dos agentes se mostrou ampliada. Indicaram a necessidade de a EF ir além de conceitos e metodologias voltadas para a “atividade física e saúde”, entendida esta como fator de melhoria de aspectos biofisiológicos dos usuários. Estes achados não são comuns no olhar e discursos de gestores de saúde de outros municípios brasileiros. Consideramos este aspecto um avanço, tendo em vista que, neste assunto, encontramos vários trabalhos de pesquisadores do campo da EF que focaram a visão dos trabalhadores em Saúde Pública.

Coutinho (2005) investigou a percepção dos gestores na realização de atividades físicas para a Promoção da Saúde da Família. Considerou, em sua dissertação, que os gestores apresentam uma visão de saúde voltada para a ausência de doenças e por isso, os mesmos indicam ser o papel da EF provocar benefícios biológicos, além de, desenvolver a autonomia e a socialização. Apesar do discurso da busca pela inclusão do desenvolvimento da autonomia e socialização nas ações da EF, o autor alega que a concepção do papel da EF está fortemente associada à sistematização das atividades físicas centradas na saúde orgânica do usuário.

Rodrigues (2012) analisou as percepções dos coordenadores regionais do programa de educação e controle do diabetes nas unidades de saúde do Distrito Federal (PECD/DF), sobre o papel da atividade física/práticas corporais em relação às pessoas com doença mental. Concluiu que a atividade física e os PEF são percebidos como parte importante da atenção ao Doente Mental. Contudo, há o predomínio do discurso biologicista ou fisiológico e a atenção centrada nos aspectos biomédicos. Como consequência, para os gestores, o papel/atuação da EF estaria relacionado somente às aulas práticas de exercícios, palestras e consultorias.

Freitas (2003) analisou o papel desempenhado pelos PEF no serviço público de saúde, considerando suas vivências em projetos e as referências de atuação. Após a observação participante e as entrevistas indicou que, mesmo sendo a “atividade física” uma prática vista

como potencializadora da saúde dos usuários e como centralidade do trabalho destes profissionais, não se vê os PEF frequentemente nos serviços de Saúde Pública. Também constatou que exercem pouco o papel em envolver e delinear Políticas Públicas para o campo da saúde. Por fim, apontou a necessidade do campo da EF ampliar a visão sobre a saúde dos usuários na busca pela “integralidade e da coletividade” ao invés da personificação e da individualidade da atenção. Estes aspectos se considerados pelo campo da EF poderiam mudar a percepção de outros profissionais, gestores e, mesmo, de PEF mais tradicionais e conservadores.

A percepção dos agentes sobre a justificativa da presença da EF na Saúde Pública teve como outro ponto importante, a defesa da prevenção e da promoção da saúde nos serviços de saúde de Goiânia. Apesar das boas intenções de distanciarem-se do paradigma da cura das doenças (centrado no combate aos fatores de risco) para avançar na prevenção e promoção da saúde, precisamos concordamos com Arouca (1975) quando aponta que, o projeto preventivista historicamente ficou marcado por três aspectos fundamentais: uma prática mais discursiva que efetiva; quando colocado em prática teve uma prática ideológica centradas na formação em detrimento da atuação e; numa prática empírica experimental centrada no “controle” na “normalização” e na “demonstração”.

Assim, para o autor, o projeto preventivista deixou de lado os aspectos teóricos fundamentais para a transformação verdadeiramente do ato médico, com a produção científica que poderia desencadear a contestação da tradição e do conservadorismo na saúde e o olhar para a realidade da sociedade e, por fim, a necessidade de uma prática política das decisões em saúde. Estas percepções e problemas, analisados na década de 70 pelo autor, parecem atuais e, ao nosso ver, foram disseminados para as outras profissões da saúde, entre elas a EF. Por outro lado são representam grande parte das propostas de atuação nos serviços de saúde do SUS atualmente. Vejamos sua fala:

Investida de uma materialidade institucional, e com seus intelectuais orgânicos, a medicina preventiva encontra-se em uma Prática Discursiva na fundamentação orgânica conceitual de seu movimento, que permitiu um espaço múltiplo de formação dos objetivos de convergências discursivas, como a Pedagogia, a Sociologia; administrativo, ecológico, etc., de sistematização e relato de experiências, de padronização de atividades, enfim, de todo um discurso heterogêneo, complexo e multidisciplinar. E, em segundo lugar, em uma Prática Ideológica que se concentra na formação, tanto ao nível estudantil como docente, de uma consciência preventiva. E, finalmente, o que poderíamos chamar de uma Prática Empírica Experimental, em que se tenta construir experimentalmente (ou em termos de modelo de demonstração) novas formas de existência das individualidades, que comporta uma tentativa de demonstração da Medicina Preventiva como uma prática em um espaço controlado, tendo como atores os médicos e a população [...]. A Medicina Preventiva não colocou no seu interior nem uma Prática Teórica, que possibilitaria a produção de conhecimento sobre as reais

determinações na crise no setor de saúde, nem a possibilidade de uma prática política que levasse às mudanças necessárias. Assim, propondo-se como um movimento de mudança, na realidade a Medicina Preventiva constituiu-se em um sistema conservador das estruturas da prática médica existente (AROUCA, 1975, p. 173)

Também Pain (2008) diz que o dilema preventivista é fortemente influenciador dos discursos no campo da Saúde Pública e consequentemente na atuação no SUS. Este tem influenciado nas dificuldades em efetivação de uma “verdadeira” Reforma sanitária no Brasil. Para ele, neste campo, tanto a atuação como na produção científica demonstram pouco avanço nos últimos 20 anos de efetivação do SUS. Defendeu que estas mudanças são dependentes do movimento político das instituições e movimentos sociais e não somente da visão dos profissionais dos serviços do SUS.

Contudo, a justificativa da presença da EF na Saúde Pública ainda está fortemente relacionada à aderência dos PEF e dos usuários do SUS às atividades físicas enquanto categoria central do trabalho, com algumas indicações dos PEF para avançar na ampliação do olhar. Considerando as Práticas Corporais (e seus sentidos amplos e subjetivos) nos desdobramentos das ações e relações com os sujeitos do SUS. Desta forma, a atividade física representaria também, a nosso ver, um “dilema” porque não é possível aos PEF trabalharem em todas as unidades de saúde com estas práticas, por uma série de fatores que analisaremos mais adiante. Nogueira e Palma (2003) corroboram com as discussões sobre a prevenção em saúde e apontam na mesma direção de Arouca e Pain.

[...] o debate em torno da adesão expressiva às atividades físicas regulares não se encerra no interior do campo fenomênico da Educação Física e dos esportes, mas inclui discussões mais amplas e não prescinde dos movimentos sociais que questionam a duração da jornada de trabalho e a questão crucial da justa distribuição de renda. Parece igualmente que o problema não se resume aos avanços científicos do setor, aos processos metodológicos que investem na mudança comportamental dos indivíduos, às iniciativas empresariais racionalmente segmentadas ou, ainda, às ações políticas bem-intencionadas. Acredita-se que essa problemática deva ser assumida a partir de articulações sistemáticas entre todos esses saberes, fundamentalmente comprometidas com a geração de movimentos sociais que concretizem a veiculação de políticas públicas, nas quais à prática da exercitação física regular resulte de uma consequência em torno de concepções mais avançadas de saúde e bem-estar. Na impossibilidade de serem encaminhadas essas articulações, permanecerá como legítima a observação de que as pessoas parecem de fato “resistir” ou “recusar” a prática regular de atividades físicas moderadas. Pensa-se, contudo, que nesse caso não se estaria diante de qualquer paradoxo, mas apenas confirmando-se a incapacidade em assumir os desafios da inclusão social. Ademais, não se pode compreender as políticas sociais, tampouco as de saúde, se não é conhecida a natureza dos conceitos constitutivos do pensamento ideológico em vigor de tal sociedade (NOGUEIRA E PALMA, 2003, p. 116)

A percepção da prevenção defendida pelos agentes do campo da Saúde Pública esteve sempre associada à Educação em Saúde, entendida como “palestras educativas”. Neste

assunto, gostaríamos de frisar e defender que, as justificativas para os papéis desempenhados, encontradas na atuação dos agentes, demonstraram não haver consenso sobre a percepção do significado de saúde e sim contradições.

Breilh (2006) define que a saúde correspondente simultaneamente à ordem individual-subjetivo-contingente e a ordem coletiva-objetiva-determinada, consequentemente da interação entre as dimensões biológicas/orgânicas e do contexto social e cultural. As atividades relacionadas à “palestras” associam-se exclusivamente à dimensão individual, subjetiva-contingente. Por esse motivo, em nossa percepção, o alcance deste tipo de atividades tem limites na resolutividade dos problemas de saúde da população, pois desconsidera a dimensão objetiva, coletiva os determinantes sociais da saúde dos usuários.

Para elucidar esta questão, em seus estudos Breilh faz reflexões visando mostrar que a “saúde” é “um movimento simultâneo de gênese e reprodução possibilitado pelo concurso de processos individuais e coletivos, que se articulam e se determinam mutuamente”. Ou seja, não é primordialmente nem um nem o outro. Assim, para Breilh (2006) as condições de saúde dos sujeitos estariam relacionadas ao livre arbítrio e as determinações coletivas. Estes não seriam termos e dimensões excludentes, mas interdependentes. Para ele, um olhar dialético aos fenômenos ligados à saúde e, consequentemente, para os processos de intervenção, permitiria apontar que, essa discussão centrada em atribuir somente a uma destas dimensões as responsabilidades dos sujeitos para com sua saúde seria completamente equivocada.

Talvez, pelas reflexões acima, poderíamos explicar porque a maioria das ações eram realizadas no sentido de promover a “educação em saúde”, visando os grupos de usuários nas unidades, geralmente, em “ações pontuais” de práticas do exercício físico ou palestras, com vistas a conscientizar sobre os hábitos saudáveis e a necessidade das atividades físicas.

Entendemos que a “Educação em Saúde” seria apenas um dos recursos utilizados pelos profissionais da saúde para levar o conhecimento cientificamente produzido alcance a realidade e a vida dos usuários do SUS. Assim, os resultados das ações necessariamente deveriam produzir mudanças e oferecem subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde. Contudo a que se considerar a determinação dos condicionantes amplos do processo saúde-doença dos usuários.

Por este ângulo não vimos, em documentos e nem nas observações realizadas, a sistematização de atividades que pudessem considerar os condicionantes do processo saúde-doença e que oferecessem subsídios para que os participantes das palestras tivessem oportunidades de, a partir de vivências, mudar seus hábitos. A Educação em Saúde, em geral,

nas unidades do DSL e na percepção dos agentes assumiu o sentido de finalidade e não de uma processo.

Importante ressaltar que, de acordo com Candeias (1988), na prática, a educação em saúde constitui apenas uma fração das atividades técnicas e conhecidas como “meio” e não como fim do trabalho em saúde. Ao profissional de saúde caberia ter habilidades de “organizar logicamente o componente educativo” dos programas em dimensões como a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico (em seus diferentes níveis de atuação) e na comunidade. Esta última entendida como “populações-alvo” fora dos ambientes acima. Outro agravante observado na percepção dos papéis da EF e das ações desenvolvidas foi que, geralmente as atividades de Educação em Saúde se restringiam às dependências das unidades de saúde.

Ao assumir estas ações/ papéis os PEF estão contribuindo com a disseminação de conhecimentos fundamentais aos usuários, contudo, cabe destacar que, pretendem com seus conhecimentos ligados a aptidão física/atividade física e saúde (no sentido do objetivo por eles propostos de conscientizar da necessidade da prática), inculcar nos usuários a necessidade dele, por si só, mudar seu estilo de vida, na maioria dos casos, sedentário. Contribuem para reforçar o estilo de vida pessoal e individual em detrimento da dimensão cultural e coletiva dos estilos de vidas dos grupos de sujeitos. Principalmente nas ações pontuais de palestras, mas também nas atividades físicas, quando realizadas com os objetivos de “avaliar as condições físicas e prescrição do exercício” (incremento da AF) e “demostrar que Educação Física é um campo de conhecimento biofisiológico”. Estes assumem a visão da prática como remédios para a cura de doenças ou prevenção estrita para as DCD.

O estilo de vida, para Breilh (2006) este tem que ser avaliado considerando “o livre arbítrio e as possibilidades materiais e as formas culturais inscritas em seu estilo de vida pessoal, mas todo esse movimento não se dá em um vazio de relações sociais mais amplas (BREILH, 2006, p.02). Portanto, alerta que, ele está inscrito em um “modo de vida” em que os padrões influenciam poderosamente as construções cotidianas. É acumulado na história do grupo, portanto forma-se nas experiências grupais para enfrentar desafios e contradições, portanto nas relações de poder. Para Breilh (2006, p. 02)

[...] Nessa relação dinâmica entre modo de vida, estilo de vida e hábitos, enraíza-se uma poderosa influência de gostos e opções da vida cotidiana, os quais sempre dentro da margem das possibilidades e realidades factíveis do modo de vida, contribuem para determinar os estados orgânicos e as condições genofenóticas [...].

Entendemos que, proporcionar mudanças no estilo de vida dos usuários a partir de palestras educativas em saúde (uma atividade fim), parece-nos um tanto quanto otimista diante das condições socioeconômicas e culturais que os usuários do SUS de Goiânia no geral apresentam e em específico da região Leste.

Estes aspectos nos levam a pensar que as contribuições destas ações, mesmo bem intencionadas, têm limites quanto às finalidades que os agentes acreditam serem possibilitadas a partir do trabalho da EF. Como vimos, os dados do censo do IBGE de 2010 apontam que, grande parte dos seus habitantes é caracterizada dentro da zona de risco social. Isto nos leva a inferir que, as mudanças de estilo de vida dos usuários das unidades de saúde da Região Leste de Goiânia estariam condicionadas, também, às melhorias estruturais somente possíveis com a estruturação de Políticas Sociais capazes de minimizar as dificuldades ligadas ao bem estar social em geral. Assim, o poder público teria que assumir suas responsabilidades em gerar oportunidades para potencializar a vida dos usuários. Consequentemente os agentes precisariam assumir também estas tarefas como papéis que justificam a presença dos mesmos na Saúde Pública.

As problematizações acima, demonstram a força da dimensão biológica na percepção de saúde dos agentes investigados. Entendemos ser este aspecto em virtude do que explica Canguilhem (2005), sobre a força do paradigma biomédico e da visão do processo saúde-doença na dimensão orgânica.

Parafraseando Canguilhem (2005), o mais importante para os PEF intervirem no processo saúde-doença dos usuários do SUS, de maneira significativa e resolutiva, não seria não decidir quais práticas e sim como organizam as metodologias de aplicação das práticas e que estas tenham sentidos (para os sujeitos e para os PEF) que vão além da cura biológica dos agravos de saúde. Ai estaria à tensão entre o sentido diferente e contraditório das práticas corporais/atividades físicas. Assumindo esta forma de estruturar as ações, os PEF assumiriam também o sentido etimológico de “curar”. Esta seria para Canguilhem (2005, p. 52): “proteger, defender munir, quase militarmente, contra uma agressão ou uma sedição [...]. Este conceito foi pesado muito antes que alguns conceitos da fisiologia contemporânea, como os de agressão, stress, defesa, entrassem no domínio da medicina e de suas ideologias”.

Breilh (1991) reforça que este modelo de busca da cura pelas doenças estaria no plano do paradigma multicausal. Neste haveria uma tentativa de avançar para um novo modelo/discurso relacionado ao processo saúde-doença, o preventivismo. O dilema preventivista não toca profundamente nas questões de fundo com respeito à origem social do processo saúde-doença, mas sim, de forma restrita, trata de considerar os fatores sociais na alteração dos

perfis de saúde da população, contudo com subordinação e menor peso comparados aos fatores orgânicos. Estes representariam uma nova forma ou discurso ideológico de “combater”/minimizar” os efeitos maléficos da vida em uma sociedade capitalista, principalmente no que se refere ao estilo de vida das pessoas.

Mesmo assim, importa destacar que os papéis propostos pelos PEF, para a EF no SUS, avançam na direção da ampliação do sentido da expertise. Deste modo, justificam a presença da EF demonstrando a tensão entre as constructos práticas corporais e atividade física no campo da EF. Proporcionar vivências corporais para o lazer, ensinar os conteúdos da cultura corporal ou da atividade física e desenvolver a criatividade e a autonomia, tem relação direta com o que propõe Canguilhem (2005) para o sentido pedagógico da cura, principalmente no CAPS.

6.3 EVIDÊNCIAS E PERCEPÇÕES DOS AGENTES SOBRE O RECONHECIMENTO E VALORIZAÇÃO DOS PEF NA SAÚDE PÚBLICA

Neste subitem problematizamos a percepção dos agentes sobre o reconhecimento/valorização da Educação Física (EF) nas unidades de saúde pesquisadas.

6.3.1 A visão dos PEF sobre o reconhecimento e valorização dos PEF na Saúde Pública

Nos discursos dos PEF percebemos estarem satisfeitos com o trabalho no SUS. No entanto, disseram sentirem-se pouco reconhecidos em termos de política de valorização das condições de trabalho. Estas, segundo eles, não seriam foco das preocupações da SMS. Acrescentaram não ser um privilégio da EF, mas uma realidade vivida por todos os profissionais da saúde.

Satisfeito com o trabalho no SUS na atuação muita, eu acredito no SUS. Eu acho que é [...] estou feliz com a minha profissão, [...] o sistema não favorece, mas eu estou feliz de poder servir o usuário, a população, e isso me traz satisfação. [...] estou conformada, e tenho entusiasmo ainda, [...] quanto eu estou atuando eu fico muito gratificada, [...] (profissional de EF (1), 02/10/2013).

Bom, estou feliz com meu trabalho no SUS, [...] conformado não. Porque ainda tem muita coisa a ser melhorado no SUS no que diz respeito a trazer melhores condições de trabalho ao profissional de EF, na verdade isso não é exclusividade do profissional de EF não, de todas as profissões que estão no SUS elas precisam de melhores condições de trabalho, mas no nosso caso específico, da EF muito mais até por conta do reconhecimento deste profissional, da valorização deste profissional, como você bem perguntou, se hoje já existe professores em todos os distritos, não tem (profissional de EF (2), 01/02/2013).

Alertam para a necessidade de a gestão dedicar maior atenção à profissão EF, alegando ser a mais nova profissão neste campo e também por não haver PEF em todos os Distritos Sanitários de Goiânia. Este aspecto tem dificultado imensamente sua inserção no campo se considerarmos a atuação com os usuários.

Com efeito, ao analisar a distribuição dos 31 PEF nos Distritos Sanitários de Goiânia encontramos seguinte divisão: no Sul 13; no Leste 06; no Campinas Centro 03; no Sudoeste 03; no Noroeste 02; no Oeste 02 e os 02 restantes no Nível central da SMS. No DSN não há profissionais lotados (Goiânia, 2013). Esses dados, no total, não alcançam sequer 0,01 % do total quase 50.000 profissionais lotados na Secretaria Municipal de Saúde. Em toda a região do DSL os profissionais chegam à quase 3500 funcionários. OS 06 PEF não chegam a 1% do total.

O fato de os PEF se sentirem desvalorizados, somado à uma relativa desorganização na lotação dos mesmos, parece dificultar a construção de diretrizes e princípios de trabalho mais coletivos, delinear conteúdos e metodologias de trabalho inovadoras e a articulação/organização geral da categoria profissional no campo. Estas demandas seriam fundamentais para a institucionalização e legitimação da EF neste novo campo. Certamente fortaleceriam as possibilidades de a EF refinar, avaliar, revisar, codificar, descobrir e criar novos elementos do processo de profissionalização interligados ao corpo de conhecimentos e qualificações, como lembra Freidson (1996).

Apareceram com bastante evidência assuntos relacionados ao reconhecimento e a valorização do trabalho dos PEF com o usuário. Esta aproximação e cumplicidade, na percepção dos PEF proporcionam um ganho de confiança e facilitam o trabalho. O *hábitus* da EF favoreceria aos usuários autoestima, expressão corporal, relaxamento e “tranquilidade/calma”.

Para ser mais reconhecido precisa de estratégias para chegar no usuário. Eu acho assim, essa questão da autoestima, expressão corporal, você descobrir que você tem um corpo, eu acho importante isso e isso não precisa tanto de recursos, a gente tem que buscar novas estratégias, para tentar chegar (profissional de EF (1), 02/10/2013).

[...] criação de vínculos com os usuários acho o aspecto mais importante, a gente ganha confiança o que facilita o trabalho. Para você ver eu no início, tinha medo dos usuários depois fui compreendendo o trabalho e que não precisava ter este tipo de sentimento (profissional de EF (1), 02/10/2013).

[...] principalmente com a inserção da EF no tratamento de pessoas com dependência química. Acho que na Saúde Pública a principal finalidade da nossa área é a melhoria da autoestima e a segurança dos pacientes (profissional de EF (4), 18/12/2013).

*[...] eu faço uma dança circular e eles me relatam que **sentem bem, sentem mais calmos**, ao final o importante ali não é cada um executar o passo perfeito e **sim vivenciar o momento é o conjunto**. É isso de certa forma eu influenciei que uma usuária participasse de atividade fora do CAPS (profissional de EF (5), 15/04/2014).*

Os PEF perceberam a valorização e reconhecimento da EF por proporcionar um tratamento ampliado da saúde do usuário, contribuindo eles de CAPS aproximarem-se de sua família, da escola ou mesmo adquirirem trabalho.

*[...] o problema destes usuários dos CAPS e do Hospital não é o uso das drogas especificamente e sim as consequências de seu uso. **O isolamento, a violência, os crimes, o abandono pela família ou o distanciamento do sujeito de sua família, da escola, do trabalho**. E assim o nosso papel não é somente o específico da EF, mas sim um tratamento ampliado da saúde do usuário e de sua família, por isso temos aqui no CAPS o grupo de família (profissional de EF (4), 18/12/2013).*

Outros demonstram que a relação profissional-usuário, quando positiva, leva ao reconhecimento e divulgação do trabalho da EF com as práticas corporais na comunidade. Segundo a visão do PEF 9 a relação com os usuários seria mais próxima e humanizada, comparada com outros profissionais da saúde. Neste sentido, cita o fato da relação médico/paciente estar muito centrada no usuário como objeto de atenção e medicalização em uma perspectiva curativa.

*Aqueles exemplos que a gente vê sempre você sentar **na frente de um médico ele nem olha no seu rosto e lhe medicaliza**. Então a relação deixa de ser com o indivíduo e o profissional e passa a ser como medicamento. Com a EF é diferente e é o contrário porque **a questão do corpo é inerente à pessoa e ao profissional e isso facilita muito o vínculo com os usuários**. (profissional de EF (9), 27/03/2014).*

Com efeito, o mesmo PEF traz ainda, em sua fala, um importante tema. Nas ações da Educação Física o usuário seria sujeito do processo e o corpo a mediação para o lúdico, para as vivências corporais, estes constructos muito relacionados ao que aponta Bourdieu para o conceito de *habitus*.

Os PEF reforçam a necessidade dos mesmos criarem estratégias de indicar aos usuários e seus familiares locais de práticas corporais exteriores às unidades de saúde. Especificamente para as Secretarias de esporte e lazer do Município ou do Estado. Entendem a necessidade de se promover a vivência de práticas relacionadas aos esportes e ao movimento como a hidroginástica, natação, danças lúdicas, jogos e brincadeiras, entre outros. Alertam que estas práticas devam ser utilizadas como fator de aprendizagem e estímulo ao desenvolvimento da confiança. Apontam, também, que o caminho da atuação, exclusiva em atividades, seria equivocado para o reconhecimento e valorização da EF na Saúde Pública.

*Eu já fiz alguns encaminhamentos para **natação** porque o paciente queria e eu tenho conhecimento do centro olímpico já encaminhei usuários para lá. A gente busca saber o que ele está interessado e **encaminhamos, parte do interesse dele, vou na SEMEL, na AGEL e encaminho** [...] eles [PEF] já sabem que está encaminhado do CAPS [...] Levando a pessoa a fazer coisas que ela não imaginaria que poderia fazer. Olha eu vou te dar um exemplo assim que foi muito importante para mim: lá no CAPS onde eu trabalhava nós tínhamos um paciente que tinha [...] ele não andava sozinho, **ele já tinha perdido totalmente a confiança nele e das coisas que ele fazia**, e nós fomos fazer um passeio no clube e aí a gente fazendo atividade na piscina e aí eu falei agora vamos todo mundo fazer hidroginástica, coloquei música, eu trabalho muito com música e movimento [...]. **A gente não sabe a "arma" (alcance) que tem numa hidro recreativa.** Esse foi um dos pacientes que eu referenciei para o centro olímpico e que deve estar fazendo aulas. (profissional de EF (7), 02/04/2014).*

*[...] **acho que a gente está mais para poder articular, orientar, do que para aturar** eu percebo assim, porque eu **hoje, para enviar essa criança, aí sim fazer vínculo com elas trabalhar na promoção de saúde** [...] **essa comunidade está problemática** aqui então vamos fazer uma rua de lazer juntamente com a SEMEL, eu acho que **isso seria um papel que iria mostrar a profissão** (profissional de EF (7), 02/04/2014).*

Essas falas revelam com muita clareza construção do que pode ser denominar um certo *habitus* da profissão de Educação Física.

Na percepção dos PEF são recorrentes os relatos de exemplos de usuários que conseguiram aderir às práticas como natação, hidroginástica, lutas, yoga, ginástica, brincadeiras, dança e treinamento funcional.

*[...] **acho que tem um impacto bem positivo pelo feedback que as pessoas trazem, eles cobram a volta da Yoga, os que participaram desse grupo falam que foi muito interessante.** O grupo "saúde e movimento" param [os usuários] e veem o que está acontecendo e querem entrar, mas o projeto terapêutico não permite. Eu já tive muitas questões de **elogios quanto a minha prática** [...] Eles gostam de **brincadeiras** e muitos deles **não tiveram este tipo de atividade por causa da doença e nem na escola** [...]. A **atividade de ginástica** ajudou a minimizar o problema da crise [...]. (profissional de EF (8), 28/04/2014).*

*Eu pude atender um usuário que tinha suspeita de esquizofrenia e logo que ele entrou naquela lógica psicologizante que orienta a rotina do serviço e este e outros indivíduos, desde a entrada e a saída, **passaram pelas práticas corporais e conseguiram ter alta** isto **demonstra em dados o impacto com o usuário e também no respeito e reconhecimento do trabalho na avaliação da equipe.** [...] (profissional de EF (9), 27/03/2014).*

O treinamento funcional, na visão do PEF 9, serviria como uma estratégia interessante ao campo da EF por ser estruturado a partir das necessidades e condições de vida dos usuários. Também as lutas, na visão do PEF 7, enquanto prática corporal, poderiam contribuir com uma relativa ajuda na estruturação da vida do usuário.

*Quando você utiliza o termo treinamento funcional você está defendendo que qualquer exercício realizado **deve ter um sentido para a vida do usuário** e isto é um avanço porque é uma tecnologia barata e também pode garantir novos espaços de trabalho para a EF [estratégia]. (profissional de EF (9), 27/03/2014).*

*Às vezes a atividade física vem por traz. E conheço casos em que o usuário de drogas que conseguiu **reestruturar a vida a partir da luta (tae-kwon-do)**. Ele fala **abertamente, a luta me salvou!** O que é muito interessante. Uma prática corporal estruturada [...] ele, lógico, estava no CAPS **recebeu toda uma ajuda para reestruturar a vida dele** e quando ele estava se reestruturando ele buscou no taekwondo apoio para a vida e dá até aulas hoje de lutas (profissional de EF (7), 02/04/2014).*

A oportunidade de aprendizagem relatada pelos PEF demonstra o caráter pedagógico destas práticas. Conhecidas ou não pelo usuário podem fortalecer as possibilidades de ingresso em práticas corporais desenvolvidas em outros locais.

Proporcionariam visibilidade, disseminação, reconhecimento e *status* para a profissão na sociedade e junto às equipes multiprofissionais das unidades. Parafraseando Feidson (1996) a concepção de profissão (no caso a EF) deveria guiar-se pelas circunstâncias históricas que movem o movimento de reforma sanitária e a implementação do SUS como a desinstitucionalização e a intersetorialidade, para se considerar e ser considerada como imprescindível no trato com a saúde humana, e legitimar-se socialmente.

Contudo, encontramos uma realidade ligada às condições de trabalho em que os PEF, geralmente trabalhavam duas e até três jornadas seguidas e diárias em outras instituições, principalmente em escolas. A comparação entre as condições de trabalho foram inevitáveis.

Neste sentido, vimos nos discursos dos PEF 1, 5 e 7 que a valorização e reconhecimento do trabalho dos PEF pelos pares seria muito maior na Saúde Pública do que no campo escolar e nas academias. Em virtude do trabalho interprofissional e interdisciplinar.

O interessante e contraditório deste discurso é que a profissão EF sempre foi muito mais antiga no campo da Escola do que no campo da Saúde Pública, portanto, deveria ser mais reconhecida e valorizada no campo de inserção mais antigo. Observemos os recortes:

*[...] ele é bem mais reconhecido do que na escola, eu **percebo esta diferença clara, de você trabalhar na escola e você trabalhar na saúde**, eles ficam gratificados de ter um professor de EF ali [...] Mais do que na iniciativa privada, mais do que na academia, mais do que qualquer lugar, eles ficam felizes com sua presença ali (profissional de EF (1), 02/10/2013).*

*[...] estou muito satisfeito como professor de EF no CAPS, inclusive eu já **conversei com uma série de amigos que trabalham em escolas e academia, spa's e eles falam que o melhor lugar de trabalhar é na Saúde Pública** e tem um diferencial e em especial no CAPS, nele a gente olha, não o indivíduo e sim o sujeito em um todo em todos os seus aspectos, e trabalha interdisciplinar com os profissionais [...] vários olhares das diferentes áreas, então é sempre muito rico. (profissional de EF (5), 15/04/2014).*

[...] na educação, pois se tem que tirar aulas a EF é sempre aquela que qualquer um pode fazer, a gente vê isso claramente no estado [educação]. [...] Pode ser por aí a clientela faz muito a empatia com o seu trabalho, mas geralmente eu vejo meus colegas da EF que geralmente o professor de EF é aquele que tapa buraco, faltou o professor de matemática vai o professor de EF, tem uma festa é o professor de EF. (profissional de EF (7), 02/04/2014).

Na Saúde Pública é diferente há uma maior valorização e reconhecimento pelos profissionais da saúde, eu acho que é por entender a importância da atividade física na qualidade de vida da pessoa [usuário]. [...] Agora na saúde [...] a valorização tem lugar [...] (profissional de EF (7), 02/04/2014).

Os PEF demonstraram que a desvalorização da EF no campo da escola se dá por uma percepção equivocada de que qualquer um (leigo ou outro profissional) pode aplicar as atividades desta área. Isto porque no rol da expertise da EF, na escola, englobam-se a organização de festas e eventos e “tapar buraco” de falta de outros profissionais. Parece que a EF na escola não é reconhecida por ser um componente curricular obrigatório e por ter um conteúdo necessário para a formação do sujeito escolar, fundamental para viver em sociedade e sim por ajudar a resolver outros problemas cotidianos da escola. Neste campo o trabalho interprofissional e multidisciplinar também pode estar presente, mas parece ser também um campo de disputas profissionais do que centrado no trabalho coletivo.

O PEF 2 reforça o debate do reconhecimento e valorização da EF por entender a importância da área por fatores como

[...] contribuindo com o trabalho multiprofissional, principalmente quando está tratando o paciente na perspectiva da promoção da saúde [...], trabalhando com grandes grupos, com a integração das pessoas desenvolvendo atividades de educação em saúde junto à comunidade [...] com as palestras sobre a importância da atividade física para prevenção das doenças crônico-degenerativas (profissional de EF (2), 01/12/2013).

O processo de reconhecimento foi visto como muito “sutil” pelos PEF 5 e 6 ambos referenciando às falas de uma médica endocrinologista e a um ortopedista.

De certa parte pelo SUS ainda está adentrando os profissionais agora então está começando a valorizar agora, mas de maneira muito sutil. Entre os profissionais alguns acham importante, (profissional de EF (5), 15/04/2014).

[...] de forma geral os profissionais acham importante. Já vi o cardiologista falar que é importante. Já vi o ortopedista, uma vez um paciente foi perguntar para ele e ele disse que quem sabia mais sobre exercício e a coluna era o professor de EF [...]. A avaliação com o pessoal do PCCO e a responsável (profissional) falou que mais importante do que ter o médico endocrinologista e a nutricionista era ter o professor de EF. Ela é médica é endócrino e ela falava da importância porque o médico vai atuar do ponto de vista de dar remédio e ela acha que o importante é um tratamento sem medicamento. Ela legitimou a nossa área. (profissional de EF (6), 27/03/2014).

O PEF 8 indicando o trabalho com o corpo e o movimento em vários aspectos do campo. O PEF 9 diz que criou como estratégia de aproximação com os outros profissionais da unidade de saúde, com o desenvolvimento de um projeto de saúde do trabalhador/ginástica laboral.

Eu não vi dificuldade com a equipe que me recebeu muito bem e entendeu a necessidade da EF para os usuários e esse grupo de profissionais valorizam muito o trabalho com o corpo, e fizeram cursos na área de bioenergética, biodança e, então assim, eles são bem receptivos quanto estas questões de trabalho de corpo inserido dentro do grupo (profissional de EF (8), 28/04/2014).

[...] criei uma proposta de saúde do trabalhador que atendia os profissionais da ESF e do CAIS e num primeiro momento foi muito interessante porque eu comecei a estabelecer vínculo com os outros profissionais (de outras áreas) e aquilo gerou visibilidade e a gestão começou a fundamentar para a gestão a importância da EF lá dentro, foi um ponta pé inicial para fundamentar a minha prática ali, para justificar que o trabalho do profissional de EF pode ser amplo e importante para o CAIS [...] (profissional de EF (9), 27/03/2014).

Haveriam indicações de, por vezes, haver pouco reconhecimento por parte da SMS. Explicam este fato porque a SMS visa, sobretudo, a economia financeira em detrimento da valorização do trabalho das profissões e seus trabalhos realizados.

Sinto valorizado no que diz respeito ao reconhecimento do trabalho, mas financeiramente acredito que a prefeitura poderia valorizar mais, ela deve valorizar mais, mas este não é um problema exclusivo de Goiânia, nem só da EF, na verdade isso é uma questão de classe e precisa ser conquistado ainda. (profissional de EF (2), 01/12/2013).

Teve o reconhecimento, mas ainda tem muito o que valorizar. Tem muitos lugares que desconhecem que tem EF na CAPS, pessoas que trabalham há 20, 30 anos na SMS e desconhece que este profissional está na EF e não é só quanto a EF não, tem pessoas que desconhecem o que é CAPS e que eles existem. (profissional de EF (8), 28/04/2014).

SE pensar no aspecto macro não porque ela acaba sendo esquecida porque no balanço com outras profissões que já são históricas no campo da saúde, mas no campo específico de onde o profissional tem se inserido tem conseguido construir um projeto interessante [...] (profissional de EF (9), 27/03/2014).

Nas falas acima destacamos que, o PEF 2 cobra reconhecimento pela SMS por melhores condições financeiras, mas reconhece que este é um problema estrutural e de outros municípios não exclusivo de Goiânia. O PEF 8 acha que poderia ser mais reconhecido que isso não acontece em virtude de haver muitos outros locais/unidades da Saúde Pública da cidade que não sabem da existência deste profissional nas unidades.

O PEF 9 critica o fato de a profissão, no meio das profissões mais antigas, na Saúde Pública, chegar muito “humilde e na lógica de aprender” e, assim, perde espaço.

*A EF tem conseguido construir um projeto interessante para ela se legitimar e até porque ele chega numa **condição humilde e de aprender**, então a mesma lógica da gente permitir enquanto campo de conhecimento, [...] (profissional de EF (9), 27/03/2014).*

Enfim, a discussão levantada anteriormente, pela maioria dos PEF - sobre a necessidade de se considerar o contexto, a família, a equipe de profissionais e o sujeito/usuário - nos leva a outro princípio metodológico no contexto das Políticas Públicas do SUS, relacionado ao produção do cuidado em saúde: a “clínica ampliada”. Vejamos a fala de Freitas, Carvalho e Mendes (2013, p. 650) as possibilidades desta forma de ver a atenção à saúde dos usuários dos SUS:

A Clínica Ampliada contribui nas intervenções com pc/af à medida que exige dos profissionais o reconhecimento da produção de saúde como dinâmica; compromisso com a atenção básica que demanda, por sua vez, capacidade do profissional para lidar com a complexidade das relações (sujeitos, famílias, equipe de saúde) e com a própria organização das instituições; da necessidade de aprimoramento da capacidade de lidar com as incertezas e frustrações decorrentes dos encontros em saúde, que sempre são singulares, considerando a necessidade de apoiar as pessoas para lidarem com suas dificuldades e limitações visando a produção do cuidado de maneira contextualizada (FREITAS; CARVALHO; MENDES (2013, p. 650).

6.3.2 A visão dos POAS sobre o reconhecimento e valorização

Os POAS, na mesma linha indicada pelos PEF, reforçam a falta de disseminação da profissão EF no campo da Saúde Pública. Segundo eles, por chegar tarde à Saúde Pública e não se ouvia falar, resulta em pouca valorização: “*A poucos anos atrás o profissional da EF a gente não ouvia falar a não ser como o profissional da escola e acho que o profissional de EF no Brasil é pouquíssimo valorizado* (profissional de assistência social (4), 30/05/2014).

Outros POAS entendem que no “jogo do reconhecimento” não a EF não é valorizada como mereceria, entre outras causas, porque deveria trazer dinamicidade e motivação no ambiente de trabalho. Segundo eles os profissionais se preocupam pouco com esta dinâmica.

Acho que a EF não é valorizada o quanto ela pode ser [...]. Qualquer profissão que seja dentro do CAPS se você tiver dinâmica de motivação você tem todos os espaços do mundo e certo, caso contrário você não só atrofia seu potencial como você atrofia a sua profissão [...] (profissional de enfermagem (2), 29/04/2014).

Contudo, o POAS (4) reporta-se a realização de um torneio de futebol que mobilizou toda a unidade movimentando, motivando, valorizando e empoderando todos os PEF. Para

eles, o torneio faz com que os PEF ocupassem espaço e lugar na unidade motivação e qualificação. Igualmente, alega que o esporte proporciona isso, provoca mudanças na organização do trabalho para o foco no trabalho coletivo e interprofissional. A experiência “diluiu” as especificidades de cada profissão dentro dos grupos terapêuticos e o trabalho conjunto, mais integrado com outros profissionais, abriu espaço para a valorização e reconhecimento do trabalho dos PEF no serviço.

*Teve uma época que teve um campeonato de futebol muito interessante e o pessoal da EF teve uma **movimentação do serviço**, todos **empoderado**. A questão do esporte que pode sustentar isso, e não tem ninguém melhor que o professor de EF para sustentar essa área que motiva e sustenta [...]. Lembro como **este torneio mobilizou a pessoas e todos os usuários, outros profissionais** e como foi saudável a participação dos usuários. Eles sentindo participantes de algo e os caminhos são vários para se chegar á qualidade de vida melhor para eles. A **EF é muito importante e o profissional de EF tem seu lugar também** [...] (profissional de assistência social (4), 30/05/2014).*

*Assim, eu penso que tem **maior visibilidade**, porque tem algumas ações que estão começando a aparecer e não sei se com o grupo que **está mais integrado com as outras profissões também abre espaço para mostrar o serviço dele** e está começando tem uma maior visibilidade agora (profissional de assistência social (4), 30/05/2014).*

Os POAS relatam terem acompanhado os PEF lutando por reconhecimento e por benefícios. Reconhece que o PEF recebeu elogios de seu trabalho ligado à ginástica laboral no CAIS: “[...] acompanhei o [fulano] e vi a luta dele **correndo atrás desses benefícios** [...] a EF e ele **está na luta para ser reconhecido**. [...] à ginástica laboral com os trabalhadores aqui do CAIS e foi muito elogiado e significativo (profissional de nutrição (6), 13/05/2014).

O POAS (7), por atuar na ESF em Unidades Básicas de Saúde, reclama da ausência dos PEF na unidade: *perceber que ele tem uma clientela imensa na Saúde Pública para trabalhar e **abrir espaços para eles estarem atuando** e a importância é tão grande que mesmo sem o profissional lotado aqui nós tínhamos uma demanda que tivemos que atuar [...]* (profissional de enfermagem (7), 08/05/2014).

Os POAS 3 e 4 relataram que a desmotivação - assunto que tem repetidamente aparecido neste relatório de pesquisa - seria coletiva entre os profissionais dos serviços públicos de saúde e não uma exclusividade da EF. Na verdade, alegam tudo isso estar acontecendo em virtude do momento de mudanças no sistema e na rede de Atenção à Saúde da SMS e do SUS.

*[...] olha no momento assim, separar (os profissionais) é difícil então **eu vejo a equipe como um todo desestimulada** e o professor de EF estando no meio está desestimulado [...] (profissional de psicologia (3), 08/05/2014).*

*Acho que na maioria eles captaram o eixo de trabalho do serviço e estão junto com os outros profissionais tentando construir o trabalho. **No geral todos os profissionais do***

serviço público falta um pouco, falta estímulo [...] a gente vai se empurrando porque tem a responsabilidade do trabalho e não deixa, mas essa motivação toda eu acho que falta a todas as categorias profissionais. Estão massacradas pela desvalorização e pelas políticas em implementação no SUS e na SMS (profissional de assistência social (4), 30/05/2014).

Quando perguntados sobre a ocupação dos cargos administrativos, assumidos por 3 PEF, no âmbito da SMS²², entendem que foram conquistados por mérito. As ações desenvolvidas pelos PEF e o envolvimento no trabalho da Divisão de Saúde Mental e na Divisão de Doenças Crônico Degenerativas da SMS. Lembraram também das participações dos PEF nas atividades de Educação em Saúde e no desenvolvimento de projetos.

Olha [fulano] foi muito bem escolhido porque a Divisão de Doenças Crônico Degenerativas tem tudo a ver com a profissão de EF. Olha conheço o PEF da Saúde Mental e vou rasgar a ceda para ele porque é uma pessoa muito comprometida com o trabalho, muito estudioso e sempre se envolve com o movimento da saúde mental. Vejo nele a competência (profissional de psicologia (1), 29/04/2014).

Olha eu conheço os três, [...] são muito competentes, o [fulano] muito engajado na política, no SUS, na promoção da saúde ele está sempre envolvido nos projetos. Escreve projetos e procurando sempre envolver com a área dele e investindo na EF. O [ciclano] que estava no CAPS vida e depois ele foi para a gestão na DASM e sempre nas reuniões, nos movimentos é envolvido com as propostas da saúde mental. E o [fulano] que eu conheço menos já vi apresentações dele. São pessoas que pesquisam que apresentam, que propõe então com certeza por mérito [...]. (profissional de psicologia (3), 08/05/2014).

[...] olha eu conheço dois deles um não conheço, mas entendo ser mérito e acho que é perfil, tem profissional que tem perfil de gestão. Posso falar do [fulano] que eu acompanhei um trabalho dele que desenvolveu com competência e tem perfil de gestor (profissional de nutrição (5), 11/06/2014).

Outros POAS destacaram o engajamento dos PEF na política do SUS e nos projetos, nas reuniões e movimentos políticos, em palestras e trabalhos assumidos em outros locais da cidade de Goiânia. Argumentam que os PEF se despontam, mesmo sendo estes cargos de indicação política dos vereadores de Goiânia.

Então principalmente mesmo sendo critério político [...] outros trazem informações boas deles [...]. É critério político e eu tenho esperança no trabalho que ele quer desenvolver [...] como profissional na saúde mental. (profissional de enfermagem (2), 29/04/2014).

[...] considero que seja mérito mesmo porque sempre esteve em CAPS e encabeçava os movimentos [...] é mérito e quando as pessoas se dispõem a ir atrás e se coloca a frente. Mesmo que seja de indicação dos vereadores eles utilizam o critério muitas vezes de um profissional do serviço que tecnicamente se desponta. (profissional de assistência social (4), 30/05/2014).

²² Três PEF assumiram cargos na SMS como: Diretor do CAPS Gira Sol; Disposição para a Divisão de doenças crônico-degenerativas e; Disposição para a divisão de Atenção à Saúde Mental.

*Eu acho que é mérito porque eu sei que existe esta questão política e eu fico até longe, mas por ter conhecido o Jovino vejo como puro mérito, ele conseguia as coisas, corria atrás das coisas, **ele conseguiu a praça da juventude com quadra coberta, você conhece lá e conseguiu o projeto viver saudável que trabalhou muito, fez muita coisa no DSL, fez mestrado junto comigo e é muito eficiente.** (profissional de nutrição (6), 13/05/2014).*

Outro POAS trouxe exemplos de atividades desenvolvidas pelos profissionais que reforçam as evidências do mérito em conquistar espaço no campo. Há aprovação porque realizam serviços que promovem conquistas para o DSL. Para o POAS 3 os PEF com suas atividades desenvolveram uma espécie de persuasão na região leste de Goiânia.

*O [fulano] **também, eu não sei se ele ainda está neste projeto, que é um que acontecia nas escolas** [refere-se ao projeto Viver Saudável desenvolvido pelo professor que estava lotado no DSL] **e que a gente participou junto e que integrou todo o serviço, a universidade e todo o serviço, a educação então foi um projeto bem interessante.** (profissional de psicologia (3), 08/05/2014).*

Os POAS também vêm o reconhecimento da EF a partir dos trabalhos desenvolvidos com os usuários, especificamente por diminuir a dor no corpo, tomar consciência do próprio corpo, sair da crise na saúde mental e pela aderência dos usuários às atividades do grupo de práticas de esportes e lazer.

*Quando a gente vê o usuário na crise é como se a pessoa estivesse no ar e temos que **trazer para o chão, para a realidade** [...]. O professor de EF que conhece bem as técnicas pode contribuir para o usuário **com atividades físicas numa crise** [...] (profissional de psicologia (1), 29/04/2014).*

*[...] vejo como muito importante no serviço, **o olhar da EF da questão corporal, assim como as diversas áreas** [...]. É essencial no CAPS **porque a pessoa perceba e voltar a ter essa consciência** [...] e **perceber o próprio corpo** (profissional de psicologia (3), 08/05/2014).*

*Eu já vi elogios de usuários pacientes do [fulano] falando: Nossa melhorei muito! **Não estou sentido mais dor! Paciente meu que é dele também que era sedentário, obeso, sentem melhoras e elogiam muito o trabalho da EF.** (profissional de nutrição (6), 08/05/2014).*

*Em muitos momentos ela soma, inclusive porque o [fulano] **fez um trabalho muito bom nos grupos de esporte e lazer e no projeto viver saudável** [...]. **Potencializou o trabalho com os usuários. Agora eu tenho recebido usuários dos grupos elogiando o trabalho da EF no grupo de esporte e lazer** [...] (profissional de enfermagem (7), 08/05/2014).*

Da mesma forma que encontramos nos discursos dos PEF, os POAS creem que a EF é reconhecida pela parceria no trabalho em equipe nos grupos de Atenção à Saúde. Apontam como consequência a potencialização do trabalho em equipe, a motivação para a prática de

esportes, pela complementariedade do trabalho realizado. Reconhecem que a especificidade do trabalho ligado ao corpo e movimento ficaria dificultado pela pequena quantidade de PEF no campo de atuação.

[...] e formamos uma equipe para sair daqui num evento um time de futebol masculino e de vôlei misto para competir com outros CAPS. Foi um tempo muito bom a [fulana] muito motivada o [fulano] [estudante do estágio da ESEFEGO] um menino perfeito, eu estava muito motivado, a parceria com a EF no grupo foi muito bom. (profissional de enfermagem (2), 29/04/2014).

[...] eles fazem diferença no serviço, fazem um diferencial, complementam o trabalho e agente não consegue ver o serviço sem os PEF [...]. É um profissional que hoje a gente vê como essência no serviço pela sua especificidade dele [...], o olhar sobre o corpo é essencial para o serviço, para o usuário [...] (profissional de psicologia (3), 29/04/2014).

[...] a EF é bem vinda. Tem seu lugar! Respeitadíssima [...] dentro da nossa experiência! Faz parte da equipe. Quando pensamos em qualquer projeto envolvemos a EF [...]. Como o número de professores de EF é muito pequeno a penetração é muito pequena (profissional de nutrição (5), 11/06/2014).

Com certeza os elogios e as estão fortalecendo cada vez mais. Eu hoje não consigo ver a nutrição aqui no CAIS sem a EF e eu acho que estas pequenas coisas em conjunto, no trabalho com eles, fortalece o nosso. (profissional de nutrição (6), 13/05/2014).

Somando-se a ideia acima, o POAS 5 aponta serem os PEF muito concorridos para o trabalho interprofissional.

[...]tem poucos PEF disponíveis. São concorridíssimos. No distrito sanitário noroeste só tem um profissional no NASF. Não dão conta de toda a demanda de uma região tão grande. (profissional de nutrição (5), 11/06/2014).

Contudo, o POAS 6 diz que outros não valorizando área da EF com seria merecido. Para ele aqueles que não valorizam esta profissão. Para ele os POAS fazem isso por não considerá-la da área da saúde.

Olha eu acho que a EF é fundamental [...] às vezes eu percebo que os outros profissionais não enxergam a área e eles não dão o valor e parece que a EF ainda não é vista como uma profissão da saúde (profissional de nutrição (6), 13/05/2014).

Por fim, o POAS (6) afirmou haver pouco reconhecimento da SMS para com a EF. Para ele, a economia financeira estaria à frente da valorização do trabalho realizado. Indica que, para haver mais impactos do trabalho da EF e ser mais reconhecida, “o poder público

precisa ver a necessidade e a importância desse profissional dentro da Saúde Pública e aumentar o número de concursos”.

Ao mesmo tempo, indica que os “educadores físicos que estão no nível central tem que fazer um trabalho para os gestores perceberem a real necessidade do profissional nas unidades de saúde” (profissional de nutrição (6), 13/05/2014).

Nos discursos de todos os POAS a EF é reconhecida e se legitima gradativamente, mas ocupa menor espaço/lugar no campo pelo jogo complicado em que está submetida. O POAS 1 indica ser a valorização e a ocupação de espaço gradativa e dependente do tempo dentro de uma “batalha”. Por isso os PEF do campo necessitariam “chegar impondo” seus conhecimentos com mais “energia” no “jogo complicado” do campo.

*[...] eu não vejo assim tendo o reconhecimento [...] está se legitimando, eu sou muito otimista. Eu vivi outros tempos e a conquista de espaço é gradativa e a batalha continua [...]. Se **chegassem com mais energia, mais conhecimento** e [...] se impondo mais ele iria somar mais. O submisso contribui menos [...] é um **jogo complicado** e que você tem que dosar as coisas [...]* (profissional de psicologia (1), 29/04/2014).

Outros discursos mostraram que o lugar que ocupa a profissão “*depende de cada profissional e do conjunto dos profissionais [...] para segurar isso [inserção e legitimação] e [...] mostrarem para que vieram para a Saúde Pública.* O mesmo profissional lembra ainda que “a EF tem que se mobilizar” para não correr o risco da “EF na escola” que seguiu um caminho “triste” e está desvalorizada e para isso “*deveria ir para a rua e gritar pela sua profissão*”.

Por fim, os POS reforçam a valorização e reconhecimento da EF como dependente das avaliações dos usuários e das estratégias que a EF desenvolvem no campo, o que pode demonstrar seu *status* profissional. Também reforçam serem pouco reconhecidos e valorizados pela SMS.

Todos os POAS reconhecem o mérito dos PEF que assumiram cargos de confiança e gestão no nível central (administrativo) da SMS ou nas unidades de saúde. Assumem que alguns de seus pares apresentam preconceito e pouca leitura para aceitar a EF como sendo área da Saúde Pública. Tudo isso em virtude da pouca visibilidade da área neste campo de atuação. Por este ângulo está gradativamente adquirindo espaço, lugar, poder e *status* com vistas a assumir seu papel fundamental na Saúde Pública.

6.3.3 A visão dos Gestores sobre o reconhecimento e a valorização

O reconhecimento e a valorização da EF, na percepção dos Gestores, coincidem com a percepção dos POAS das unidades. A ocupação gradativa de espaço/lugar no campo dependeria de um jogo complicado.

O Gestor 1 levanta a questão dos PEF estarem inseridos mas não institucionalizado e, portanto, estria sem referencias de atuação. Para ele os PEF fazem parte da estrutura, mas não tem um “contrato” com as cartas de intenção da profissão, o que dificulta sua institucionalização.

Afirma que o percurso dos PEF seria inicialmente passar em concurso e depois lutar para ter legislações que sustente seu direito à permanência na Saúde Pública. Para ele, os PEF não têm como expressarem à SMS seus desejos, manifestações e assim buscarem melhores condições de trabalho. Em sua Percepção, tudo isso seria gerado por uma série de fatores, sobretudo por não estarem representados com um cargo de coordenador de área no Nível central da SMS. Cargo este, comum a todas as profissões menos para a EF.

O profissional de EF está na estrutura, mas está sem referência. Quando precisamos desenvolver um projeto que envolve a saúde e a educação vamos chamar o profissional de EF, mas espera ai cadê ele, onde está, o que faz, complica. (Gestor (1) administração, 23/05/2014)

A gente reconhece aquilo que se percebe e avalia-se. Se eu nem percebo, se eu nem institucionalizo ele de fato, como é que vou valorizá-lo. Ele passou no concurso, existe legislação que resguarda o direito de atuação na saúde, existe uma determinação que começa no Ministério de Saúde e termina na SMS e isso não está tão claro (Gestor (1) administração, 23/05/2014)

O Gestor 1 cita exemplos de como os PEF deveriam buscar a institucionalização através da organização em classe trabalhadora: *“ninguém vai vir no serviço e perguntar o que querem, existe o contrário é a profissão se organizar se reivindicar para ser ao invés de inserido é sim institucionalizado. Precisam se organizar”* (Gestor (1) administração, 23/05/2014).

Reforça que os PEF encontram-se “colocados” e não empoderado pela SMS. Para ele os PEF estão *“limitados dentro de suas capacidades e de suas atribuições”* (Gestor 1, administração, 23/05/2014).

Os Gestores 3 e 4 entendem que a institucionalização seria *“meio que um trabalho de formiguinha”* e que a valorização dependeria do *“trabalho, das atividades, das reuniões, das falas. É um começo para estar efetivando essa legitimidade [...]”* (Gestor (3) enfermagem, 07/05/2014). Já o Gestor 4 aconselha a formação de *“parceria com a comunidade que pode lutar pela presença da EF”*. Compreende que *“todos estes profissionais são sensibilizados*

porque diante das condições que vivemos e trabalhamos e presenciamos no dia a dia são peças colaboradoras. Cita também como tem sido estas parceiras nas atividades desenvolvidas na unidade básica de saúde: [...] “sentam com os outros profissionais, participam dos planejamentos, atuam no Programa Saúde da Escola, fizeram o projeto de saúde do trabalhador [...]” (Gestor (4), direito, 13/05/2014)

Os Gestores também defenderam que a ocupação dos cargos administrativos aconteceram por méritos dos PEF. Alertam que não seria fácil assumir cargos de gestão mesmo tecnicamente desenvolvendo um bom trabalho. Em suas percepções, experiências e vivências seriam fundamentais. Contudo, indicam que os PEF precisariam mais que isso, ou seja, saber tomar decisões, desenvolver projetos em articulação com o nível central da SMS, saber gerir o serviço com competência, vestir a camisa da SMS e da Unidade de saúde, são destacados como atributos fundamentais. Isso porque também reconhecem serem os cargos de indicação política.

[...] o [fulano] foi para o nível central, trabalhar na divisão de Doenças Crônicas Degenerativas. Até reconhecendo seu mérito e sua capacidade de atuação, de articulação e de envolvimento e de capacidade de desenvolver várias ações e projetos. Os cargos são de indicação política e nem sempre é observada a capacidade técnica do profissional na maioria das vezes [...]. Com certeza é mérito porque não é fácil um profissional de carreira, um profissional que é técnico e que se destaca pelas suas atividades e profissionalismo ser indicado hoje para um cargo de gestão (Gestor (1) administração, 23/05/2014).

Eu acho que é mérito, quando vestiram a camisa, vestiram e foram reconhecidos. Eu acho que é por aí. [...] Participei com o [fulano], participei com [ciclano] [...] O [ciclano] começou na divisão como um técnico da divisão, tudo que a gente precisava a gente [...] proativo, e fazia, as coisas aconteciam [...]. O [fulano] do mesmo jeito [...]. Começou aqui no distrito com o Programa de Saúde da Escola, Viver Saudável [...] ele correu atrás, então eu acredito que são méritos. [...] estão legitimando o espaço deles [...]. Fazendo diferença, (Gestor (2) psicologia, 28/04/2014).

Eu acho que, principalmente, a competência técnica, a experiência, a vivência é muito importante. É muito difícil uma pessoa que não tenha essa noção de saúde dar conta de assumir bem uma diretoria técnica. (Gestor (3) enfermagem, 07/05/2014).

[...] É superinteressante essas outras categorias e a EF assumam esses grupos, até para aparecer [...]. Ela [EF] é da saúde também, pode assumir. Já é uma coisa muito interessante para a categoria. Está elevando o nome da EF. E se fizerem uma boa gestão, mais ainda (Gestor (3) enfermagem, 07/05/2014).

[...] o [fulano], pelas atuações dele nos movimentos e no CAPS e no projeto "Viver Saudável", da parte dele foi mérito. Participava das reuniões gerais do projeto e participava das reuniões de planejamento e da educação permanente aqui na unidade, então ele tem os méritos dele em ser reconhecido (Gestor (4), direito, 13/05/2014).

Corroborando com as percepções dos PEF e dos POAS, os Gestores reconhecem haver um processo de desvalorização de todos os profissionais gerado pela SMS, o qual causaria desmotivação para o trabalho.

O Gestor 1 afirma ser a desmotivação resultado de não haver, por parte da SMS, uma política instituída de valorização global do trabalho e de gestão de recursos humanos. O foco da SMS recairia apenas em avaliar quantitativamente os atendimentos realizados com os usuários. Assim, os profissionais da saúde assumiriam todo o peso do serviço. Para o Gestor 2 a desmotivação também aconteceria pela falta de materiais e pela não reposição dos mesmos.

*Nós estamos falando do profissional de EF, mas eu posso afirmar que a **desvalorização não atinge somente ele, hoje a prefeitura não tem uma política de recursos humanos, de gestão de pessoas que faça essa valorização, mas qualquer outra categoria técnica ou administrativa ou operacional.*** (Gestor (1) administração, 23/05/2014)

*[...] a [fulana] fazia Yoga, o povo adorava Yoga. Então assim [...] Muito legal! Só que aí a sala estava mofada, coisas que vão chegar na frente, **a questão da estrutura, eles [SMS] não repõem nada.** A gente tem que ficar lutando atrás de colchonete, de aparelhinho de musculação, tudo. **Então não consegue*** (Gestor (2) psicologia, 28/04/2014).

O Gestor 1 apresenta evidências que a EF seria imprescindível no campo da Saúde Pública. Aponta sua expertise e eficiência na hora de decidir conteúdos importantes em provas de concursos para seleção de trabalhadores da SMS. Também por desenvolver projetos em parceria com as outras profissões no DSL.

*Eu percebo que se insere o profissional nas atividades físicas e vai muito além disso. Por exemplo, eu trabalhei **em um concurso para trabalhadores da SMS e o professor de EF falava o que era necessário para a prova** e estava discutindo como avaliar e contratar os profissionais coletores de lixo, entre outros, o profissional de EF **foi fundamental para definir as atividades** que fariam parte da **prova** e as capacidades necessárias para o trabalhador exercer suas atividades.* (Gestor (1) administração, 23/05/2014).

Com entusiasmo, o Gestor 1 faz referências que os PEF, das equipes que participam dos projetos, recebem prêmios, publicaram e continuam publicando em congressos a partir dos resultados na região do DSL. Estas evidências apontam para uma relativa legitimação da EF junto às outras profissões na Saúde Pública, com referência à produção científica produzida nos serviços de saúde em que os PEF estão inseridos.

*[...] o que eu tenho acompanhado é que o projeto que começou como "outubro saudável" e "viver saudável" trouxeram destaque e resultados muito relevantes para todo o DSL. Foi inclusive na época do [fulano] que estava no DSL e junto com a [fulana] da nutrição e outros profissionais e de lá para cá muitas **ações que são desenvolvidas hoje são fruto do trabalho destes projetos** que foram feitos, destes*

surgiram outras atividades que se institucionalizaram aqui e referenciaram o DSL com essas ações na Saúde Pública de Goiânia. (Gestor (1) administração, 23/05/2014).

[...] até hoje as equipes que participam de congressos a partir dos resultados destas atividades recebem prêmios pela originalidade dos trabalhos. (Gestor (1) administração, 23/05/2014).

O Gestor 3 aponta ser o reconhecimento pelo valor das orientações dos PEF aos usuários, ao indicarem possibilidades deles praticarem de atividades físicas no território.

A EF auxilia muito na orientação do paciente nas atividades físicas para melhorar a saúde dos usuários e na qualidade de vida [...] eu ouvia os comentários dos Agentes de Saúde. Achavam importante a atuação da EF enriquecendo as atividades e positiva a parceria (Gestor (3) enfermagem, 07/05/2014).

O mesmo Gestor alerta que os PEF precisam divulgar mais suas ações: *“reconheço todas as profissões, porque todos têm o seu valor. Aqui, de uma maneira geral, a gente precisa divulgar mais a EF, até entre os próprios profissionais”* (Gestor (3) enfermagem, 07/05/2014).

Por fim, temos os Gestores indicando serem os usuários quem mais valorizam e reconhecem o trabalho dos PEF: *“Na saúde do usuário, com certeza! [...]. Agora assim, nunca acompanhei mais de perto. Mas com certeza com os pacientes que participam dos trabalhos aqui dentro com o professor de EF* (Gestor (3) enfermagem, 07/05/2014).

O Gestor 4 indica que *“a valorização do profissional de EF veio pelos depoimentos de pacientes que estavam com depressão por perda de esposo. Depois da parceria com a EF a participação os usuários melhoraram seus quadros de saúde, deixaram de tomar os remédios fortes para a depressão”* (Gestor (4), Direito, 13/05/2014).

Esta parte ao problematizar aspectos do reconhecimento e valorização dos PEF no campo da SP demonstra que estes são dependentes de tempo e das aproximações entre as profissões. Também estão associados ao processo de aproximação dos trabalhos no território com os usuários.

As políticas de valorização dos profissionais pela SMS, em que pese serem menos preocupadas com a profissão EF, da mesma forma não tem dado atenção especial à aspectos relacionados à todo o conjunto de recursos humanos. Por outro lado, os agentes vêm que os usuários valorizam e reconhecem o papel das profissões envolvidas com o cuidado em saúde.

As parcerias entre as profissões foram lembradas como fundamental para a valorização do trabalho como um todo, mesmo não havendo relações somente de aproximações e eventos positivos. Em cada momento as relações demarcariam espaços de poder e por isso, nem

sempre seriam amistosas. Em síntese, a ocupação de espaço e lugar pelos PEF no reconhecimento e valorização se daria dentro de um jogo complexo da Saúde Pública.

6.3.4 Sínteses sobre a percepção dos agentes sobre o reconhecimento e a valorização da Educação Física na Saúde Pública

O conjunto dos elementos problematizados, nesse subitem, demonstrou como os trabalhadores das unidades de saúde percebem aspectos do reconhecimento e da valorização da EF no campo da Saúde Pública. Percebemos que, na visão dos agentes, o reconhecimento e valorização da profissão seriam dependentes das ações internas e externas à unidade. Assim sendo, o processo de desinstitucionalização do usuário seria fundamental para a afirmação da profissão junto aos profissionais, usuários, gestores e a sociedade como um todo.

De forma geral, os PEF se sentem reconhecidos e valorizados pelos POAS e principalmente pelos usuários, mas pouco valorizados pela SMS. Os PEF assinalam a necessidade de os profissionais assumirem os princípios da intersetorialidade e da desinstitucionalização como fundamentais no processo de aquisição de espaço, lugar, poder e *status* no campo de atuação do SUS.

Quanto à questão do serviço ser estruturar a partir do território em um processo de desinstitucionalização do usuário, Amarante (2007, p. 85) indica que o constructo território deve ser considerado para além do conceito restrito do espaço geográfico. Para ele, o serviço para ser considerado de base territorial precisa estar estruturado em atividades e habilidades a serem desenvolvidas nos diversos recursos existentes na comunidade do usuário. Complementa ele, ser um desafio, neste processo, encontrar possibilidades de parcerias com associações civis, times de futebol, entidades comerciais, ou seja, “alianças sociais” que estejam a fim de participar “solidariamente de intervenções estratégicas [...]”.

Neste ângulo, orientar o usuário para agir na comunidade, em busca da autonomia e da participação em práticas corporais em equipamentos sociais no município, seriam tarefas importante para o reconhecimento dos PEF na Saúde Pública.

Parafraseando Freidson (1996), em cada momento histórico, a concepção de profissão, no caso aqui a EF, deveria guiar-se pela explicação das circunstâncias históricas que movem o trabalho e as necessidades sociais, neste caso a EF não acompanhou os avanços do SUS, em virtude de seu distanciamento deste espaço como campo de atuação.

Logo, os agentes indicaram a aproximação dos princípios da desinstitucionalização e da intersetorialidade como forma da EF ser considerada imprescindível no trato com a saúde humana, e assim ser mais aceita pelo público.

Contudo, alegaram que a profissão seria melhor disseminada se na atuação com as práticas corporais os PEF conseguissem criar vínculos com os usuários, as famílias e com a realidade da área de abrangência. Para isso seria fundamental organizar coletivamente e menos personificada suas atuações, seus conhecimentos, conteúdos, metodologias voltadas para combater os fatores de risco das doenças ou promover a cura em atendimentos com as atividades físicas e exercícios físicos de forma descontextualizada da realidade dos usuários.

Assim, horizontalizar a relação com os usuários foi também destacada pelos agentes. Sobre este aspecto, Carvalho (2001) defende a necessidade de tratar o usuário dos serviços da educação física na saúde como sujeitos no processo de atenção à sua saúde e não como objetos. Neste processo, de busca por valorização e reconhecimento, entendemos ser necessário, ao campo da EF, como um todo, considerar a dimensão do ensino e aprendizagem direcionados às necessidades dos usuários no ato pedagógico das práticas corporais, visando, também, contribuir na potencialização da vida dos usuários em seus contextos de comunitários.

Por outro lado, os POAS e Gestores defenderam que a EF ocupará gradativamente espaço e lugar. Isto por ter entrado tardiamente neste “jogo complicado” das profissões em Saúde Pública. Para eles, as correlações de força com a SMS e com os outros profissionais dificultam a institucionalização da profissão, pois alegam não haver organização dos PEF, como classe trabalhadora, para buscarem empoderamento, apesar de estarem demonstrando poder ao ocupar cargos administrativos por mérito. Parece haver, portanto, um processo de construção da incorporação dos PEF da naturalização da dominação.

Mesmo com toda a produção científica e iniciativas de atuação no campo da Saúde Pública tendo avançado consideravelmente nos últimos anos, temos que reconhecer que a EF tem pouco *status* enquanto profissão da Saúde Pública. Isto porque, *status* é um constructo complexo.

Jhon Lyle (2002)²³ aponta dois níveis de análise necessários para avaliar o *status* de uma profissão, o individual e o social. Para ele o *status* do profissional evidenciado no nível do indivíduo, os constructos “auto-identidade” e “auto-estima” influenciam significativamente. Existem benefícios decorrentes do *status* mais elevado, por isso as profissões tomariam, no processo de trabalho, medidas para melhorar sua situação. O que pode ser exemplificado pelas lutas por valorização e ocupação de espaço, realizadas ou não pelos PEF nos diferentes campos de atuação.

²³ As ideias de John Lile (2002), inseridas nesta parte, são traduções livres do autor desta tese.

O *status* atribuído aos PEF que assumiram cargos na SMS é conferido pelos agentes, em alguns casos, em virtude de certas características que eles possuem como a personalidade, iniciativa, estima pessoal, etc. Outros apontam que o prestígio profissional seria atribuído aos PEF pela estima social da referida profissão EF, em geral na sociedade e no campo da Saúde Pública do Distrito Sanitário Leste.

Para John Lile (2002, p. 199) *status* seria de suma importância para as profissões, uma vez que traz consigo uma série de benefícios. Estes, às vezes, mais ou menos tangíveis. Traz também “prestígio, poder e autoridade, recompensas e recursos [...]”. Alerta que, profissionais iniciantes em uma profissão refletirão seu valor a partir do valor colocado na atividade que desenvolve, podendo adquirir mais ou menos *status* social.

Assim, *status* implica um conjunto mais complexo de relações de papel. É menos definido a partir da comparação com os outros e mais sobre os direitos e responsabilidades que resultem para essa posição assumida (JOHN LILE, 2002, p. 199).

Igualmente, sabemos ser notória a preocupação do campo da EF com dimensão privada das atividades físicas/práticas corporais em busca de *status* pessoal e social. Mas, no âmbito das possibilidades destas práticas enquanto políticas públicas intersetoriais, apesar dos avanços, o campo da EF ainda não privilegia essa discussão. Como vimos no capítulo IV, as Políticas Nacionais de Saúde avançaram mais que os documentos das instituições e conselhos profissionais da EF.

6.4 PERCEPÇÕES E EVIDÊNCIAS SOBRE AS DIFICULDADES ENCONTRADAS NO CAMPO DE ATUAÇÃO

Neste subitem problematizamos as dificuldades da Educação Física na atuação, nas ações desenvolvidas e na organização do trabalho em cada unidade de saúde.

6.4.1 A Percepção dos Profissionais de Educação Física sobre as dificuldades enfrentadas no trabalho

Os discursos dos PEF quanto às dificuldades enfrentadas no campo da Saúde Pública evidenciaram serem os materiais e a estrutura física escassos, precários e com manutenção inadequada. Esta situação provoca consequências negativas em suas atuações.

Eu esperava mínimas né, eu trabalho, quando eu entrei, eu trabalho com condições de, eu não tenho material nenhum, todas as categorias têm um pouco de material, [...] algumas práticas ficam impossibilitadas por isso [...] ganhos fisiológicos a gente não tem [...] como que eu vou dar uma caminhada se eu não tenho uma estrutura física também, menos de trinta minutos, quarenta minutos não tem ganho, então assim, fica só

pincelada de práticas corporais, não tem uma coisa mais contínua, mais específica, sistematizada (profissional de Educação Física (1), 02/10/2013).

Efetivamente seria fazer as atividades da Educação Física no CAIS porque eu consigo fazer a ponta do iceberg. Tem limites, eu consigo fazer alguma coisinha, chegou outro dia uma paciente que tinha uma Acidente Vascular Cerebral, eu não tinha nada para fazer um trabalho específico (profissional de Educação Física (6), 27/03/2014).

[...] o espaço físico e a disponibilidade de materiais para execução das atividades é precária. No CAPS foi realizada tentativa de convênio (profissional de Educação Física (4), 18/12/2013).

No CAPS estruturalmente ele é pensado para atender a demanda das diversas profissões, então você não vai ter um CAPS com estrutura específica para a Educação Física. (profissional de Educação Física (9), 27/03/2014).

Os PEF 2 e 3 justificaram que outros profissionais da saúde também passam essas dificuldades. Alegaram ser em estas realidades comuns a outros municípios, logo não seria restrita à Goiânia.

[...] mas assim, também faltam materiais específicos para outros profissionais. [...] Então, na verdade, a dificuldade que passa o profissional da Educação Física é comum a que outros profissionais passam, [...] (profissional de Educação Física (2), 01/12/2013).

[...] As dificuldades materiais e estruturais também o que é uma realidade da Saúde Pública de Goiânia e não um privilégio da Educação Física, tudo poderia ser melhor se houvesse investimentos em todas as profissões. (profissional de Educação Física (3), 27/02/2014).

Quando o trabalho dos PEF centra-se na dimensão biofisiológica, os mesmos entendem que teriam melhores impactos e avaliação dos resultados se houvessem melhores estruturas e materiais específicos para a profissão.

Poderia ser mais, mas poderia ter maiores resultados, vistos de uma forma mais clara pela própria comunidade, mas pelas condições estruturais do trabalho e materiais e estrutura física para a Educação Física não acontece [os impactos maiores], mas mesmo assim eu avalio como positivo. (profissional de Educação Física (2), 01/12/2013).

Por consequência a improvisação e a “desorganização” aparecem no lugar da sistematização e do planejamento do trabalho, como uma forma de tentar minimizar o problema.

[...] você vai trabalhando com material alternativo, você trabalha da forma que você consegue dentro das possibilidades [...] (profissional de Educação Física (1), 02/10/2013).

Por exemplo, quando eu retornei a trabalhar todos os dias aqui no CAPS eu já fiz uma proposta de oficina para trabalhar com [...] jogos e recreação na quadra de areia,

porém mesmo o CAPS tendo sido entregue inaugurado, novinho a quadra de areia não foi entregue reformada (profissional de Educação Física (2), 01/12/2013).

Para o PEF 6 o trabalho com as práticas corporais ficaria muito comprometido na dimensão da diversificação e nos aspectos fisiológicos. A consequência seria o atendimento de uma quantidade maior de usuários cotidianamente.

Continuo a solicitar material, por causa do PPCO fizemos um pequeno trabalho [...] seria interessante que tivesse uma piscina e aqui tem espaço para isso, para fazer trabalhos com diferentes grupos, como pessoas portadoras de hérnia de disco, artrose, condromalácia patelar, com diversos problemas, o que iria aumentar a quantidade de pessoas que são atendidas aqui dentro (pela Educação Física), melhoraria o atendimento para o usuário (profissional de Educação Física (6), 27/03/2014).

As consequências de falta de materiais e estruturação fazem com que os profissionais utilizem do “personalismo” acima da “instituição” ao adquirir materiais e equipamentos para efetivarem seu trabalho com maior qualidade e compromisso com os usuários.

[...] a gente não tem, mas agora, todo meu aniversário a gente [profissionais do DSL] faz uma vaquinha para comprar meus materiais, agora já tenho caixa de som, colchonetes (profissional de Educação Física (1), 02/10/2013).

[...] já comprei materiais para as especificidades da área, também assim. Consegui comprar bolas, bolas de relaxamento, espaguete e foi a necessidade imediata. (profissional de Educação Física (9), 27/03/2014).

O PEF 8 revela que as dificuldades materiais e estruturais provocam “frustração e sofrimento” ao propor o desenvolvimento de práticas corporais. Alega que a sua estratégia foi trabalhar com materiais alternativos, deixar de realizar algumas práticas. Estas decisões o levaram a impossibilidade de continuidade no trabalho e ao distanciamento das especificidades profissionais na sistematização das intervenções.

[...] quando eu cheguei foi muito difícil de entender o meu papel e como que eu vou transmitir essa Educação Física que eu aprendi na profissão e que eu já vinha de um lugar privado de uma instituição privada no SESC como professora de natação, musculação, ginástica, tudo totalmente saudável e pessoas saudáveis entre aspas e eu cheguei em um lugar que não tem espaço, nem bola, nada para fazer, tudo era muito improvisada [...] Sofri muito e o serviço tem suas características próprias e aí eu entrei num processo de ficar meio neurótica e nem dormir pensando no amanhã. (profissional de Educação Física (8), 28/04/2014).

Outro relatou ter dificuldades de entendimento do papel deles enquanto PEF e o que fariam diante da realidade e do que aprenderam na formação para a profissão.

*Eu percebo que a estrutura que a gente tem **desenhada na cabeça da gente**, aquela estrutura de uma quadra, de uma área aberta, de uma área livre, **essa é a que a gente tem na formação tecnicista, porque eu fui dessa formação**, a bola a quadra, a raquete a bola, uma piscina boa, uma sala de dança com espelho para todo lado, (profissional de Educação Física (7), 02/04/2014).*

Esta questão nos leva a discussão da uniformização dos conhecimentos e procedimentos de atuação em EF. Os conhecimentos e saberes mesmo reconhecidos e legitimados como socialmente úteis e aprendidos na universidade parecem não atingir, relativamente, suas finalidades e, por este motivo, talvez a EF tenha dificuldades de gerar um monopólio e uma uniformização dos seus desempenhos, papéis e práticas sociais, dentro da sua atividade profissional de acordo com as necessidades de cada espaço de intervenção profissional.

Os PEF, mesmo controlando a natureza e a forma como é executado o trabalho e tendo credenciais que permitem a eles atuarem na Saúde Pública, estariam com dificuldades em aplicá-los, principalmente pelas dificuldades materiais e estruturais. Ou seja, parecem ter pouca autonomia para utilizarem os conhecimentos especializados e suas expertises.

Embora muitos PEF tenham denunciado a falta de materiais e estrutura para desenvolver seus trabalhos, em contrapartida, três outros afirmam que os materiais e estrutura física são adequados. Assim, os mesmos deveriam utilizar a criatividade. Para isso precisariam incorporar o desafio de lidar com situações adversas.

Situações ligadas à estrutura e materiais não “impediriam o trabalho”. Sugeriram, então, a utilização de estratégias como o uso do processo de desinstitucionalização do usuário. Ou seja, a partir da orientação dos usuários para vivenciarem as práticas corporais fora das unidades.

[...] a criatividade é importante e tem profissionais que vão dizer que a falta de materiais impede o trabalho, eu não vejo assim, acho o espaço aqui amplo, trabalho dentro daquilo que eu propus, eu não tenho o que reclamar não. (profissional de Educação Física (5), 15/04/2014).

*Os usuários legitimam, valorizam, solicitam, mas nós os profissionais da EF [...] é aquela história de sempre não tem materiais e estrutura, mas eu posso encaminhar esse usuário eu posso orientar ele para a **desinstitucionalização**. (profissional de Educação Física (7), 02/04/2014).*

[...]o treinamento funcional é forma barata e utiliza o próprio corpo. Se faz numa praça, num trabalho de esporte e lazer, num trabalho de intervenção em saúde prático mesmo e você não fica preso ao material. A gente vê o discurso constante dos profissionais de Educação Física da saúde de que não tem material para trabalhar. Com o treinamento funcional você utiliza o próprio corpo e coisas do ambiente para melhorar a saúde humana. (profissional de Educação Física (9), 27/03/2014).

O PEF 8 alega haver diferenças entre criatividade e improvisação. Alerta para as possíveis consequências de uma prática focada na improvisação, como por exemplo, os acidentes ou prejuízos à saúde dos usuários que utilizam medicamentos.

*[...] eu tenho dificuldade de trabalhar com **improviso** e **ultrapassa a questão da segurança**, você está lidando **com pessoas que usam medicamentos que interferem no equilíbrio** num lugar perigoso por causa das muretas, eles [os usuários] não vem com sapatos adaptados e roupas adequadas para a prática em areia. (profissional de Educação Física (8), 28/04/2014).*

Os discursos dos PEF apresentam um conflito entre a estrutura institucional e os desafios individuais e pessoais. Uns parecem ter incorporado o assistencialismo e não desenvolvem seus potenciais em virtude da não estruturação institucional que é necessária independente da possibilidade da intersectorialidade e da desinstitucionalização do usuário.

Há, neste caso, um processo de “culpabilização da vítima”, ou seja, os PEF além de não potencializarem seus trabalhos com a diversificação das práticas e com uma maior especificidade no tratamento (utilizar seu expertise) assumem a improvisação como a saída para o problema da estrutura e materiais. Alegando ser a criatividade a saída para o problema. Entendemos que mesmo a criatividade exige materiais específicos para as profissões exercerem seus papéis na Saúde Pública.

Para os PEF o trabalho integrado nos grupos de terapia exigiria estruturas diferentes das tradicionalmente construídas para o campo da Educação Física como quadras, piscinas, campos e materiais para as práticas esportivas.

Defendem, assim, que a estruturação deveria atender os princípios da saúde ampliada de acordo com as indicações do SUS. Esta parece ser uma visão ingênua sobre a questão. A abordagem da saúde ampliada com a atuação com os usuários também exigiria a utilização de estruturas e materiais específicos para a EF.

O PEF 9 indica o método do treinamento funcional como uma das possibilidades de estruturação das propostas de intervenção. Considera, este método, ideal por atender aspectos biofisiológicos dos usuários do SUS. Contrapõem, portanto, o discurso dos PEF de sempre terem “*desculpas de não ter materiais para o trabalho*” (profissional de Educação Física (9), 27/03/2014).

A discussão quanto a estas duas formas de ver as dificuldades enfrentadas pela EF no campo de intervenção relaciona-se à expertise específica da profissão. Os estudos na área da sociologia das profissões demonstram a necessidade do profissional se organizar e, sobretudo, basear sua atuação em um corpo de conhecimentos. Estes, geralmente dinâmicos, mas que,

quando utilizado na estruturação e nas tomadas de decisão de que ações realizar, demarcaria as finalidades perseguidas pelas profissões, ou seja, a prestação de serviços relevantes socialmente. A EF não estaria abrindo mão desta importante fundamentação em sua prática em detrimento das dificuldades materiais e estruturais enfrentadas?

A percepção dos PEF apresentarem, em resumo, o confronto histórico entre os paradigmas da atenção à saúde do usuário do SUS. Centrar o trabalho nos conteúdos tradicionais do campo que proporcionam o tratamento institucionalizado. Ou inovar ao intervir na busca por proporcionar práticas que levem o usuário ao convívio social (fora da unidade de saúde).

*O assistencialismo está muito presente, mesmo sendo o discurso muito voltado para evitar essa prática. A principal dificuldade está no **confronto que os profissionais têm quanto aos paradigmas de intervenção profissional** que marcam a saúde mental. O confronto entre o tratamento institucionalizado em que **o paciente tem que estar na instituição para se tratar e o paradigma do convívio social**, em que o usuário faria o tratamento em diferentes lugares sociais no sentido de ressocializar-se. Vejo que para a Educação Física o segundo paradigma é melhor, já que nos CAPs em Goiânia não tem estrutura específica para a Educação Física. Assim ela poderia trabalhar na sua especificidade, como lhe falei para eu fazer este trabalho específico e não ficar somente nas mini-equipes eu tinha que sair do CAPs, e ir para a sociedade, fiz acordos, fiz convênios e acho que ela pode avançar se partir para a ressocialização dos usuários* (profissional de Educação Física (3), 27/02/2014).

*As maiores dificuldades encontradas para o desenvolvimento das atividades encontra-se na necessidade de **ir para além dos conteúdos considerados "tradicionais" no campo da Educação Física*** (profissional de Educação Física (4), 18/12/2013).

Outras dificuldades apontadas pelos PEF relacionam-se ao perfil e realidade dos usuários. Destacaram as mudanças constantes do público, as dificuldades financeiras dos usuários, o difícil deslocamento deles para a unidade:

*Eu vou a campo pelo menos duas, três vezes por semana, só que **são grupos diferentes eu não encontro aquele grupo sempre**. Por exemplo, a turma de tabagismo **o público muda muito** [...]. A turma é muito [...] heterogênea, **tem gente que tem lesão**. Então geralmente como **eu não crio vínculo com aquela população e não conheço a realidade de cada um*** (profissional de Educação Física (1), 02/10/2013).

*[...] aqui no CAPS, geralmente há uma **rotatividade de usuários** muito grande, às vezes num dia da semana um vem outro não, depende das **condições para o deslocamento**. Alguns usuários às vezes nem tem condições de vir de ônibus por **falta de dinheiro**, outros vêm de pé* (profissional de Educação Física (2), 01/12/2013).

*Com **ritmos diferentes** eu tinha medo que eles se perdessem ou fugissem do lugar [...]. A maior dificuldade que acho é a **rotatividade dos usuários** o que agravava a possibilidade de **continuidade do trabalho**, como **avaliar a evolução dos resultados** do que eu fazia se eles não mantinham a assiduidade? (técnicas de avaliação do trabalho)* (profissional de Educação Física (3), 27/02/2014).

Também apontaram que as roupas e sapatos inadequados às práticas e a heterogeneidade dos problemas de saúde dos usuários dificultar o vínculo da comunidade e o planejamento das ações.

O Grupo que montei não vingou por causa da estrutura e da adesão dos usuários. Os usuários vão com roupas e principalmente sapatos inadequados. Isso contribuía para não aderirem á pratica [...] (profissional de Educação Física (3), 27/02/2014).

No CAPs o uso contínuo de álcool e outras drogas deixa o sujeito com pouca autonomia e assim tem atividades que não são possíveis, o sol atrapalha, a debilidade fisiológica dos usuários não permite um planejamento bem organizado dos conteúdos a serem trabalhados, ou seja, é bem diferente do que se estuda na Faculdade (profissional de Educação Física (4), 18/12/2013).

6.4.2 A percepção dos Profissionais de Outras Áreas da Saúde (POAS) e as dificuldades do trabalho dos PEF no campo

Os discursos dos POAS demonstraram também as diferentes visões sobre a aquisição e a presença ou não de materiais e estruturas específicas para a EF na Saúde Pública. Entendem que estes são necessários e adquiridos nos CAPS, quando os PEF cobram da gestão: “[...] *precisam colocar suas intenções de trabalho e os materiais que necessitam, eu vejo muito material para a arte terapia e material para a Educação Física*” (Profissional de outra área (1), psicologia, 29/04/2014).

[...] essa e todas as gestões tem dado oportunidade para a Educação Física e quando foi fazer a lista de matérias para a Educação Física [...] (Profissional de outra área (2), enfermagem, 29/04/2014).

[...] tivemos um momento que compramos muitos materiais específicos para a Educação Física [...] Houve iniciativas para ela ser inserida com sua especificidade no CAPS (Profissional de outra área (4), assistência social, 30/05/2014).

Em contrapartida, outros POAS entendem que a estrutura física para a EF encontra-se limitada, inadequada e faltam materiais. Justificam suas falas apontando as dificuldades em realizar a oficinas de yoga e exercícios físicos, bem como não haver materiais para as medidas e avaliações antropométricas dos usuários. Estruturas específicas que estão em fase de finalização das obras, nas unidades de saúde, foram lembradas.

[...] então para trabalhar na oficina de yoga precisa ter um certo silêncio, então aumentou tem muitas salas, são mais amplas, mas os sons delas comunicam-se, então a gente vai ver como vai conseguir fazer a oficina de yoga (Profissional de outra área (3), psicologia, 08/05/2014)

[...] acho que a yoga precisa de um lugar específico, sem barulho para ser desenvolvida e temos essa limitação da estrutura que as salas estão interligadas e precisamos adequá-las para a atividade e penso que tem muitas atividades que podem ser desenvolvidas e projetos (Profissional de outra área (4), Assistência social, 30/05/2014)

Vejo que do ponto de vista do material para as profissões a EF sofre com a falta dos mesmos. Poderia ter materiais de antropometria, poderia, por exemplo, o paciente da nutrição já vir do educador físico todo medido, avaliado e chegar aqui com um diagnóstico e eu complementar e poderia ter uma sala com aquele quadro com as medidas [simetrógrafo] e até mesmo os instrumentos de exercício. Os recursos são poucos e não tem como aprofundar (Profissional de outra área (6), nutrição, 13/05/2014)

Outro POAS adverte que a SMS adquire materiais não necessários e deixa de adquirir outros necessários e básicos para a atenção à saúde dos usuários: *os gestores estão investindo em relógio de ponto e câmeras de última geração [...]. Tem dinheiro para isso e não tem para outras coisas que são básicas numa unidade de saúde (Profissional de outra área (6), nutrição, 13/05/2014).*

Corroborando com os discursos dos PEF, o POAS 5 declara haver falta de materiais e os PEF utilizam materiais alternativos, mas o problema é maior pela falta de recursos humanos em Educação Física: *“Eu acho que o impacto na comunidade acontece, agora o trabalho ideal fica a desejar em virtude da falta de materiais e de recursos humanos, geralmente a [fulana] trabalha com materiais alternativos” (Profissional de outra área (5), nutrição, 11/06/2014).*

6.4.3 A percepção dos Gestores sobre as dificuldades no trabalho dos PEF

Os discursos dos Gestores remetem também às discussões apontadas pelos PEF e POAS. Os materiais e a estrutura física são escassos, precários e com manutenção inadequada o que provoca consequências negativas na atuação dos profissionais. Também apontam as dificuldades serem sofridas por todas as profissões da saúde.

O gestor 1 alerta que *“as dificuldades não estão nas equipes, elas se encontram nas nossas condições de estrutura, de trabalho e de tempo, porque os profissionais trabalham em outras instituições [...] (Gestor (1), Administração, 23/05/2014).* Reconhece um potencial da categoria Educação Física que: *“fez uma apresentação do plano anual e tem muita proposta e sugestão de trabalhos [...], mas se não se policiar pode ficar só no planejamento e não vira ação (Gestor (1), Administração, 23/05/2014).*

O gestor 2 inova ao evocar que os profissionais da saúde podem ter consequências com seus conselhos profissionais, além de correrem o risco de prejudicar os usuários do serviço com ações sem materiais e estruturas adequadas: “podem *ser processados pela falta de materiais na área da Medicina, Educação Física, entre outras. Pode levar a um problema com o seu conselho profissional por não ter as condições mínimas de trabalho. Podem prejudicar os usuários* (Gestor (2), psicologia, 28/04/2014).

Apareceu na percepção dos Gestores a mesma confusão quanto o que vem a ser estrutura adequada para as ações profissionais e a relação entre a improvisação e a criatividade. O Gestor 2 afirmou que o espaço aberto e amplo contemplaria uma estrutura física boa, mas faltariam materiais. Indica que para resolver este problema os PEF deveriam utilizar a criatividade: “*Hoje tem uma estrutura física, um espaço mais aberto. Material nunca tem [...] para todas as profissões. A EF poderia estar criando coisas diferentes na unidade [...]*” (Gestor (2), psicologia, 28/04/2014).

Os Gestores igualmente apontaram dificuldades enfrentadas pela EF com referencia ao perfil e realidade dos usuários. Demonstraram a necessidade de a gestão apoiar a divulgação dos trabalhos realizados pela EF e adquirir materiais para incentivar o aumento da quantidade de usuários na unidade de saúde. Preocuparem-se com a pouca quantidade de atendimentos pela EF.

Eu acho que é um trabalho importante, como todos os outros. Eu acho que tem que ser mais divulgado. Eu acho que o professor precisaria de mais apoio, mais materiais para trabalhar [...]. Talvez por falta de conhecimento, de incentivo, uma forma assim, de trazer esses pacientes para essas atividades [...]. Às vezes eu vejo ali no auditório, no horário que ele está atendendo, meia dúzia de pacientes [...] Eu acho que falta mesmo essa divulgação (Gestor (3), enfermagem, 07/05/2014)

Os POAS, por fim, reconhecem que os recursos humanos em Educação Física são escassos nas unidades de saúde o que dificulta o trabalho com um número maior de usuários da Atenção Básica na ESF.

[...] O PEF responder por 7 unidades de saúde mais o DSL é muita carga e o profissional não da conta, independentemente de seu saber. Precisaríamos ter um profissional aqui só para a nossa unidade (Gestor (4), supervisor administrativo, 18/05/2014)

A par destas informações, encontramos também um conflito/contradição na forma de organização do trabalho com seus conteúdos e sentidos que pode influenciar nos resultados do trabalho em saúde dos diferentes agentes. A seguir apresentamos estas informações.

6.4.4 Sínteses das percepções dos agentes sobre as dificuldades enfrentadas pelos Profissionais de Educação Física no trabalho no campo da Saúde Pública

As percepções dos agentes sobre as dificuldades que os PEF enfrentaram ao serem inseridos na Saúde Pública são diferentes. Entre os próprios PEF aparecem divergências quanto a necessidade de materiais e estruturação específicas para desenvolverem o trabalho de sua profissão, o que não aconteceu com os POAS e os Gestores.

Em virtude da discussão do trabalho nas unidades ser estruturado em forma multiprofissional, alguns agentes alegaram não haver necessidades de materiais e estruturas específicas para cada profissão. Os agentes parecem ter um relativo “medo” no sentido de: se houverem estruturas específicas para o trabalho específico, haveria também o risco de comprometer o trabalho multiprofissional.

Por outro lado, temos as defesas na necessidade de materiais específicos para cada profissão. A expertise profissional traria contribuições efetivas, porque as habilidades e competências específicas no trabalho efetivamente se contrapõem ao amadorismo, sem, contudo, proporcionar a separação ou o trabalho individualizado em cada profissão. Apresentaremos reflexões mais profundas sobre a organização das ações no ambiente de trabalho a partir da multi, inter ou transdisciplinaridade, ao final deste subcapítulo.

Entraram em questão as possibilidades de proporcionar tratamento/intervenções institucionalizadas (atuação tradicional dentro da unidade com suas estruturas) ou inovar no sentido de estruturar o usuário para e no o convívio social no território. Somam-se a isso, as dificuldades quanto aos perfis dos usuários muito variantes, complexos e complementares, dependendo do tipo da unidade e dos problemas de saúde dos mesmos.

Embora não haja consenso entre os agentes sobre as dificuldades no processo de trabalho em virtude das condições estruturais e materiais, ponderamos que, em sua maioria, defenderam a necessidade da estruturação e de uma maior preocupação da SMS quanto a este aspecto. Isto porque, alegam que os resultados e a avaliação da resolutividade dos problemas de saúde dos usuários poderiam ser melhores do que se alcança sem estruturas específicas.

Nas análises teóricas sobre as profissões, Freidson (1998) considera a imprescindibilidade histórica da necessidade das profissões buscarem se institucionalizar e se legitimar socialmente, contudo, alerta para o risco quanto às competências específicas necessárias na intervenção, as quais dão autonomia e responsabilidade nestas ações e na legitimidade do credencialismo profissional. No caso desta pesquisa as intervenções específicas de cada campo profissional na Saúde Pública, inclusive dos PEF.

Entendemos como desdobramento deste processo de legitimação (complexo e influenciado por outras dimensões e instituições corporativas) que a Educação Física e qualquer outra profissão, se abrem mão de suas especificidades ou expertise, em qualquer campo de atuação, estariam vulneráveis aos interesses mercadológicos e aventureiros (leigos) de outras ocupações ou de pessoas despreparadas para o trabalho.

Este processo de avaliação das ações seria muito importante para a profissão se considerarmos o conceito de expertise proposto por Freidson (1998). Ele permitiria demonstrar que os resultados do trabalho são provenientes de um corpo de atitudes e fazeres teoricamente fundamentados. Desenvolvidos por profissionais habilitados e que se contrapõem ao “amadorismo”. Ou seja, o corpo de conhecimento próprio do campo da EF é que permite realizar atividades que não são realizadas por outras pessoas comuns da sociedade com efetividade, ou outras profissões. Portanto, também há que se pensar limites para a improvisação (associada ou comparada pelos agentes à criatividade), sob pena do profissional de EF correr o risco de não desenvolver ações teoricamente fundamentadas.

Por estes motivos, entendemos que a expertise da EF, utilizado no campo da Saúde Pública, carrega uma dimensão de exclusividade (FREIDSON, 2000), construída historicamente em seus subcampos (BOURDIEU, 1989). Definir que conhecimentos e habilidades são mais importantes envolve a questão de que saberes e fazeres definem o caráter exclusivo da intervenção profissional em EF. Neste debate aflora a disputa entre o biofisiológico/biodinâmico e o sociocultural e pedagógico. Estes subgrupos nos permitem questionar (pensando no processo de institucionalização/legitimação de uma profissão socialmente): seria possível à Saúde Pública com sua complexidade ser resolutiva sem estes especialistas, para contribuir na viabilização de uma saúde ampliada aos usuários do SUS?

Para cada subcampo da EF a expertise assumiria determinado significado. Para o primeiro subcampo, que denominamos nesta tese de biofisiológico ou biodinâmico (que é hegemônica), os fazeres e saberes seriam entendidos como o conjunto de exercícios físicos ou atividades físicas sistematizadas de acordo com as necessidades individuais dos indivíduos. Estes discursos estão carregados de um sentido que superestima o livre arbítrio e a responsabilidade individual. Estes quando estimulados pelo campo da Educação Física, faz persistir na ordem e o controle social do sobre os usuários. Este controle é reforçado pelo modelo de tratamento de saúde medicalizado e dominante (LUZ, 2001).

Para o segundo subcampo “sociocultural e pedagógico” entendemos haver uma reorientação quando a expertise da EF. Poderíamos dizer que há uma discussão histórica que acontece desde a década de 80, tornando-se mais forte na década de 90, chamado de

movimento renovador da EF brasileira²⁴, no qual os autores apontam para que os fazeres e saberes da EF considerem a atuação a partir dos constructos cultura corporal, práticas corporais, cultura corporal de movimento, a motricidade humana, entre outras.

Para nós, cada um destes constructos representa um micro campo dentro do campo EF. Estes são permeados, historicamente, por uma correlação de forças que demarca a convivência destes subcampos, os quais se sustentam por um corpo de conhecimentos, ideologias, valores, discursos, entre outros aspectos, que fundamentam a possível imprescindibilidade da EF na sociedade.

Nesta discussão apoiamos nas reflexões de Breilh (2006, p. 02), o qual afirma que os esforços para compreender o sentido de saúde e as finalidades das intervenções, neste campo, precisam incorporar a necessidade de questionar sempre os sentidos dos discursos e os simbolismos das realidades, bem como as dimensões individuais e coletivas, que envolvem a gênese dos fenômenos da saúde. Para ele a ordem individual permite entender o sentido do discurso e do simbolismo da realidade, permitindo “trazer elementos do contexto indispensáveis como pressupostos metodológicos de uma verdadeira hermenêutica” (Breilh, 2006, p. 02). A dimensão coletiva seria “onde enraíza-se as determinações históricas não observáveis na ordem singular, que, ao moldarem os modos de vida e as condições essenciais para a saúde”. E acrescenta informações á sua defesa da constituição:

[...] nelas se enraíza a compreensão da estrutura de poder, que é a base da iniquidade na distribuição dos bens, apoios ou proteções que a promovem, bem como das agressões e processo destrutivos que a deterioram. E, se o que busca a ação sanitária é romper o molde medicalizado e funcionalista, tomando as ações de Saúde Pública como construções voltadas para a emancipação, não podemos fazer as explicações e intervenções girarem primordialmente em torno dos problemas de ordem individual (BREILH, 2006, p. 02).

6.5 EVIDÊNCIAS E PERCEPÇÕES DOS AGENTES SOBRE A FORMAÇÃO INICIAL E CONTINUADA DOS PEF RELACIONADAS ÀS NECESSIDADES DA SAÚDE PÚBLICA

Neste subitem buscamos problematizar o capital cultural, acadêmico e institucional (BOURDIEU, 1989) influentes na formação dos PEF. Conteúdos aprendidos, disciplinas, processos de ensino e aprendizagens e bases teóricas/formação. Assim, procuramos entender que conhecimentos científicos e técnicos, complexos e especializados, foram obtidos pelos

²⁴ A partir de 1980, no movimento de abertura política, no Brasil, surgiram os movimentos sociais. Estes foram acompanhados por movimentos acadêmicos/institucionais. No campo da Educação Física emergiram diversas produções científicas consideradas críticas, especialmente voltadas para os estudos das abordagens da EF escolar.

sujeitos no ambiente escolar e, mais especificamente, numa formação universitária. Partimos do pressuposto de que, segundo Bourdieu, o capital cultural estaria mais ligado aos processos de formação e educação realizados nos cursos das universidades, na escola, no próprio campo acadêmico e de atuação profissional.

Trataremos dos elementos ligados à formação que demarca o trabalho especializado dos PEF. O corpo teórico e a utilização destes conhecimentos nas competências do profissional (natureza do trabalho) e da validade do conhecimento especializado (Freidson, 2001).

Nesse sentido, tentamos dialogar com os conhecimentos produzidos sobre estes aspectos no campo da EF brasileira. Também discutimos como a formação inicial e continuada reverbera, desdobra-se e repercute nas propostas de trabalho das unidades pesquisadas, explicitando seus elementos de avanço e limites diante da realidade.

6.5.1 A Percepção dos PEF sobre a formação inicial e continuada da EF: lacunas para atuação

“A formação não da conta da Saúde Pública” (profissional de educação física (1), 02/10/2013).

A Formação de qualquer profissional atuante no campo da Saúde Pública é fundamental e não seria diferente para a área da EF. Entendemos haver importantes elementos da formação que interferem na inserção, aceitação e legitimação da EF e dos PEF nas unidades da SMS. Os discursos voltaram-se para as fragilidades da formação, o confronto entre formação específica e/ ou ampliada, a centralidade da formação em EF estar mais historicamente voltada para a atuação na disciplina escolar, o estágio na Saúde Pública, a tradição dos currículos tecnicistas na área e para as disciplinas estudadas ou não influentes na atuação na Saúde Pública.

Nos discursos dos PEF evidenciou-se, com muita clareza, haver uma relativa lacuna e fragilidade da formação dos PEF em relação às questões, temas e assuntos referentes ao campo da Saúde Pública.

Com efeito, constatamos inapropriação e, por vezes até mesmo ausência de conteúdos, disciplinas específicas desse universo da Saúde Pública. Chamou-nos a atenção a relativa fraqueza da formação inicial, pouco específica, e pouco direcionada para a atuação no campo da Saúde Pública: *“Sociologia, religião, coisas que **nem são tão específicas** da nossa formação”, “Sim, mas **específico da educação física para a Saúde Pública não tive nada, nem uma disciplina, então dentro da nossa formação a gente tenta pegar um pouquinho de***

cada coisa para, eu na minha grade [currículo de formação] não tive nada” (Profissional de educação física (1), 02/10/2013).

A falas abaixo evidenciam a visão do PEF 1.

*Não tinha **nada de Saúde Pública** por exemplo. Não estudei nem como se organiza o SUS, sua estrutura e funcionamento, a gestão. Tive que estudar sozinho e com a ajuda dos meus colegas de trabalho de outras áreas* (Profissional de educação física (2), 01/12/2013).

Estas lacunas e impropriedade na formação desperta surpresas e ansiedades para os profissionais:

*Assim você entra em **um novo campo de trabalho e fica surpreso com a quantidade de coisas novas** que você não estudou o que você não conhece que é importante para o trabalho. **Novos conceitos, formas de trabalho, políticas públicas para a saúde**, entre outras coisas, aprendi no próprio campo de trabalho.* (Profissional de educação física (2), 01/12/2013).

Os recortes permitem indicar que esta formação restrita, apresentada acima, impede os estudos sobre a organização do SUS, a incorporação de novos conceitos, princípios e, conseqüentemente, formas de trabalho na Saúde Pública, o entendimento de políticas públicas de saúde e questões complexas da gestão do SUS.

O PEF 4 alega passar dificuldades na formação inicial “[...] **pouco atenta às demandas do SUS e à intervenção da Educação Física junto ao SUS** [...]” (Profissional de educação física (4), 18/02/2013). O PEF 5 salienta não ter estudado disciplinas do campo da saúde mental e que as disciplinas “técnicas” ou metodológicas das práticas corporais ajudaram pouco para a atuação em saúde mental, embora tenha desempenhado importante papel na formação de um pensamento crítico-reflexivo. Vejamos o fragmento abaixo:

*Eu tive um leque de disciplinas que me ajudaram um pouco, mas **não tive nada de saúde mental**, saí sem saber [...] tem matérias muito técnicas, mas eu acho que ajudou muito quanto ao pensamento crítico ajudou demais, a UFG para mim eu sou suspeito porque gosto muito dela, eu não tenho crítica eu acho aquela universidade maravilhosa e contribui muito para o meu trabalho.* (Profissional de educação física (5), 15/04/2014).

Temos o entendimento dos PEF que, não havendo preocupação com a mudança na formação inicial nos cursos de graduação, grandes conseqüências virão: além de “não dar conta do serviço”, o campo da educação física correria sérios riscos de perder espaço para outras profissões neste campo. Citam como exemplo a Fisioterapia, a qual tem ganhado mais espaço nos últimos anos.

*Se continuar do jeito que está nós vamos **perder espaço principalmente para o fisioterapeuta**. Se não houver mudanças [...] é [...] porque nós somos retrato de uma **formação anterior**, para a gente conseguir **mudar a gente vai ter que mudar a nossa formação** e tem que cuidar desses professores que estão atuando, tem que propiciar formação para quem está atuando e se a gente pensar que tem um professor de EF que atua somente na saúde e ele não tenha outro serviço, então assim às vezes ele não tem condições de pagar uma formação, as vezes ele não tem tempo, fica a desejar a atuação e quem sai perdendo é o usuário. **A formação não da conta da Saúde Pública**. (Profissional de educação física (6), 27/03/2014).*

Por outro lado, acrescentamos haver os que criticam a formação em Licenciatura que, segundo eles, foca demasiadamente na atuação na escola e, portanto, apresentam dificuldades no trabalho especialmente quando focam o contexto ampliado de saúde e a visão de território. Estas fazem da atuação profissional um desafio no campo da Saúde Pública. Dizem que os conteúdos estudados na Licenciatura não são fáceis, triviais e imediatamente transponíveis para o campo da Saúde Pública. Citam os exemplos das matérias de metodologia do ensino dos esportes, da natação, dos desportos e das competências físicas da área (PEF 2 , 7 e 9).

***Fui formado para atuar especificamente na Escola. Então muitas coisas não são aplicáveis assim como triviais**. A natação, por exemplo, é difícil porque nos espaços da Saúde Pública de Goiânia não tem essa estrutura. **E outras matérias específicas do campo da educação física não tem como colocar em prática porque a estrutura física e materiais específicos não são comprados**. (Profissional de educação física (2), 01/12/2013).*

*Olha, a primeira coisa é que **a gente é formado para ser um professor de educação física para atuar no desporto, das competências físicas**, de repente você chega num lugar que [...] **a gente sabe a realidade da escola que a gente fez estágios escolares** que você se prepara para trabalhar sem uma quadra, para trabalhar no sol, no terraço (Profissional de educação física (7), 02/04/2014).*

***O olhar para o território** aí você vem de uma formação na graduação mais **voltada para o campo escolar e você se vê naquele lugar**, então o nível de satisfação aumentou, mas eu posso dizer que não é o ideal porque, por enquanto, não tem essa posição por estarmos desbravando o campo e por causa da complexidade da Saúde Pública. (Profissional de educação física (9), 27/03/2014).*

Acresce-se uma questão de natureza sociológica para a qual deve-se estar atento. Há pouco preparo e formação voltada para atuar com os usuários nas unidades de saúde em detrimento da formação voltada para atuar com alunos de escola. Ou seja, a realidade das unidades de saúde, bem como a dos usuários apresentam perfil e problema sócio-econômico-culturais que os profissionais não estão suficientemente aptos para lidar com elas.

*No CAPs o uso contínuo de álcool e outras drogas deixa o sujeito com pouca autonomia e assim tem atividades que não são possíveis, o sol atrapalha, **a debilidade fisiológica dos usuários não permite um planejamento bem organizado dos conteúdos a serem trabalhados**, ou seja, **é bem diferente do que se estuda na Faculdade**. (Profissional de educação física (4), 18/02/2013).*

Outro entrevistado reforça esta questão ao afirmar que o conteúdo escolar pouco se aplica para o trabalho com pacientes de hospital psiquiátrico, principalmente quando envolve o uso de medicamentos no tratamento: *“maiores dificuldades encontradas para o desenvolvimento das atividades encontra-se na necessidade de **ir para além dos conteúdos considerados "tradicionais" no campo da Educação Física e mais utilizados nas escolas.** No caso do Pronto Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc, uma das principais dificuldades residia no fato de que muitos usuários não conseguiam participar das atividades propostas devido aos efeitos adversos da medicação”* (Profissional de educação física (4), 18/02/2013).

No entanto, caber destacar que em outras unidades de saúde os conteúdos ligados à cultura corporal como o jogo, a dança, a ginástica, as lutas e os esportes tem inserção na atuação dos PEF, como vamos mostrar mais adiante.

O conflito Licenciatura x Bacharelado, como não poderia ser diferente, apareceu frequentemente nos discursos dos PEF. Ponto que chamou a atenção foi à defesa de uma formação generalista e ampliada na licenciatura. Os PEF indicaram que a formação inicial ampliada e crítica proporcionou buscar referenciais teóricos críticos e desenvolver uma formação política com militância no movimento estudantil. Também permitiu compreender melhor as possibilidades da Educação Física na Saúde Pública e a lógica de funcionamento, contradições e debilidades do SUS.

*A formação na FEF (faculdade de educação física da UFG) me deu uma **formação ampliada** e generalista. Os referenciais teóricos críticos me deram formação política e de conteúdos da educação física que me ajudaram. Mas **conhecimentos específicos para o trabalho no CAPs não estudei, adaptei como você viu nas respostas anteriores, os conteúdos das metodologias do esporte, da dança e expressão corporal, ginástica para trabalhar com os usuários.** Tive pouca leitura sobre Saúde Pública ou transtornos mentais. (Profissional de educação física (3), 27/02/2014).*

*A formação em um curso de licenciatura de viés **crítico** e a militância no Movimento Estudantil contribuiu sobremaneira para compreender melhor as **possibilidades da Educação Física na Saúde Pública**, bem como compreender a lógica de funcionamento do SUS, suas contradições e debilidades. (Profissional de educação física (4), 18/02/2013).*

[...] eu acho que ajudou muito quanto ao pensamento crítico ajudou demais, a UFG para mim eu sou suspeito porque gosto muito dela, [...] contribui muito para o meu trabalho. (Profissional de educação física (5), 15/04/2014).

Ressalta-se nesta linha de ação, o PEF 4 indica ter possibilitado, a formação ampliada e crítica, a aproximação e a busca de fontes teóricas e de algumas das experiências já existentes, citando autores da educação física que aproximaram do campo da Saúde Coletiva como: Edgar Matielo, Alexandre Palma. E da Reforma Psiquiátrica como: Paulo Amarante, Antonio Nery, Franco Bassaglia, Jayme Breilh e Augusto Boal (Teatro do Oprimido). Já o

PEF 3 alega precisar adaptar os conteúdos das metodologias de ensino dos esportes, danças e expressão corporal para trabalhar nos CAPS. Notemos os extratos abaixo:

[...] formação inicial de cunho generalista permitiu a busca de fontes teóricas e de algumas das experiências já existentes. Os principais referenciais utilizados dialogam com autores do campo da Educação Física, ligados a discussão da Saúde Coletiva (Edgar Matielo, Alexandre Palma), autores mais voltados para o campo da Psicologia Social, bem como da Reforma Psiquiátrica (Paulo Amarante, Antonio Nery, Franco Bassaglia). Mais recentemente acrescenta-se Jayme Breilh e Augusto Boal (Teatro do Oprimido). (Profissional de educação física (4), 18/02/2013).

O PEF 6 adverte sobre a necessidade de rever a formação em EF para ser mais eficiente no SUS. Critica a abordagem centrada na cultura corporal. Apresenta um discurso da ampliação do tempo de formação e do foco na atividade física devendo ir além do viés físico e psicológico, mas não considera a dimensão da produção social da saúde, nos quais os aspectos educacionais, culturais e sociais da cultura corporal e o contexto de atuação no mundo do trabalho da EF são influenciados fortemente. Isto pode ser explicado, em parte, pelo fato dele trabalhar em uma unidade de saúde de média complexidade, em que os aspectos biofisiológicos, bioquímicos e orgânicos são fundamentais no trato com os usuários já adoecidos.

*Eu acho que faltam elementos na formação da EF para ela ser mais eficiente aqui no CAIS. Eu acho que a EF deveria efetivamente **repensar o seu currículo** e prolongar, eu não sei se 4 anos seriam suficientes para formação. Se colocassem 5 anos e disciplinas. Primeiro um tempo a mais para anatomia. **Como é que eu vou discutir um corpo se eu não conheço esse corpo.** Se pessoa tem um problema físico **como é que eu vou trabalhar essa pessoa no ponto de vista social e intelectual eu tenho que entender os dois lados**, eu acho que às vezes a EF estuda muito um lado da cultura corporal, o ponto de vista social e educacional e eu acho que em algumas universidades não são todas. (Profissional de educação física (6), 27/03/2014).*

Outros entrevistados lembraram de disciplinas importantes na formação voltada para a Saúde Pública. Algumas disciplinas das formações iniciais auxiliam os PEF no difícil papel de assumirem um campo de trabalho relativamente novo. Chamaram à atenção as disciplinas que, do ponto de vista mais prático, não teriam tanto valor para o tratamento de saúde dos usuários como as danças circulares, jogos de salão, recreação e lazer. Lembram também das dinâmicas de grupo estudadas nas disciplinas ligadas ao campo da psicologia (aprendizagem e desenvolvimento humano). Vejamos nos trechos das entrevistas abaixo:

***Danças circulares foi uma prática** que eu fiz muito na Clínica privada e já tive vivências com danças circulares das aulas da Cristina Bonete com pacientes da área da*

saúde mental. Jogos de salão faço muito aquela parte. Eu creio que eu uso muito tudo da área de **recreação e lazer**, inclusive quando eu estava na Clínica eu fiz uma pesquisa para pacientes agressivos e quais eram as atividades que auxiliavam no tratamento e tem umas atividades que auxiliam no tratamento. (Profissional de educação física (7), 02/04/2014).

[...] a recreação é muito importante, porque a gente tem aquelas aulas da **época do Dalmo** [professor]. Eu vejo a recreação sendo utilizadas no **campo da psicologia como dinâmicas que eram as nossas brincadeiras** das aulas de recreação (Profissional de educação física (7), 02/04/2014).

Os PEF ao recordarem estas disciplinas lembram nomes de antigos professores, de suas universidades, que trabalharam com as mesmas. Os discursos evidenciam que a formação em parte, e não único e exclusivamente, sustenta ações desenvolvidas nas unidades de saúde.

Sabe-se o quanto Saúde Pública é um tema complexo e controverso. Embora tenhamos identificado fragilidades de formação do PEF para atuar na Saúde Pública, esta questão deve ser pensada com maior cuidado e atenção. Muitas disciplinas de EF que, aparentemente e em um primeiro momento, não guardam relação com a saúde na verdade elas estão descortinando uma visão muito mais ampla e complexa desse assunto. São os casos das disciplinas de lutas, ginástica, yoga, danças circulares, aprendizagens motoras e recreação, entre outras. Estas disciplinas referem-se e potencializam o trabalho no SUS justamente no que, conscientemente tem sido entendido como “abordagem ampliada da saúde”.

Por outro lado, destacamos como exemplo das fragilidades da formação inicial apresentada pelo PEF 6. Embora não suficientemente ensinada nos conteúdos curriculares, entende as questões biofisiológicas ligadas ao metabolismo como fundamentais na formação do PEF, especialmente aquele que lidará cotidianamente com usuários de medicamentos “pesados”. Em sua percepção, o PEF só pode atuar com estes usuários se dominar estes conteúdos bioquímicos.

Também argumenta a relação deste conteúdo ao processo de Desenvolvimento Humano e ou Motricidade humana. Critica a pouca carga horária ou tempo de estudo nas áreas de anatomia, mais especificamente os estudos dos “ossos e sistemas” (em apenas 6 meses). Na mesma linha aponta a fisiologia humana, fisiologia do exercício, a antropologia e a psicologia como importantes para entender o usuário.

*Olha se eu for muito sincero eu estudei muito o **desenvolvimento humano e motricidade humana 1,2,3,4,5***, mas assim, o meu currículo foi [...] um período de mudança a ESEFFEGO estava passando por mudanças, o currículo anterior era muito tecnicista e aí foi de 8 a 80 **um currículo muito humanista**, então tivemos pouca [...]

*para você ter uma ideia eu tive seis meses de anatomia, ossos e sistemas em 6 meses, o que é muito pouco [...]. Além da **fisiologia humana, fisiologia do exercício, a psicologia** é importante para entender a pessoa, **a antropologia** que foi importante no meu processo de **entender o outro no processo de desenvolvimento**, [...]* (Profissional de educação física (6), 27/03/2014).

No mesmo sentido, dois PEF indicaram as disciplinas “saúde coletiva” e “patologia”, bem como os conhecimentos da reforma psiquiátrica e de políticas públicas como fundamentais na formação e no entendimento da condição de saúde dos usuários, para atuação no SUS.

*Os conhecimentos da Saúde Pública e da **saúde coletiva** com seus princípios acho que seriam importantes de serem aprendidos e também os **conhecimentos da reforma psiquiátrica e de políticas públicas**, que estudei no mestrado e me ajudam muito no trabalho* (Profissional de educação física (4), 18/02/2013).

*[...] para esse processo da saúde sinto falta de disciplinas como patologia, como é que numa unidade de saúde que eu não entendo o processo de estabelecimento de **uma patologia** e como ela se desenvolve e quais as possibilidades que ela vai me dar do ponto físico, mental, social dessa pessoa.* (Profissional de educação física (6), 27/03/2014).

Esta lacuna se apresenta, também, em relação aos estagiários. A região do Distrito Sanitário Leste é um espaço destinado a recebê-los. Por isso julgamos necessário questionar os PEF sobre suas percepções sobre a adequação curricular à prática concreta. Defenderam a necessidade de estagiários para conhecerem desde a formação na graduação o serviço e as demandas cotidianas. Para os PEF esta interação permitiria, aos estudantes, um olhar mais consistente, mais profissional, com menos “medo” e insegurança para atuação na área de Saúde Pública. Aproveitaram para criticarem os estagiários excessivamente teóricos, com uma visão elitista e somente baseada no que trata a “academia” (universidade), sendo esta que credencia os profissionais.

*Eu não sou supervisora de estagiários, mas eu estou com eles, estou ajudando. Acho que eles contribuem muito porque vêm com um olhar diferente da minha formação, eles já estão estudando e está na grade curricular deles por **ter um embasamento teórico em Saúde Pública bom**, mas as **dificuldades da prática** estão muito presentes, eles **demonstram medo da atuação na prática**. Eles vão aprender e articulam muito bem, **tem grupos que tem muita dificuldade porque vem com uma visão só da academia (universidade)**.* (Profissional de educação física (8), 28/04/2014).

Defendem que o próprio serviço contribui significativamente com a formação independente da recebida na universidade (acadêmica). Sobre este aspecto, a teoria da Sociologia das Profissões demonstra uma relação não muito amistosa entre os intelectuais

acadêmicos e os profissionais atuantes nos campos de intervenção profissional. Segundo Freidson (1998) há uma dupla responsabilidade e que tanto se aprende e balizam-se as ações dos agentes nos conhecimentos aprendidos no campo acadêmico quanto no ambiente de trabalho, no nosso caso as unidades de saúde. Os fragmentos abaixo reforçam esta discussão:

Dai a importância dos acadêmicos das universidades estarem vindo para o serviço e do serviço abrir as portas para a universidade. Porque o profissional não precisa ter formação específica na área da saúde, mas sim entender o serviço e contribuir independente de sua formação. (Profissional de educação física (7), 02/04/2014)., 02/04/2014).

Acho que essa relação é de troca e de respeito e de compreender. E eu tenho este princípio de que a universidade deve estar próxima e não adianta ela trazer elementos teóricos para os alunos se eles não estão próximos do campo e da realidade de intervenção. Então a formação deveria ser junto do serviço e não anterior para depois intervir. Por isso a parceria é importante para colocar o aluno na realidade do serviço e em contato com os profissionais já formados (Profissional de educação física (9), 27/03/2014).

A formação tecnicista e o currículo tradicional da educação física que enfatiza a abordagem da aprendizagem dos esportes com suas técnicas e táticas, com os planos de aula (didática) de esportes formais e iniciação esportiva foram criticados pelos PEF: [...] *a formação na Educação Física é muito tecnicista, muito ligada ao esporte [...] pedagogia, didática, muita coisa não funciona como estudamos.* (Profissional de educação física 1, Daniela); *Eu percebo que a estrutura que a gente tem desenhada na cabeça da gente do curso de formação. [...] de uma quadra, de uma área aberta, [...] que a gente tem na formação tecnicista, porque eu fui dessa formação, a bola a quadra, a raquete a bola, uma piscina boa, uma sala de dança com espelho para todo lado, não é a realidade da Saúde Pública* (Profissional de educação física (7), 02/04/2014).

Outros alertam que os conteúdos do fitness e os trabalhos centrados no desenvolvimento das atividades físicas e do exercício físico sistematizado e de medidas e avaliação física podem não ser aplicados como preconizadas pela “cartilha do CREF”. O PEF 4 está se referindo às “Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de educação física na Atenção Básica à Saúde” (SILVA, 2010). Esta cartilha foi fortemente divulgada como balizadora da atuação da Educação física no campo da Saúde Pública. Analisamos no capítulo VI seus desdobramentos no trabalho no SUS e suas contradições. Observemos:

Já o que não funciona, por exemplo, são os conteúdos do fitness, não que eu tenha aprendido na formação, mas muitos profissionais que não trabalham e que trabalham no SUS têm a impressão de que poderia trabalhar com os conteúdos da atividade física

ou do exercício sistematizado no SUS. Tenho minhas dúvidas com os meus mais de seis anos de trabalho quase não vejo alguém focando estes conteúdos e nem medidas e avaliação como preconiza o CREF em suas cartilhas. (Profissional de educação física (4), 18/02/2013).

Os PEF Também fizeram referência aos procedimentos didático-pedagógicos da tradição do campo da Educação Física em organizar planos de aula. Enfatizaram que a rotina de trabalho no SUS não está organizada em “aulas” e sim em diversas atividades de grupos, oficinas, dinâmicas de grupos baseados em projetos terapêuticos e nos planos de cuidado com o usuário, como percebemos nas observações, entrevistas e nas análises de documentos institucionais.

*[...] apendi que não funciona é a organização de aulas, ou planos de aula, não que não seja importante fazer isso, muito pelo contrario, mas é muito **diferente de organizar uma aula para uma turma escolar ou de iniciação esportiva**. Vejo muitos colegas meus que ao entrarem nos CAPs se perguntam que hora é minha aula? (Profissional de educação física (4), 18/02/2013).*

Em relação à formação continuada, os PEF percebem que têm incentivos da SMS. Apesar disso alegam que, às vezes, alguns destes cursos não correspondem às necessidades reais e específicas do serviço que envolve a Atenção Básica, a Urgência ou Emergência, a Saúde Mental ou os trabalhos dentro do Distrito Sanitário.

Entre os 09 PEF quatro fizeram formação continuada estudando conteúdos ou áreas específicas do campo da Saúde Pública. Citaram o SUS, a ESF, o NASF e a PNPS. Especificamente lembraram das tecnologias leves como a escuta qualificada, projeto terapêutico singular, o cuidado em saúde entre outros:

Entender o que o SUS. O que é Estratégia (ESF), o que é cultura, eu acho que nem é tanto do Distrito, é a minha interação com a própria população que me trouxe isso, do trabalho em campo (Profissional de educação física (1), 02/10/2013).

[...] tive que estudar muitas coisas do SUS e da Política de Promoção da saúde e das áreas de humanas e sociais (Profissional de educação física (2), 01/12/2013).

[...] o trabalho no SUS. O trabalho em equipe, o matriciamento, a abordagem a partir da clínica ampliada, cuidado, o acolhimento, o projeto terapêutico singular, além de outros conhecimentos (Profissional de educação física (2), 01/12/2013).

O PEF 7 reforça estes aspectos afirmando que os cursos nestas áreas, vinculadas ao SUS, possibilitaram melhorar, repensar e adequar o trabalho: “*Por ser já aplicável você vai melhorando sua atuação [...] repensando a sua atuação com o usuário [...], tendo ferramentas para ir adequando ao trabalho*” (Profissional de educação física (7), 02/04/2014).

Um dos profissionais destaca ter estudado por conta própria as legislações e programas governamentais. A finalidade seria poder entender os editais de apoio a projetos e programas do Governo Federal:

Somente estudei estas legislações e programas governamentais por conta própria, por conta do trabalho no DSL e para construir projetos como o Viver Saudável. Este projeto tomou uma proporção gigantesca no DSL em parceria entre as escolas do território e as unidades de saúde da família da região leste de Goiânia (Profissional de educação física (2), 01/12/2013).

Observamos dois PEF atualizados com as novas propostas de reflexão crítica para a atuação da Educação Física na Saúde Pública. Aprofundaram seus estudos em Saúde Coletiva a partir de autores do campo da Educação física. Segundo eles, tomaram esta iniciativa porque tiveram uma formação generalista na Universidade ou por aproximarem-se de pesquisas neste campo.

O PEF 4 cita autores de renome como Alexandre Palma e Jayme Breilh que hoje são referências nos estudos ligados a EF e Saúde Pública sob o enfoque da crítica epidemiológica. Demonstra conhecer as teorias do autor Edgar Matielo que é militante da Saúde Coletiva. Acrescenta nomes de autores ligados à Reforma Psiquiátrica como Paulo Amarante, Antônio Nery, entre outros.

[...] a formação inicial de cunho generalista permitiu a busca de fontes teóricas e de algumas das experiências já existentes. Os principais referenciais utilizados dialogam com autores do campo da Educação Física, ligados a discussão da Saúde Coletiva: Edgar Matielo, Alexandre Palma. Autores mais voltados para o campo da Psicologia Social, bem como da Reforma Psiquiátrica: Paulo Amarante, Antonio Nery, Franco Bassaglia. Mais recentemente acrescenta-se Jayme Breilh e Augusto Boal do Teatro do Oprimido (Profissional de educação física (4), 18/12/2013).

O PEF 9 destaca que a busca pela formação continuada, com as aproximações da universidade, potencializa o refinamento profissional, a intervenção, a aproximação com a pesquisa e a avaliação da atuação.

*[...] no campo do trabalho em saúde e a questão da formação continuada, com a aproximação da **universidade para favorecer a intervenção profissional de uma maneira fundamentada** eu acredito que **a melhoria da atuação profissional depende da pesquisa** e eu tenho como avaliação o desejo de estar aprofundando porque isso pode interferir na minha prática e construir algo que pode contribuir como os meus pares profissionais. (Profissional de educação física (9), 27/03/2014).*

Alguns PEF aprofundaram em conteúdos e áreas não específicas da Saúde Pública ou da EF. O PEF (8) aprofundou em Psicologia Transpessoal e Biopoder. Entende ele, serem

estes conteúdos fundamentais para desenvolver o trabalho em saúde mental. Aponta ser este campo desencadeador de crises nos seus três primeiros anos de trabalho e por isso necessitou de terapia individual para conseguir se estabilizar no trabalho, completamente diferente do que viu em sua formação inicial:

[...] nestes dois primeiros anos que eu vi a necessidade de fazer um curso na área de psicologia então era na área de Saúde Pública não era algo necessário para esse serviço era algo para trabalhar e eu fiz o curso junto com a psicóloga dois anos de curso bem puxado e interessante e que ajudou muito e aí me tranquilizou eu fiz terapia, fui para a terapia uns 3 anos em terapia individual e de grupo para dar conta do serviço que era totalmente diferente da minha formação [...] As questões ligadas à psicologia transpessoal e biopoder do curso que fiz (Profissional de educação física (8), 28/04/2014).

Outros PEF aprofundaram em habilidades pessoais, tradição familiar ou específicas da profissão.

*[...] **habilidades pessoais** do profissional e **específicas da profissão**” (Profissional de educação física (3), 27/02/2014).*

***O circo, as práticas alternativas eu não aprendi nada disso na faculdade tudo foi de interesse meu eu busquei por questão familiar, de curiosidade** (Profissional de educação física (5), 15/04/2014).*

Chamou-nos a atenção a relativa complexidade das áreas escolhidas/vividas por serem muito próximas do conceito de *habitus* de Bourdieu. Os profissionais destacam as vivências de práticas anteriores à formação inicial à universidade como o Circo, a Familiar, as Práticas Alternativas (falas acima); o Treinamento Funcional como novidades e possibilidades diversas para a atuação profissional (abaixo).

*[...] comecei a dar uma lida e comecei a fazer uma especialização nesta área e vi que a maioria das pessoas [profissionais] olham o treinamento funcional como um exercício para melhoria de força e pesquisando eu vi que **tem outras dimensões bem mais profundas que a gente pensa, principalmente formação** (Profissional de educação física (6), 27/03/2014).*

*[...] **na especialização o que me chamou a atenção foi a perspectiva de se pensar exercício funcional [...] como eu vou pensar estas técnicas e tecnologias, essa metodologia, dentro do campo da promoção da saúde. Eu estudei as contribuições e as vantagens da aplicação e exercícios funcionais na saúde do idoso e na promoção da saúde e eu consegui perceber que é uma tecnologia barata e que pode contribuir e o trabalho** (Profissional de educação física (9), 27/03/2014).*

A partir da análise dos elementos problematizados acima, observamos que há um relativo distanciamento da formação acadêmica inicial (instituição de ensino) da prática efetiva nas unidades da Saúde Pública (instituição de serviço). Os acadêmicos são potencializadores do serviço, mas precisam conhecer, aproximar e problematizar suas

atividades no campo de atuação tentando abranger suas ações para além dos conteúdos, métodos, didáticas tradicionais do campo da EF. Este tema foi sistematizado com sofisticada sutileza irônica pelo PEF 4.

Se considerarmos as observações realizadas nas unidades e os dados dos documentos institucionais, podemos indicar uma série de atividades variadas e complexas que são realizadas pelos PEF no trabalho cotidiano nos serviços de saúde. Estas demarcam a diversidade de fazeres e, por conseguinte, a dinamicidade do trabalho. As principais atividades realizadas foram: práticas corporais/atividades físicas; acolhimentos – vínculo; oficinas terapêuticas; organização de grupos familiares; atendimentos individuais – escuta terapêutica; busca ativa de usuários do serviço; visitas domiciliares; atividades de apoio matricial; assembleias profissionais; reuniões de equipe (geral e técnica); discussão de casos; referenciar casos para outros serviços; atividades junto a comunidade em geral; capacitações e orientações dos usuários; supervisões em campo; apresentação do serviço em outros órgãos; participação no Conselho Local de Saúde; gerenciamento de casos – TR (Terapeuta de Referência); avaliações físicas.

Por este motivo, os PEF buscaram fazer especialização. Em síntese, apresentaram estudos de formação continuada sobre as legislações e programas governamentais diversos e relacionados ao SUS. Outros Aprofundaram em habilidades pessoais de família ou em específicas da profissão.

Ainda que, em sua maioria, tenham indicado haver incentivo da SMS para este fim, alegaram que algumas propostas não focam a realidade e por este motivo necessitaram aprofundar não eram específicas do campo da EF. Assim, para qualificarem suas intervenções, buscaram estudos teóricos na Saúde Coletiva, na Psicologia Transpessoal e Biopoder.

6.5.2 A percepção dos Profissionais de Outras Áreas da Saúde sobre a formação inicial e continuada dos PEF

Nos discursos dos POAS – Psicólogos, Assistentes Sociais, Nutricionistas e Enfermeiros - com maior destaque, apareceram críticas sobre a formação inicial. Defenderam a necessidade de estagiários para conhecerem o serviço e aproximarem o conhecimento acadêmico adquirido na universidade com o serviço concreto. Vale ressaltar que todos os entrevistados conferiram importância a este assunto o que evidencia a necessidade da formação inicial aproximar-se dos serviços de saúde e proporcionar aos estudantes maior

familiaridade com os processos desenvolvidos tanto a curto prazo (com relações esporádicas e passageiras), como em longo prazo.

[...] Quem entrou na Saúde Pública é quem já tem mais vontade de trabalhar aqui [...] Aproximar o serviço da universidade eu vejo que em longo prazo é importante. Em longo prazo também em relação às políticas públicas precisaríamos investir nisso porque é muito mais demorado, articular com a universidade é fundamental (Profissional de psicologia (1), 29/04/2014).

[...] tem os estágios que tem uma articulação com o serviço. É importante para os alunos conhecerem as possibilidades do serviço e essa troca de saberes é importante também como o serviço, com o trabalho, estão chegando e isso é importante. O estudante leva muitas coisas do serviço, inclusive críticas que são importantes para rever o seu projeto (Profissional de assistência social (4), 30/05/2014).

Justificam a presença do estagiário no sentido de ampliar sua participação em eventos e atividades no território, em atividade na ponta (em particular no programa da Estratégia da Saúde da Família) que proporcione a troca de saberes e possibilite a incorporação de novas bases teóricas com base em pesquisas e nas parcerias. Como resultado da aproximação universidade/serviço indicam a produção de possíveis artigos, trabalhos, comunicações que podem ser apresentados em congressos, simpósios e fóruns. Citam o programa Pet-saúde desenvolvido na ESF como fortalecedor destas possibilidades.

Tem os projetos dos estagiários da educação física e que dependendo da turma eles são mais atuantes e participam das feiras, dos eventos, dizemos um evento na comunidade na escola de manhã que foi muita gente da equipe e que o estágio aqui é importante para a gente. [...] o próprio estágio no serviço é muito importante porque uma coisa é você estudar e outra é você estar aqui na prática, então o estágio facilita e como tem agora a educação física voltada para a saúde (currículo da UFG), (Profissional de psicologia (3), 08/05/2014).

A vantagem é que temos acadêmicos e que dão força lá na ponta, na unidade. Temos que estar sempre com eles, mas o que a gente percebe, ao fazer uma análise disso, estamos com muitos estagiários, mas ele é importante porque é uma força de trabalho [...]. E assim eles trazem informações do estágio, eles também trazem novas informação e nos atualiza, pesquisa e eles exigem da gente também. (Profissional de nutrição (5), 11/06/2014).

O estágio é um braço direito, as estagiárias estão na recepção trabalhando algo que nós planejamos, estão com um folder que fala da nutrição e beleza e eu confio nelas porque foi planejado e orientado. (Profissional de nutrição (6), 13/05/2014).

E depois a entrada do curso de educação física da UFG que tem aproximadamente 4 anos que entraram na condição de estágio o professor com os acadêmicos e aí diferenciou bastante porque tínhamos a segurança de que as atividades estavam sendo programadas e executadas de acordo com a possibilidade daquela faixa etária daqueles usuários e nos trazia uma segurança muito maior sobre as atividades desenvolvidas. [...] Também, tem a participação em eventos e congressos para apresentar os trabalhos que fazemos no estágio e no Pet-saúde que valoriza o trabalho que é desenvolvido na ESF (Profissional de enfermagem (7), 08/05/2014).

Como evidenciado pelos discursos dos PEF, os POAS reafirmam a fragilidade da formação e a ausência de conteúdos e disciplinas voltadas para o campo da Saúde Pública. A inserção tardia dos PEF na saúde mental, por exemplo, é apontada como uma dificuldade porque os PEF teriam que aprofundar sozinhos em um campo muito complexo e ao mesmo tempo, aprenderam com o serviço.

*Eu acho que já tem a parte da Saúde Pública que eu acho que vocês já têm, eu acho que poderia estar **abrangendo mais o curso voltado para a Saúde Pública**, o profissional poderia estar mais na saúde do que na SEMEL. (Profissional de nutrição (6), 13/05/2014).*

*Eu acho que devido a formação da educação física não ter um conhecimento porque **agora que está entrando na saúde e na saúde mental** que agora que vocês [profissionais de educação física] em termos de saúde mental, da dinâmica que um grupo portador de transtorno mental vocês **chegam com muito pouco conhecimento a formação é falha neste sentido e o que ainda [...]** o profissional de educação física vai aprender no serviço e essa aprendizagem vai procurando a teoria por si mesmo e aqueles que se interessam (Profissional de psicologia (1), 29/04/2014).*

O POAS 3 traz à tona algo problemático que percebeu em sua incursão, enquanto professora, no campo da docência na graduação. Ficou indignada porque uma professora universitária baseava suas aulas nas reportagens do médico Dráuzio Varela da Rede Globo de televisão, enquanto os profissionais do serviço da SP, para serem mais eficientes em suas intervenções com os usuários, necessitam “gastar a sola do sapato” para entenderem a realidade dos usuários. Ou seja, considerar os condicionantes da área de abrangência da unidade.

O profissional (psicólogo) indigna-se porque os programas são informativos e educativos para a população, mas do ponto de vista do processo de formação não aprofundam em questões fundamentais para um processo de intervenção condizente com a realidade, o que pode “estragar os alunos”.

*A gente com tanto trabalho aqui **gastando sola de sapato no território e assim, enfrentando o trabalho em Goiânia nas unidades básicas e a criação ensinando promoção da saúde baseada no programa do Dráuzio Varela**. Então se a pessoa (professor da universidade) não tiver a vivência do SUS é melhor não dar aula na universidade porque ela estraga e os alunos já chegam aqui estragados [conflito entre intelectuais da universidade e o trabalhador do serviço] em vez de ajudar, atrapalha (Profissional de psicologia (3), 08/05/2014).*

Continuando suas reflexões, o POAS 3 defende que estudar Saúde Pública é essencial aos estudantes dos cursos de graduação em saúde porque trabalha com diversidades saberes, com interdisciplinaridade, com políticas de saúde, com a questão da reforma psiquiátrica, com a clínica ampliada. Defende que, para uma boa intervenção no campo da Saúde Pública, seria

necessário ir além dos estudos em “psicopatologia” e abranger os saberes ligados ao processo saúde doença relacionados às Políticas Públicas. Em sua opinião, somente assumindo estas áreas no processo de formação poderia haver mudanças significativas nas práticas dos serviços de saúde.

*Eles [os PEF] entraram e aqui sempre teve uma diversidade [...] todas as profissões passaram por dificuldades no começo, porque assim, **têm formação para uma coisa e chega no serviço de saúde mental é outra coisa** (Profissional de psicologia (3), 08/05/2014).*

*Então estudar Saúde Pública hoje é essencial porque trabalha com a diversidades saberes, com a interdisciplinaridade, as políticas de saúde a questão da reforma psiquiátrica, **da visão da clínica ampliada, então mais do que psicopatologia e saber da doença é entender das PP e da filosofia hoje do trabalho do SUS que está muito mais avançada do que a prática realmente**, mas se a gente tiver pessoas que tem essa visão aí sim a gente pode mudar a prática. **Porque o profissional entra no serviço sem ter a visão da Saúde Pública quer atender como se fosse no consultório fechado e assim o professor de educação física não vai fazer somente um aquecimento não, vai focar na doença e no remédio** (Profissional de psicologia (3), 08/05/2014).*

Da mesma forma que os PEF, os POAS criticam os estagiários que se referenciam em propostas curriculares tradicionais centradas na atividade física e em atividades de academia. Esta percepção evidencia a força da tradição e permanência dos currículos de formação em Educação Física, geralmente pautados mais na dimensão instrumental da profissão e nos modismos do mercado de trabalho em detrimento dos assuntos, conteúdos, conhecimentos e metodologias do campo da Saúde Pública.

*[...] acho que **o perfil do acadêmico que tem desejo de trabalhar com a Saúde Pública é magnífico ele vem e é participativo e tem outros que não compreendem mesmo, ainda estão com a filosofia da educação física tradicional e não e vêm dentro do cenário da Saúde Pública**, acha que vai trabalhar somente com a atividade física e com a musculação na perspectiva de uma academia e não do território, sinto que eles ainda não ampliaram essa dimensão ampliada não se identificam com a Saúde Pública. (Profissional de enfermagem (7), 08/05/2014).*

O POAS 3 reforça a questão. Critica a formação acadêmica em EF estar, excessivamente, voltada para o mundo da academia/musculação. Para ele, esta, pouco contribui para os trabalhos e intervenções na Saúde Pública. Em seus olhares a formação instrumental voltada para o campo de trabalho das academias/mercado - em franco desenvolvimento e o grande empregador de profissionais de educação física - acarreta enormes dificuldades e no momento de assumirem trabalhos no campo da Saúde Pública, a

qual exige um olhar mais ampliado para a saúde, percebem que estes estudantes pouco se identificam com o campo da Saúde Pública, evitando inclusive trabalhar na área.

*[...] como na psicologia, principalmente Saúde Pública os cursos não tinham noção voltada para a saúde e a psicologia voltada para o consultório e **na educação física muito voltado para a academia** e assim como todos os profissionais o da educação física quanto chega num serviço como este ele foi o caso da [Fulana] e de **outros que não são da área da saúde tiveram muitas dificuldades**. (Profissional de psicologia (3), 08/05/2014).*

Como preceptores²⁵ do campo de estágios apresentam suas dificuldades em orientar alunos. Lembraram-se das ausências do professor universitário, o processo de orientação parece ser “muito solto”. Como consequência afirma que o profissional formado pode sair da universidade descompromissado com o “cenário” do campo da Saúde Pública e, muitas vezes, não consegue aplicar o que estudou nas teorias do mundo acadêmico, ou seja, fazer nexos:

*[...] eu sei que o estágio pode ser dinamizado de outras formas e se eu tivesse no lugar deles eu sentia falta do meu professor estar mais próximo, acho que falta professor da UFG mais presente, o professor orientador tem o papel de ajudar a entender os problemas. **Eu sei que tem aluno sem motivação, mas tem uns que criticam e não tem medo do profissional** não. Ali é o momento de aprendizagem, é o espaço para questionar[...] Eu gosto de instigar o aluno para ele se colocar e dizer eu não quero ser assim não, ele vai ser meu colega de trabalho daqui a pouco, **ser aquele profissional comprometido com a Saúde Pública** (Profissional de enfermagem (2), 29/04/2014).*

*[...] **Engraçado que às vezes o aluno não percebe e fica a vida toda sem perceber o nexo entre o que é estudado e o serviço**. (Profissional de enfermagem (2), 29/04/2014).*

Neste sentido, os POAS reforçam e indicam a necessidade do próprio campo da EF brasileira superar as dificuldades estudando e problematizando o campo da Saúde Pública como espaço de atuação profissional, o qual seria também da EF. Citam o território como algo a ser considerado na abordagem ampliada da saúde.

*[...] tem outros que não compreendem mesmo, ainda estão com a filosofia da educação física tradicional e não se vêem dentro do cenário da Saúde Pública, acham que vão **trabalhar somente com a atividade física e com a musculação na perspectiva de uma academia e não do território**, sinto que eles ainda não captaram essa dimensão ampliada **não se identificam** com a Saúde Pública. (Profissional de enfermagem (7), 08/05/2014).*

Ainda pensando na formação inicial, fizemos o esforço de entender a percepção dos POAS sobre quais disciplinas novas seriam necessárias para que os PEF pudessem desenvolver melhor seu trabalho no campo da SP. Indicaram disciplinas ou áreas como saúde

mental, saúde social, corpo e sentimento, psicologia, psicopatologia, políticas públicas de saúde/ESF, conhecimentos sobre medicamentos e o trabalho em grupo/equipe.

*O conhecimento da saúde física vocês tem muito agora de **saúde mental e saúde social precisa ampliar um pouco**. (Profissional de psicologia (1), 29/04/2014).*

*[...] acredito que tem que ter **disciplinas que para perceber o corpo como um desencadeador de sentimento**, como depositário das emoções, então estudar **psicologia, psicopatologia**, [...] incluir a discussão das **políticas públicas de saúde** (Profissional de psicologia (3), 08/05/2014).*

*Eu vejo que ele precisa entender do **trabalho em grupo** o trabalho que é essencialmente em grupos e essa questão do biológico ele é importante como falei, **o conhecimento do funcionamento do corpo** e o que **estas medicações** alteram e influem no funcionamento do corpo [...] (Profissional de assistência social (4), 30/05/2014).*

*[...] o **trabalho em grupo, o trabalho em equipe, os conhecimentos de Saúde Pública e das Políticas públicas como as diretrizes da ESF**. Eu sei que hoje o perfil do acadêmico da educação física está dentro das diretrizes para a saúde e para o SUS e as competências que estão na proposta contemplam bem e o profissional tem **que fazer a leitura das competências e incorporar** [...] (Profissional de enfermagem (7), 08/05/2014).*

A forte tendência da psychologização e da medicalização da formação para a saúde ficou clara. Indicaram a psicologia e nutrição como disciplinas importantes na formação inicial dos PEF. Ficamos com o sentimento de que indicaram disciplinas e áreas de suas próprias formações, demonstrar dificuldades em apresentar outras disciplinas do currículo da EF. Avaliamos que esta dificuldade parece representar uma relativa falta de conhecimento para com a profissão EF. Mesmo assim, avaliaram a EF como fundamental na atuação conjunta. Relatam também confusões entre as jurisdições da psicologia e a nutrição quanto aos conteúdos abordados nas disciplinas de formação inicial em outras áreas da saúde.

*E infelizmente ela coloca **a psicologia** no começo do curso e quando o aluno não tem nenhuma condição e o psicólogo que dá a disciplina não está vinculado ao departamento e não está ligado ao serviço, fora do contexto, **trabalha transtorno alimentar e na verdade é transtornos psicológicos**. Temos que estudar a parte da psicologia a parte para ajudar sem ser psicólogo. (Profissional de nutrição (5), 11/06/2014).*

*A **nutrição** eu sei que vocês têm uma noção, **psicologia** e mais a questão da Saúde Pública mesmo. (Profissional de nutrição (6), 13/05/2014).*

O fato de muitos dos POAS fazerem parte do programa pet-saúde (preceptores) e orientarem tanto alunos que cursam a licenciatura como os que cursam bacharelado em Educação Física e, portanto, lidarem com as diferentes dificuldades e potencialidades de cada

²⁵ Profissional do serviço de Saúde Pública que recebe estudantes da área da saúde das Universidades e orientam os mesmos em conjunto com o profissional da Instituição de Ensino Superior.

formação, fez com que um deles criticasse a formação em licenciatura (que não aproximam do serviço) e defendeu o bacharelado da UFG (que tem ênfase em Saúde Pública).

Aqui tem acadêmicas da educação física nos estágios e pet-saúde que são fundamentais a gente vê a diferença da formação de quem está na licenciatura e de quem está na Saúde Pública (bacharelado UFG) Eu já cheguei a dar as políticas de saúde para os alunos lerem. Para ver se ela tinha estudado e ela não estava entendendo nada, aí eu falei você vai ler as políticas de a PNAB, PNAN, a PNPS e fale assim, estude e volte. [...] a Ju [acadêmica da educação física] era só dar a ideia que ela tocava e a outra da licenciatura tinha mais dificuldade, mas tocava [...] (Profissional de nutrição (5), 11/06/2014).

O POAS 5 alerta que os alunos da licenciatura atuam (como estagiários) na Saúde Pública, mas não entendem as PP de saúde, também afirma que o curso bacharelado em educação física da UFG e os outros da área da saúde têm dado ênfase na formação em Saúde Pública conforme indicam as Diretrizes Nacionais dos Cursos da área da saúde.

Os POAS avaliam positivamente a procura dos PEF pela qualificação ou formação continuada. Em suas percepções a mesma proporcionaria melhoras nas condutas terapêuticas antes centradas estritamente na dimensão “física” da saúde e, após o curso, na abordagem ampliada da saúde. Citaram, como os PEFS, a centralidade dos cursos de especialização em Bioenergética e Psicologia Transpessoal.

A postura dela dentro dos grupos e ela na época estava fazendo um curso de especialização em bioenergética e então eu vi a postura dela bem mais voltada para a saúde ampliada do que só para o aspecto físico [...] (Profissional de psicologia (1), 29/04/2014).

[...] este curso de Psicologia Transpessoal [...] era aberto aos profissionais de várias áreas e então a [PEF] sentiu a necessidade de buscar para além da formação para estar aqui [...] então na oficina de yoga a gente trazia muitos destes trabalhos, os exercícios da bioenergética para a yoga para trabalhar com dinâmicas a energia, a sexualidade, o relaxamento, [...] compartilhar e falar de sentimento e trabalhar isso (Profissional de psicologia (3), 08/05/2014).

Para os POAS a formação continuada também serviria de base para a ampliação das possibilidades de estudos, pesquisas e projetos da área de EF. Também possibilitaria intervenções relacionadas ao combate das Doenças Crônicas Degenerativas, além da participação em congressos e na aquisição de estruturas e equipamentos sociais.

A gente construiu junto e começamos buscar nos estudos, pesquisas e projetos que tinham e compramos livros da área da educação física da área do "Agita São Paulo" acho que era o Vitor Matsudo. É o agita eu fui num congresso e comprei o livro e estudamos eu e o [Fulano], ver os projetos que tinha fora e como poderíamos estruturar o nosso. (Profissional de nutrição (5), 11/06/2014).

Eu acho que a questão das doenças crônicas degenerativas que eu tenho visto aumentar muito a incidência de casos novos de DCD acho que é uma área que a

educação física poderia contribuir bastante (Profissional de assistência social (4), 30/05/2014).

[...] corria atrás das coisas, ele consegui a praça da juventude com quadra coberta, você conhece lá e consegui o projeto viver saudável que trabalhou muito, fez muita coisa no DS (Profissional de nutrição (6), 13/05/2014).

Em síntese, os POAS vêm como positivas as iniciativas dos PEF em buscarem formação continuada. Inicialmente por mudar a sua intervenção na conduta terapêutica deixando de analisar apenas a dimensão “física” da saúde para ampliar seu olhar sobre a abordagem ampliada da saúde dos usuários. Em segundo plano focaram a capacitação para intervenções ligadas às pesquisas, projetos e captação de recursos para a área de EF.

6.5.3 A percepção dos Gestores sobre a formação inicial e continuada dos PEF

Nos discursos dos Gestores também apareceram críticas a formação inicial dos cursos da saúde não centrarem-se nas necessidades das instituições e serviços públicos de saúde: “a gente é formado para ganhar dinheiro e tem que procurar uma categoria profissional que lhe dá dinheiro e retorno financeiro e ninguém está muito preocupado em formar para trabalhar nas instituições públicas” (Gestor (1), administração, 23/05/2014).

Na mesma direção dos PEF e POAS, os Gestores criticam a formação instrumental (clínica) e não ampliada (base no conceito território). Neste aspecto, os mesmos defendem uma formação voltada para as necessidades da Saúde Pública e criticam as formações que estão ainda muito focadas na instrumentalização da profissão e, assim, distantes da realidade dos usuários. Ou seja, muitas das formações iniciais dispensadas na universidade/academia estão centradas na atuação a partir da realidade e das necessidades das clínicas privadas.

A formação de maneira geral em todas as profissões de saúde está muito voltada para o aspecto instrumental da profissão e não tem a visão ampliada do que pode fazer na Saúde Pública, por exemplo, aqui no DSL eles vão atuar em diferentes atividades. As orientações do profissional da saúde devem estar intrínsecas ao contexto e a realidade dos usuários, no nosso caso da periferia da cidade. Temos muitos profissionais que tem a mentalidade de que estão trabalhando em clínicas privadas (Gestor (1), administração, 23/05/2014).

Da mesma forma que os POAS e os PEF, o Gestor 2 critica a formação em EF voltada para a academia/musculação e para o trabalho personalizado. Afirmou conhecer uma egressa (sobrinha) de um curso de bacharelado em Educação Física que apresenta perfil e desejo de trabalhar somente como “personal trainer”. Como consequência, não gosta do trabalho nos CAPS e nem na Saúde Pública.

*Eu tenho uma sobrinha que formou agora para Educação Física. Eu rio dela, falo: "vai lá no CAPS pra você conhecer". **Ela virou personal trainer, então assim, bem [...]:** "não tia eu não gosto desse trem não, esse trem de saúde [...]". Ela fez o curso, ela morou na minha casa quase que o curso inteiro, e eu puxando ela para vir pro CAPS: "Vamos lá pra você conhecer!" [...] **Ela formou, está toda bombada [...] e não conhece o CAPS [...]** (Gestor (2), psicologia, 28/04/2014).*

O Gestor 4, ao contrário, entende que o curso de bacharelado da UFG mudou a visão do lugar de atuação da EF. Alega que este curso focava excessivamente o campo da escola, enquanto outros, de outras IES focam mais para o trabalho nas academias. Defende que, a UFG ao focar as necessidades da Saúde Pública proporciona a abertura de espaço neste campo tanto para o estágio quanto para novos PEF formados.

[...] o fato da UFG ter tido esta visão de voltar o curso de educação física para a Saúde Pública mudou a visão do lugar de atuação não ser só na escola e na academia e sim nas unidade de Saúde Pública, porque ela é a instituição que faz a formação do profissional e o estágio na Saúde Pública veio para ficar e abrir espaço na Saúde Pública. (Gestor (4), direito, 13/05/2014).

Soma-se à questão das especificidades da formação a necessidade dos estagiários conhecerem o serviço. Os Gestores, na mesma linha da percepção dos outros agentes, defenderam que este aspecto proporcionaria além de aprendizagens aproximações entre a universidade, o serviço e a comunidade.

Com efeito, afirmaram que os estagiários contribuem com os estudos de educação continuada. Em suas percepções, os mesmos potencializam o trabalho, dão mais energia e possibilitam as trocas de experiências entre os profissionais do serviço por estarem no corpo a corpo com a comunidade.

*[...] vejo que as experiências da educação física são muito positivas como eu já havia falado eu acho que às vezes as dificuldades são em algumas **ações que querem desenvolver e não temos as ferramentas adequadas para fazer as ações. Dá energia para a unidade e potencializa o trabalho e o interessante é a troca de experiências entre estudantes e profissionais e os estudantes assumem funções fazem palestras** [educação em saúde] **fazem o corpo a corpo com a comunidade. É muito interessante a parceria** (Gestor (4), direito, 13/05/2014).*

Alegam que, mesmo havendo falta de ferramentas de trabalho, pelas dificuldades estruturais e materiais que passam as unidades de saúde, **“ajudam muito, são interessados. Estão querendo aprender, conhecer [...]** Eu acho muito bom o aluno de uma maneira geral”. (Gestor (3), enfermagem, 07/05/2014).

Estas evidências são reforçadas pelo Gestor 4.

[...] a educação continuada tem feito a diferença lá na comunidade e faz com que os acadêmicos compreendam os usuários em sua comunidade, com suas dificuldades e contribuem muito para a saúde dos usuários. (Gestor (4), direito, 13/05/2014).

Também sentiram dificuldades em indicar disciplinas que geralmente são estudadas nos cursos de formação em educação física. Lembraram-se da anatomia, fisiologia, os estudos sobre o corpo, os músculos e os esportes. Cabe destacar que, alguns entendem que os estudos não devem ser apenas sobre as atividades físicas, demonstrando uma visão atualizada e que, como problematizamos no capítulo IV, aparecem como um avanço nas políticas públicas e nos documentos legais.

Anatomia, eu sei que vocês estudam. Fisiologia (Gestor (3), enfermagem, 07/05/2014).

Estuda o corpo em geral, os músculos, os ossos, as forma da pessoa respirar, de se exercitar, a fala. Está envolvido com a medicina também, com a área de saúde. Não é só a pratica da atividade física não, tem muito mais como os esportes (Gestor (4), direito, 13/05/2014).

Também sentiram dificuldades em indicar disciplinas, conteúdos e áreas “novas” para a formação em EF, mas necessárias para a boa intervenção no SUS. Citaram a urgência e emergência e conteúdos de prevenção e promoção para o trabalho nos CAIS: *Para atuar nos Cais? Não sei! Alguma noção de urgência e emergência. Porque tem nos Cais urgência e emergência [...] A prevenção em saúde, promoção em saúde. Tem umas disciplinas assim, prevenção e promoção? Eu tive [...]* (Gestor (3), enfermagem, 07/05/2014).

Por outro ângulo, os Gestores vêem a formação continuada dos PEF como uma forma deles aprofundarem na prevenção, educação e promoção da saúde, visando focar menos a doença em suas ações: *“para sair do foco doença e voltar para o foco da promoção e educação em saúde, é o que nós precisamos mostrar para o usuário (Gestor (1), administração, 23/05/2014): De promoção à saúde, orientação [...] É superimportante trabalhar com a prevenção. Eu acho que alguma coisa assim, nesse sentido. (Gestor (3), enfermagem, 07/05/2014).*

Há diversificação da percepção sobre os conteúdos, conhecimentos ou áreas necessárias para os PEF aprofundarem visando melhorar suas atuações na Saúde Pública. Apareceram discursos focando a Saúde do Trabalhador e a Ginástica Laboral: *“pode contribuir não só focando o usuário, mas focando o trabalhador, o trabalhador é também usuário, então num projeto que a gente está desenvolvendo agora que é o programa de atenção ao servidor”* (Gestor (1), administração, 23/05/2014).

Outros POAS falaram sobre a participação nos conselhos de saúde e em políticas públicas de saúde:

[...] outras atividades como o controle social é importantíssimos a participação dele nos conselhos locais e municipais em todas as discussões que envolvem a Saúde Pública [...] o profissional de educação física ele tem que trabalhar muito a questão do ponto de vista da políticas públicas voltadas para a Saúde Pública (Gestor (1), administração, 23/05/2014).

[...] envolvimento nos conselhos, no corpo a corpo com a comunidade e então entrando nas unidades, fazendo suas funções e despertando o olhar da comunidade. Ela entra junto e cobra dos políticos e vai se fortalecendo. (Gestor (4), direito, 13/05/2014).

Os Gestores, como os outros agentes, lembraram-se dos conteúdos ligado da Saúde Coletiva e do desenvolvimento de projetos: *“Saúde Coletiva! Eu acho que o que precisaria era fomentar mais isso aí e ter mais experiência na saúde mesmo, mais estágios mesmo no campo”* (Gestor (2), psicologia, 28/04/2014); *“a gente faz todo um planejamento, a gente para as atividades, a gente discute, a gente propõe, e aí assim, por exemplo, a gente define aquilo que é importante ter capacitação para desenvolver projetos, então a gente corre atrás, põe as pessoas para fazer capacitação [...]”* (Gestor (2), psicologia, 28/04/2014).

Focaram ainda a formação em urgência e emergência por trabalharem nos CAIS: *Porque nós temos a urgência que já é para o atendimento da situação aguda ali.* (Gestor (3), enfermagem, 07/05/2014).

Os Gestores como os POAS e os PEF avaliaram a formação continuada dos PEF como importante do ponto de vista da mudança do modelo de atenção centrado na doença para ocuparem-se mais com atividades de promoção e prevenção da saúde dos usuários. Também fizeram referências a necessidade de aprofundar em temas da Saúde Pública e da Saúde Coletiva. O diferencial da percepção dos outros agentes estaria na indicação de estudos relacionados à participação social, ou seja, focar também a atuação no conselho local de saúde.

6.5.4 Sínteses da percepção dos agentes sobre a formação

Considerando a percepção dos agentes sobre a formação inicial e continuada dos PEF, quando relacionadas a atuação na SP, bem como seus desdobramentos, apontamos haver uma proximidade dos discursos.

Além de defenderem os estagiários da EF, os quais potencializarem os serviços, igualmente, perceberam também as fragilidades da formação inicial. Esta, não tem dado ênfase na Saúde Pública. Assim, os currículos são, em suas visões, tradicionais e voltados

para temáticas mais centradas no campo da escola e da academia de ginástica. Não obstante, demonstraram dificuldades em indicar disciplinas da formação em EF importantes para o trabalho em saúde. Como saída para esta falta de conhecimento sobre o campo da EF, utilizaram a estratégia de citar suas próprias áreas de formação como a psicologia, a nutrição e socorros de urgência.

Embora reconheçam a importância da EF na SP e tenham feito críticas à formação focada, excessivamente, para o campo das academias de musculação, ginástica e para a escola, não demonstram conhecer a formação acadêmica deste campo, ou seja, não dominam o que estudam os PEF. Ponderamos que, esta fragilidade, pode ser explicada pela pouca história da EF no campo da Saúde Pública e, como consequência, a pouca disseminação dos conhecimentos neste “relativamente novo” campo de intervenção profissional da EF.

Podemos inferir que, com base nas evidências deste subtópico, para os PEF trabalhadores da Saúde Pública muitos conteúdos estudados na graduação que, em primeira vista não fariam sentido na Saúde Pública, têm uma aplicabilidade muito boa. Por outro lado, outros, ao contrário, parecem óbvios na aplicação como as avaliações, medidas e protocolos de atuação (cartilhas) não funcionam como se pensa. Em resumo não tem uma transposição fácil e clara para a atuação nas unidades de saúde.

Neste sentido, Bagrichevsky (2007), ao discutir a formação do profissional em Educação Física e sua legitimidade no Sistema Único de Saúde reflete que, qualquer profissão necessitar “(re)pensar” finalidades, pertinências e principais problemáticas a serem enfrentadas para uma análise singular de sua legitimidade social” (p. 33). Para avaliar essa legitimidade requer-se, portanto, uma análise crítica e uma reflexão sobre as condições da estruturação dos currículos de formação inicial no campo. Sabemos que estas mudanças são difíceis de acontecer em virtude dos embates travados por diferentes grupos de poder do campo, em diferentes momentos históricos.

As discussões teóricas sobre a formação em Educação Física foram, e ainda são, foco de pesquisadores do campo da EF brasileira. Assim, não pretendemos aprofundar nesta questão, até porque não é foco único desta investigação. Contudo, vale ressaltar que, autores como Fraga, Carvalho e Gomes (2012) discutiram as Políticas de Formação em Educação Física no que se refere ao Trabalho, a Educação e a Saúde. Ventura (2010) entre outros têm se debruçado sobre esta importante questão.

Nos discursos agentes relacionados ao currículo da EF apareceu críticas à formação tradicional mais voltada para o mundo da academia/musculação e, assim pouco voltado para a

dimensão pública da EF. Ha ai um modismo reforçado por um movimento hegemônico que envolve diferentes agentes do campo da EF, como apresentamos no capítulo IV.

Os outros agentes veem como positivas as iniciativas dos PEF em buscarem formação continuada. Por refinar a intervenção na conduta terapêutica, por ampliar o olhar da saúde dos usuários e por melhorar e as ações ligadas ao desenvolvimento de pesquisas e projetos da área de EF.

Entendemos que parece haver uma contradição no que se refere à formação inicial no campo da EF. Há avanços significativos nas PNS, nas Diretrizes Curriculares de formação do campo da EF²⁶, aproximando a formação do futuro profissional para a atuação a partir das necessidades do SUS, contudo parece não haver avanços nas alterações necessárias nos currículos de formação das IES. De forma geral, tem se mantido a tradição e a conservação de conteúdos, conhecimentos, metodologias, entre outros, estruturados a partir de currículos que dão maior preocupação com a atuação personificada, disciplinar e individualizada.

Sobre esta problemática, percebemos que os estudos sobre o SUS, a Saúde Pública e a Saúde Coletiva ocupam um lugar de pouco prestígio na organização curricular que compõe os cursos de graduação da área da saúde, mesmo com as iniciativas do Estado (BRASIL, 2008b; BRAISIL, 2005b; BRASIL, 2007)²⁷.

Nos currículos tradicionais, quando não há total ausência de conteúdos sobre o Sistema Único de Saúde, o que é menos frequente nos cursos clássicos, como Medicina, Enfermagem e Odontologia, mas comum nos cursos como a Psicologia, o Serviço Social, a Biologia, a Educação Física e a Medicina Veterinária. Esse conhecimento termina apresentado como um dado isolado e não uma produção (CECIN; BIBLIO, 2004, p. 09-10).

Os autores acima defendem que a ênfase nos procedimentos supera amplamente o pensar saúde, constatando-se que os gestores e os formadores em saúde não têm gerado

²⁶ Neste sentido, a Resolução CNE/CES N° 7, de 31 de abril de 2004 que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Educação Física, trazem em seu interior alterações significativas com vistas a promover mudanças curriculares na graduação (bacharelado) rumo à legitimação da área. Sobre essas mudanças cabe ressaltar que foram fruto dos debates produzidos por diversos agentes sociais dentro do campo da educação física, muitas vezes marcados por princípios diversos e de vieses epistemológicos contraditórios, dentre eles os profissionais, entidades formadoras, entidades de classe, entre outros.

²⁷ Para aproximar os currículos de graduação das especificidades das comunidades locais, foi lançado pelo Ministério da Saúde o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) que amplia o projeto inicial de implementação das DCNs nos cursos de medicina - Programa de incentivo às mudanças curriculares para as Escolas Médicas (PROMED) - passando a englobar também a enfermagem e odontologia. A ação focada nestas três áreas da formação em saúde destina-se a suprir uma enorme demanda imediata por profissionais capacitados a atuar no Programa Saúde da Família (PSF), já que as equipes do PSF são formadas por médicos, enfermeiros e dentistas, além dos agentes comunitários de saúde (ACSSs) (PORTAL DO SUS, BRASIL).

suficiente contato dos acadêmicos das áreas com o SUS e nem assegurado a eles o conhecimento em saúde coletiva e a necessária familiaridade para que se componha como núcleo de práticas de cada profissão. Trata-se de um paradoxo, no qual a realidade de saúde e os recursos fundamentais de atuação no SUS permanecem desconhecidos dos estudantes. (CECIN; BIBLIO, 2004, p. 09-10).

Outra Importante ação realizada pelo Governo Federal como mais uma das estratégias para induzir mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde foi a criação do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde/SF) através da portaria interministerial número 421/MS/MEC de 03 de março de 2010. O programa também visa “fomentar o processo de integração ensino-serviço-comunidade e a capacitação pedagógica para os profissionais que desempenham atividades na área de Atenção Básica em Saúde da Família possam orientar estudantes em fase de graduação, tendo o serviço público de saúde como cenário de prática”. É importante ressaltar que o Pet-Saúde organiza-se através de grupos com tutorias (professores das universidades), preceptoria (trabalhadores do campo da Saúde Pública) e monitoria estudantil (estudantes de graduação).

Todas estas iniciativas do Estado brasileiro visam criar mudanças nas estruturas dos cursos da grande área da saúde, no que se refere ao processo de formação. Visam diminuir a lógica do foco na doença e passar o foco para a lógica da saúde. Neste sentido Rocha e Senturião (2007, p. 21-22), ao discutirem estas lógicas de formação em saúde, apontam como características da formação na lógica da doença a centralidade está em abordar o estudo: dos órgãos; sistemas orgânicos; sinais; sintomas; sequelas; medicalização; ambiente hospitalar. E a lógica da saúde centralizaria estudos e intervenções focadas nas: sensações, percepções, movimentos e cultura; ações; funções; expressões; autonomia e espaço social/espço de vida.

Assim, em resumo, há similaridade nas percepções dos Gestores, POAS e PEF sobre a formação inicial da EF. A partir da análise das entrevistas dos Gestores também existiram críticas à formação inicial, mas não somente na EF e sim em todas as áreas profissionais da saúde. Para eles a formação tem sido muito focada no empreendedorismo mercadológico da academia/musculação e trabalho personalizado e menos para as necessidades dos serviços públicos. Sobre estes aspectos, entendemos que há aí um modismo reforçado por um movimento hegemônico que envolve diferentes agentes do campo da EF.

Contribui com essa discussão Molina Neto (2014)²⁸. Ao refletir sobre o processo formativo dos PEF no Brasil. Argumenta existir, infelizmente, muitas influencias na formação em nível de graduação. Profissionais, instituições e outros organismos, provocam a internacionalização da mesma. Aponta, como consequências deste processo, a exacerbação do “produtivismo” acadêmico, os modismos curriculares ligados à empregabilidade, o “empeendedorismos” e a aceleração, quantificação e “latização da formação”. Para ele a formação tem perdido elementos fundamentais para os PEF lidarem com a cultura corporal em contextos de ensino aprendizagem diversos. Aqui incluímos o campo da Saúde Pública como um contexto que a EF tem preocupado pouco no meio acadêmico, na produção científica e na intervenção do profissional liberal.

Molina Neto (2014) acrescenta que a formação deveria ser revista buscando privilegiar a reflexão sobre a experiência, os planos da autonomia dos acadêmicos, a problematização como centralidade metodológica, a qualidade dos conteúdos e a consideração das demandas sociais, comunitárias e dos contextos locais e, por fim, as diversidades culturais.

Analizamos que os agentes avaliaram a formação continuada dos PEF como importante. Considerando a o ponto de vista da mudança do modelo de atenção (centrado na doença) para ocuparem-se mais com atividades de promoção e prevenção da saúde dos usuários. Também fizeram referencias a necessidade de aprofundar em temas da Saúde Pública e da Saúde Coletiva. O diferencial estaria na indicação de estudos relacionados à participação social, ou seja, focar também a atuação no conselho local de saúde.

Embora evidenciem várias críticas a formação clinica e não ampliada tiveram dificuldades de indicação dos conteúdos, disciplinas e conhecimentos utilizados na formação do PEF. Os conhecimentos biofisiológicos foram indicados vem demonstrando uma divergência entre ampliação e restrição de conhecimentos.

Enfim, defendem a necessidade dos estagiários conhecerem o serviço e proporcionar aproximação da universidade para com o serviço, aproximação, a comunidade e o território.

6.6 PERCEPÇÕES E EVIDÊNCIAS DOS AGENTES SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO²⁹

²⁸ Conferencia realizada na Faculdade de Educação Física e Dança (FEFD) da UFG no “I Seminário Internacional: formação profissional no campo da Educação Física em e Semana Científica da FEFD – UFG”, de 05 a 07 de novembro de 2014.

²⁹ Nesta parte do trabalho optamos por analisar a visão conjunta dos PEF, POAS e Gestores. Isto em virtude de temos como finalidade uma análise da organização do trabalho a partir do olhar multiprofissional. Também em virtude de ter aparecido pouco material sobre esta temática nas entrevistas.

A partir destas discussões apresentadas nos itens anteriores reconhecemos, nas entrevistas dos agentes do campo da Saúde Pública, dois olhares quanto à organização do trabalho nos serviços de saúde pesquisados. Um centrado na defesa do trabalho em ações conjuntas/coletivas ou multiprofissional e ou interdisciplinar/transdisciplinar e outro no trabalho assistencialista voltado para a cura das doenças já instaladas nos usuários.

Precisamos destacar que, parece não haver clareza sobre as definições destes construtos. Geralmente são apresentados como vertentes paradigmáticas do trabalho em saúde. Tal discussão demonstra, interfere e reflete o processo de legitimação da EF neste campo. Os agentes, portanto, reconhecem que estes modelos de atuação trazem consequências na organização do serviço de saúde, independentemente da especificidade ser urgência/emergência no CAIS, Atenção Básica (Centro de Saúde), Saúde Mental (CAPS) ou administrativa (DS).

Um primeiro grupo de PEF defende que o trabalho na Saúde Pública é multiprofissional, com planejamento conjunto entre os profissionais de categorias diferentes. A título de exemplo, o discurso do PEF 1 aponta que o trabalho multiprofissional seria: *“casar as duas disciplinas Educação Física e Psicologia e planejar esse projeto [...] e criar em conjunto, [...] não é chegar e falar de Educação Física e falar da psicologia”* (profissional de Educação Física (1), 02/10/2013).

A interação profissional proposta acima, a nosso ver, não determina claramente se seria interdisciplinar ou multiprofissional. Ampliando a suas reflexões o PEF 1 argumenta que a centralidade do trabalho na Saúde Pública estaria: *“no curativo e o assistencialismo em contradição com a prevenção e promoção da saúde [...] a especificidade do profissional tem que ser respeitada”* (profissional de Educação Física (1), 02/10/2013).

A sua defesa é de que a “especificidade do profissional tem que ser respeitada” independente do modelo de Atenção à Saúde da unidade. Diversos PEF reforçam esta ideia e apontam uma confusão entre trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Geralmente vistos como contrários a organização do trabalho centrado nas especificidades de cada profissão, especialmente citam a EF.

Percebemos desdobramentos desta confusão, geralmente, causando angustias no PEF 4 quando teria que decidir que conhecimentos e ações seriam desenvolvidas na equipe. Já o PEF 9 apresenta dificuldades de entendimento do trabalho visando a saúde ampliada em contraste com o respeito às especificidades da área de EF. Para ele há a necessidade de tratar das especificidades da EF mesmo trabalhando multiprofissionalmente, a partir da estruturação do serviço numa concepção ampliada de saúde. Demonstra confusão com o termo

interdisciplinar. Utiliza-o como sinônimo de multiprofissional. Assume que seria possível com uma prática fundamentada, dentro das equipes interdisciplinares, não perder de vista as especificidades da profissão.

Nas práticas corporais que entendo ser a especificidade da Educação Física na Saúde Pública. Mesmo assim não tenho muita certeza de que o trabalho deve seguir esta lógica da especificidade, mas vivo uma angústia que é esta de conflitos entre o que é específico e o que é multiprofissional ou interdisciplinar. Sei que procuro fazer as duas coisas onde trabalho (profissional de Educação Física (4), 18/12/2013).

[...] o campo de intervenção amplia e favorece essa discussão de promoção da saúde para a nossa área de Educação Física e no trabalho multiprofissional [...]. O que eu tentei fazer no serviço foi construir uma prática que fundamentasse a Educação Física dentro das equipes interdisciplinares [...]. Você está num serviço que pensa a partir de uma concepção ampliada de saúde que pensa e tenta de maneira concreta fazer acontecer entre a interdisciplinaridade, mas acaba que por outro lado também o profissional tem que ficar pensando no aspecto específico de sua área (profissional de Educação Física (9), 27/03/2014).

Por outro lado, o PEF 7 aumenta as contradições e a complexidade deste tema. Argumenta não ser possível, nos CAPS, fazer o trabalho específico da EF em virtude da organização em equipe. Aponta ser o trabalho nesta instituição realizado de forma transdisciplinar. Em sua visão este constructo indicaria a necessidade de valorização e domínio do conhecimento dos outros profissionais e uma “certa mistura” dos fazeres e conhecimentos em virtude das exigências imediatas que os transtornos e sofrimentos mentais provocam nos usuários.

Olha, eu acho que se o profissional de EF chega no CAPS com a ideia só do fazer da EF [expertise] ele tem problema, [...] tem que entender que vai trabalhar no CAPS em equipe e que quase sempre você atua não como educador físico [...] que eu odeio esse nome [...]. É a tal transdisciplinaridade é valorizar o conhecimento do outro, e não quer dizer que eu [...] faça, às vezes, a prática do psicólogo, do serviço social, chega uma pessoa que não tem onde dormir, não tem o profissional da Assistência social eu preciso resolver e se for esperar que uma profissional de Assistência social chegue o usuário vai para rua e mata ou morre. (profissional de Educação Física (7), 02/04/2014).

O PEF 5 acrescenta que todo profissional da saúde tem que ser um pouco de tudo e precisa levar em consideração no seu trabalho as dimensões sociais, econômicas e culturais dos usuários.

Na Saúde Pública eu acho isso espinhoso isso aí, porque a organização do trabalho se esbarra na técnica do trabalho interdisciplinar e multiprofissional, então nós mesmos falamos que eu ou outro profissional sou um pouco psicólogo um pouco assistente social, enfermeiro, Educação Física, de certa forma eu sou um pouco psicólogo, tem sabe um pouco de tudo, tem que estar estudando e entender os aspectos sociais, econômicos, culturais que levaram o usuário a aquela situação, então é muito difícil

que no espaço multidisciplinar dizer o que é disso ou daquilo [de que profissões] (profissional de Educação Física (5), 15/04/2014).

Os PEF, em geral, ratificam os conflitos e contradições entre o que seria específico e o que é multiprofissional, interdisciplinar ou transdisciplinar na atuação profissional. Alegam que o trabalho interdisciplinar ou multiprofissional seria muito difícil dizer o que é de uma ou outra profissão. Declaram haver mistura dos conhecimentos e fazeres no trabalho coletivo. Nesta discussão, aparece a transdisciplinaridade como o ato de valorizar o conhecimento do outro no trabalho em equipe.

O PEF 2, ao contrário, defende a ideia de “separação” ao colocar que o trabalho da Educação Física seria realizado em ações conjuntas direcionadas aos hábitos saudáveis. Este, por sua vez, entende que seria preciso separar as atividades multiprofissionais das específicas da profissão, mas com planejamento e projetos em conjuntos sem perder de vista a interdisciplinaridade na organização do trabalho. Há em sua fala uma confusão quanto aos conceitos que fundamentam estes constructos analisados.

*O importante é trabalhar numa perspectiva interdisciplinar para não ocorrer uma atividade fragmentada [...]. Não é tal dia você faz no outro eu faço, a equipe trabalha em conjunto. Como acabei de falar para você, **um apoia o outro, com planejamento em conjunto, projetos em conjunto.** Também tem o trabalho multiprofissional que lhe falei, ou seja, os profissionais da Saúde Pública tem que ter **uma intervenção multiprofissional em atividades em grupo e atividades específicas de sua área.** (profissional de Educação Física (2), 01/12/2013).*

O PEF 3 lembra que existe um discursos dos trabalhadores da Saúde Pública fundamentado no coletivo, mas “*o assistencialismo está muito presente mesmo sendo o discurso muito voltado para evitar essa prática*”. Faz alusão aos paradigmas da saúde mental do “convívio social” e do “institucionalizado” com “*divergências teóricas profundas*” do campo de intervenção. Em sua visão: “*o coordenador técnico tem papel fundamental para aparar os discursos e ideias*” (profissional de Educação Física (3), 27/02/2014).

Os POAS, da mesma forma que os PEF, apresentaram percepções também confusas e contraditórias sobre a organização do trabalho no campo da Saúde Pública. Entendem que o avanço das Políticas Nacionais de Saúde tem apontado para o trabalho multidisciplinar, interdisciplinar ou transdisciplinar.

Os POAS 3 e 4 fazem menção a esses constructos ao afirmaram que o trabalho nas ações devem ser “conjuntas”, “diluídas”. Para eles cada profissional deveria colocar seu olhar sobre a atividade considerando o problema de saúde do usuário ou do projeto terapêutico no momento da atuação.

*[...] então bem! Essa junção mesmo! Assim, a Educação Física fica às vezes **muito presa ao resultado** também não sei, porque como a gente trabalha juntos a gente tenta **fazer essa junção o tempo todo** (profissional psicologia (3), 08/05/2014).*

*É o trabalho no CAPS **está diluído na equipe**. [...]. Eu percebo que depende muito de profissional para profissional, **muitos não tem problemas de fazer este trabalho até transdisciplinar** e consegue uma atividade proposta e conseguem colocar ali o seu olhar o seu saber e tudo que envolve esse olhar profissional e tem outros que tem mais dificuldade [...] (profissional assistência social (4), 29/04/2014)*

O POAS 1 diz que os profissionais devem sair de suas especificidades e corporativismos para não dificultar o trabalho multiprofissional:

*Então a Educação Física é muito importante no trabalho multiprofissional e o saber de uma profissão vai permeando no outro [...]. O profissional de Educação Física precisa **sair dessa gavetinha** que é a profissão dele e **se abrir para o serviço** [...] algumas profissões são muito **corporativistas e dificulta o trabalho multiprofissional** (profissional psicologia (1), 29/04/2014).*

Ao analisarmos os recortes das entrevistas dos POAS (acima) percebemos a ênfase dada à necessidade de combater o corporativismo e o individualismo profissional. Estes, em sua visão, seriam muito fortes na Saúde Pública o que dificultaria os avanços nas propostas de trabalho multiprofissional e interdisciplinares. Apontam que, mesmo tendo que preocupar-se em gerar resolutividade no cuidado em saúde, seria preciso não perderem de vista a interdependência entre as profissões.

O POAS 7, por sua vez, alerta ser o trabalho multiprofissional não para todos os profissionais, mas para aqueles que se desafiam em contribuir com a ESF. Alega ter muito espaço fora desta área para os “individualistas” que não enxergam a importância ter trabalho multiprofissional. Para ele, este vem em contraponto ao individual/assistencial e baseado no modelo médico centrado ou da intervenção somente na cura da doença já instalada.

*[...] eu acho que os profissionais que não ficaram na ESF precisaram migrar para os CAIS onde tem as especialidades, **aqueles que não conseguem trabalhar em equipe e não tem uma visão multiprofissional continua tendo o espaço dele fora da ESF**. (profissional enfermagem (7), 08/05/2014)*

De forma a reafirmar os discursos dos PEF e POAS, os Gestores centraram seus discurso na necessidade das profissões somarem-se “à outras profissões para desenvolver o trabalho” [...] (Gestor (1), administração, 23/05/2014); Ou “Misturando o seu saber com o de todos profissionais e assim, integrado às equipes da unidade” (Gestor (2), psicologia, 28/04/2014).

O gestor 3 critica o trabalho no CAIS em que:

“Fica cada qual no seu consultório, faz o seu trabalho e vai embora. Tem que estar estreitando mais esses laços entre esses profissionais para ficar aquele trabalho mais multidisciplinar, trabalho em equipe. [...] Realmente o trabalho na saúde mental, em equipe, é muito melhor, acontece muito melhor do que nos Cais. (Gestor (3), enfermagem, 07/05/2014).

Em resumo, a partir da análise dos elementos levantados neste subitem, encontramos um conflito na percepção da forma de organização do trabalho nas unidades. Há agentes defendendo e fundamentando que as ações devem ser estruturadas a partir das perspectivas multi, inter ou transdisciplinar. Parecer não haver consenso sobre os conceitos destes constructos e nem de seus desdobramentos metodológicos.

6.6.1 Sínteses da percepção dos agentes sobre as formas de organização do trabalho

Na percepção dos agentes sobre a organização do trabalho, como vimos, aparecem discursos voltados para ações entre as profissões em conjunto, coletivas, misturadas.

Estes discursos parecem estruturados e surgem, com frequência, nas indicações dos agentes quando suscitam as necessidades e as dificuldades em diminuir, afastarem e desvencilharem do trabalho individualizado ou personificado. Ou seja, combater as metodologias do trabalho centrado no assistencialismo e na cura dos usuários.

Avaliamos estas percepções como avanços significativos no modelo de atenção, mas estas perspectivas, para eles, são ainda muito difíceis de serem colocadas em prática, pois o modelo anterior e tradicional é forte e determinante.

Afastar do modelo biomédico de atenção à saúde é, historicamente, um desafio para os profissionais. Feuerwerker (2005), por exemplo, discutiu a configuração do campo da Saúde Pública analisando as transformações das práticas de saúde e do modelo tecnoassistencial no SUS. Apontou que, na maioria das vezes, ele se parece com um “sistema de consumo”. Segundo o autor, para mudar esta realidade a atenção à saúde deveria enfrentar os determinantes sociais do processo saúde-doença, visando atender as reais necessidades dos usuários, com ousadia no campo da política.

Este projeto implicaria em três aspectos fundamentais: necessária coerência entre os meios e os princípios (o que exigiria descentralização e o respeito à autonomia de diferentes esferas de gestão); ampliação da liberdade para criação de diferentes arranjos tecnoassistenciais locais e regionais e; a construção de estratégias políticas inovadoras para

ampliar o contato entre usuários e trabalhadores de saúde na reorganização dos processos de trabalho e na instituição de gestão democrática.

Vicente (2011) corrobora para esta discussão. Em sua dissertação de mestrado aponta também os desejos dos profissionais em mudar o paradigma centrado no modelo biomédico para o da interdisciplinaridade e da integralidade do cuidado:

O trabalho de campo junto destes profissionais de saúde permitiu-me observar que a qualificação do enfermeiro, o seu saber e o seu fazer têm corroborado para que ocorra mudança de paradigma, para que se saia do paradigma do modelo biomédico e se passe para o paradigma da interdisciplinaridade e integralidade do cuidar/cuidado. Esta tentativa de mudança de paradigma tem sido motivo de conflitos, de lutas de força, por legitimidade no campo da saúde. Estas práticas conflituosas justificam a contestação por parte da comunidade de médicos em relação ao espaço socioprofissional ocupado pelo enfermeiro, o qual se encontra descrito no processo de enfermagem e garantido por lei no seu código de ética (VICENTE, 2011, p. 52).

Sobre este assunto, em seus trabalhos, Canguilhem (2005) analisa questões relacionadas à pedagogia da cura. Apresenta ideias possíveis de se correlacionarem com estas percepções dos agentes sobre a organização do trabalho. Para o autor, o grande problema e contradição do campo da saúde é que, houve a incorporação de que a “cura” representa para o doente o que a “medicina lhe deve” e para a maioria dos médicos representa o tratamento mais eficiente do ponto de vista científico, ou seja, estudado, experimentado e testado. Visões conflitantes, portanto.

Canguilhem (2005) diz que o mais importante no tratamento estruturado a partir deste paradigma seria menos o medicamento ou a prescrição e mais a forma com que é aplicado ou dado o remédio/cura. Cita o placebo com exemplo desta afirmação.

Ponderamos que, mesmo não havendo consenso sobre os aspectos teórico-metodológicos das intervenções (formas de aplicar os conhecimentos em ações nas unidades em que pesquisamos) há muito mais defesas dos avanços provocados com a organização do trabalho das profissões no coletivo do que no individual, inclusive a partir das PNS.

Sob a perspectiva da sociologia das profissões, os saberes profissionais e suas especificidades (expertise) levam à autonomia profissional, em virtude da existência de saberes próprios às profissões que remetem à epistemologia do campo, bem como seus desdobramentos no trabalho especializado, institucionalizado e consagrado (FREIDSON, 1996). A par destas reflexões, entendemos que estes avanços encontrados na percepção dos agentes e nos documentos legais da PNS demonstram a relação entre o individual (específico da profissão) com o coletivo (fazeres interprofissionais). Assim, podemos inferir que o trabalho no SUS, seja qual for o nível de atenção à saúde exigiria o trabalho em equipe, o

exercício do compartilhamento entre os saberes e práticas, além das especificidades clínicas que os agentes tanto “abominam” quando se fala na intervenção com os usuários.

Corroborando com estas discussões, Ferreira (2009) defende que o trabalho em equipe exige uma construção coletiva das ações em saúde. E nele, as dificuldades estão sempre presentes e precisam ser superadas. Desta forma, confiança, solidariedade e cooperação são fundamentais para a construção do trabalho centrado na abordagem da saúde ampliada, considerando os condicionantes socioeconômicos e culturais dos usuários.

Sobre este aspecto as percepções dos agentes corroboram com as ideias de Merhy e Franco (2005). Para estes, o trabalho em saúde deve pautar-se pelo seu significado simbólico. O qual carregaria a finalidade de produzir e potencializar a vida do sujeito que está sendo cuidado.

[...] deve pautar-se pelo ‘referente simbólico’: ato de cuidar da vida, em geral, e do outro, como se isso fosse de fato a alma da produção da saúde. E, assim, tomar como seu objeto central o mundo das necessidades de saúde dos usuários individuais e coletivos, expressos como demandas pelas ações de cuidado. Em última instância, a finalidade que advogamos para as práticas de saúde é a de visar à produção social da vida e defendê-la (MERHY E FRANCO, 2005, 281-282)

Também não percebemos clareza no entendimento da estruturação do trabalho considerando a multiprofissionalidade/interprofissionalidade, a interdisciplinaridade e ou a transdisciplinaridade.

Os agentes têm visões e desejos avançados quanto a efetivação da estrutura do trabalho nas perspectivas acima. Contudo, para a maioria deles, as profissões deveriam inevitavelmente deixar de lado seus conteúdos, conhecimentos, habilidades, específicas.

Sobre esta importante questão, diferentes autores e campos do conhecimento tem se debruçado sobre a complexidade da organização do trabalho a partir da multi, inter e transdisciplinaridade. Em sua maioria, apontam divergências nas definições que foram historicamente construídas, conseqüentemente, também, na estruturação da organização do trabalho em saúde.

Ferreira (2009) confirma esta constatação ao afirmar que, no âmbito do trabalho em saúde, há vários tipos de arranjos multi, inter ou trans disciplinares e profissionais. Então, percebe-se uma confusão no uso dos termos e conceitos pelos profissionais, o que revela princípios epistemológicos e teóricos diversos (FERREIRA, 2009).

Visando elucidar melhor as percepções dos agentes e suas reflexões quanto à organização do trabalho, trouxemos um resgate de conceitos e implicações destes constructos.

A interdisciplinaridade não pressupõe o desaparecimento da disciplinaridade e das especificidades de cada profissão (inclusive na organização do trabalho em saúde) como apontaram parte dos agentes. Segundo Gomes (1994), o desafio interdisciplinar pressupõe uma perspectiva de diálogo e interação das disciplinas. Estas interações precisam ir além das tentativas multidisciplinares que apenas produzem conhecimentos justapostos em torno de um mesmo problema, em que cada profissão define e contribui com seu ponto de vista.

Na interdisciplinaridade, para o autor acima, ao se aplicar a produção da ciência no cotidiano humano, usando o conhecimento teórico na prática, cada uma das disciplinas envolvidas sairia enriquecida no que se refere ao método e nas perspectivas de intervenção. Nas atividades interprofissionais definidas como interdisciplinares em saúde não seria diferente.

Para Leff (2011) a interdisciplinaridade implicaria, além das interrelações profissionais processos, conhecimentos, intervenções práticas, instituições e. sobretudo projeto:

“um processo de inter-relação de processos, conhecimentos e práticas que transborda e transcende o campo da pesquisa e do ensino no que se refere estritamente às disciplinas científicas e a suas possíveis articulações. Dessa maneira, o termo interdisciplinaridade vem sendo usado como sinônimo e metáfora de toda interconexão e “colaboração” entre diversos campos do conhecimento e do saber dentro de projetos que envolvem tanto as diferentes disciplinas acadêmicas, como as práticas não científicas que incluem as instituições e atores sociais diversos” (LEFF, 2011, p. 311).

Desta forma, a organizar o trabalho em saúde na perspectiva interdisciplinar, defendida pelos agentes dos campos investigados, implicaria em definições de objetos comuns nos projetos terapêuticos individuais ou coletivos, os quais seriam construídos a partir das expertises das profissões. Como consequência organização de momentos de planejamento interprofissões visando diagnosticar, definir ações, realizar o trabalho, avaliar o mesmo visando retroalimentar o próprio trabalho coletivo. Este planejamento coletivo pressupõe organização estratégica de cada unidade para esse fim. Quanto a esta questão, precisamos deixar claro que os momentos de planejamento observados em campo, bem como as percepções dos agentes capturadas nas entrevistas, demonstram não haver espaço e organização das equipes no sentido de realizarem estas tarefas estrategicamente necessárias.

Ainda analisando a questão interdisciplinar trazemos Mendes, Lewgoy e Silveira (2008, p. 31), para os autores o trabalho em saúde não pode abrir mão da necessidade da preservação das especificidades de cada disciplina/profissão e seus conhecimentos. Argumentam que as especificidades alimentam a interdisciplinaridade. Ampliando:

“[...] o avanço da ciência e da tecnologia tem como subproduto a exigência da especialização dos conhecimentos. As disciplinas e as especializações é que alimentam a interdisciplinaridade. A interdisciplinaridade se efetiva na medida em que os conhecimentos específicos de cada área se mantêm. Quando isso não ocorre, há o risco de mimetização entre as disciplinas. A articulação dos diferentes saberes é que produzirá um novo conhecimento. A interdisciplinaridade só se efetiva pelo movimento dialético, numa espiral infinita. A totalidade não é igual à soma das partes (MENDES, LEWGOY E SILVEIRA, 2008, p. 31)”.

Como vimos, há uma tendência dos agentes em indicar a necessidade de abrirem mão de suas expertises para que o trabalho com o usuário se paute na interdisciplinaridade. Esta percepção aproxima-se dos estudos de Leff (2011) que define interdisciplinaridade como processo produtor de novos conhecimentos, ou seja, através da intervenção de diversas disciplinas, “funda” ou “refunda” um objeto de conhecimento. Mas, este conhecimento só seria possível de ser gerado a partir da interrelação entre os saberes disciplinares das profissões. Assim sendo, só existiria o produto final interdisciplinar para o tratamento dos usuários dos serviços de saúde se e somente se as profissões se interconectarem seus saberes.

Os agentes também perceberam a necessidade e os desafios da transdisciplinaridade ao tratarem da organização do trabalho. As percepções dos agentes aparecem como o ato de valorizar o conhecimento do outro no “trabalho em equipe”. Ao mesmo tempo, dizem não se tratar de “assumir” as tarefas dos outros profissionais e sim “agir coletivamente” para resolver um problema do usuário do SUS.

Martinez (2014) também encontrou discursos semelhantes ao que indicamos acima. Após analisar o as contribuições do trabalho do professor de Educação Física na estruturação e organização dos NAFs em Goiânia. Para a autora:

“A maioria dos profissionais do NASF apresenta uma concepção eclética de interdisciplinaridade como negação das especialidades, em uma perspectiva de indiferenciação e dissolução das fronteiras profissionais. Contudo, a reflexão sobre o lugar da especialidade no trabalho interdisciplinar já se anunciou ao NASF, apontando uma possibilidade de construção da interdisciplinaridade a partir de outras referências (MARTINEZ, 2014, p. 253-254)”.

Vejamos a visão de Coimbra sobre a transdisciplinaridade:

[...] o que dá um passo além da interdisciplinaridade no tratamento teórico de um tema ou objeto. Seria como um salto de qualidade, uma auto-superação científica, técnica e humanística capaz de incorporar à própria formação, em grau elevado, quantitativa e qualitativamente, conhecimentos e saber diferenciados. Mas há que ser um processo ordenado, quase sempre longo, que resulte numa síntese harmoniosa, abrangente e multifacetada. A transdisciplinaridade decorre de uma assimilação progressiva de outros saberes que venha a constituir um como software incorporado, qual segunda natureza,

no conhecimento e na análise de uma problemática [...] de modo a possibilitar uma síntese holística ou uma cosmovisão de fato abrangente (COIMBRA, 2000, p. 58).

Para Paim (2005, p. 40) a transdisciplinaridade envolve relação de poder com tendência de horizontalização, finalidades comuns e objetivos diversificados. Enfim, para o autor, quando as profissões se propõem há trabalhar transdisciplinarmente haveria a criação de um novo campo.

“[...] de acordo com o esquema Jantsch-Vasconcelos-Bibeau, trata-se do efeito de uma integração das disciplinas de um campo particular sobre a base de uma axiomática geral compartilhada. Baseada em um sistema de vários níveis e com objetivos diversificados, sua coordenação é assegurada por referência a uma finalidade comum, com tendência à horizontalização das relações de poder. Implica criação de um campo novo que idealmente desenvolverá uma autonomia teórica e metodológica perante as disciplinas que o compõem (PAIM, 2005, p. 40).

Como analisamos anteriormente, a interdisciplinaridade não pressupõe a formação de um novo campo com autonomia teórica e metodológica. Talvez, esta seja a diferença mais significativa entre ela e a transdisciplinaridade.

Somando a esta questão trouxemos as contribuições de Silva (2000). O autor discute estes constructos a partir da noção de paradigmas e seus desdobramentos na linguagem, entendimentos, saberes, conhecimentos, entre outros. Ele contribui para diferenciar estes modos de ver as formas de intervenção no trabalho em saúde, seus saberes, conhecimentos e relações entre as profissões. Todos estes aspectos numa visão epistemológica da aplicabilidade na prática. Em suma, para o autor, existem aspectos fundamentais envolvidos no acontecer/aplicar o paradigma transdisciplinar, entre eles, destaca o sujeito transdisciplinar, o objeto transdisciplinar e a realidade transdisciplinar.

Segundo Silva (2000) o sujeito torna-se um sujeito transdisciplinar quando consegue: “identificar sua pertinência disciplinar específica e construir sua inserção no espaço de não resistência com os demais pesquisadores, e transitar sem resistência pelas demais pertinências oriundas das outras disciplinas”. No objeto transdisciplinar: pressupõe o reconhecimento sem resistência da dimensão de realidade (ontológica e complexa) percebida pela competência do universo disciplinar, ou seja, na construção da ideia de objeto transdisciplinar a realidade “não é possível de ser captada de forma unidimensional e unireferencial”. Completa sua análise dizendo defendendo a necessidade do “desapego do sujeito de todas as formas de visões fundamentalistas de mundo, sem necessariamente desacreditá-las” (SILVA, 2000, p. 83-85).

A realidade transdisciplinar dá equilíbrio e consistência à transdisciplinaridade. Seria a junção do sujeito e objeto vistos acima, considerando a dimensão da experiência vivida.

Nestas experiências inclui a necessidade da “atitude transdisciplinar” para utilizar uma metodologia transdisciplinar. Esta envolve três características: o rigor, a abertura e a tolerância. Em resumo, o rigor a linguagem é o elemento mediador do diálogo entre os saberes e qualifica as relações. A abertura significa considerar as possibilidades inesperadas na construção dos conhecimentos nas zonas de resistências que envolvem os sujeitos e o objeto. A tolerância significa a aceitação das posições contrárias e que estas podem potencializar as ideias, saberes e conhecimentos (SILVA, 2000, p. 85).

Desta foram, inferimos que no trabalho multi, inter ou transdisciplinar não há a necessidade das profissões abrirem mão de suas especificidades, saberes, técnicas, metodologias (como vimos nas percepções dos agentes pesquisados) e sim colocá-las a serviço da interação com outros conhecimentos e expertises das outras profissões, na tentativa de elucidar, compreender e resolver problemas da saúde dos usuários, a partir de uma abordagem ampliada da saúde.

Em fim, as mudanças no modelo de atenção à saúde, assumidos pelas unidades apresentadas e apontada pela maioria dos agentes, pressupõem, sobretudo, formação continuada. Esta, no sentido de permitir aos agentes discutir e problematizar os conceitos de cura, medicalização, modelo biomédico, trabalho multi, inter, transdisciplinar. Cosntructos pouco claros e consolidados na percepção dos agentes. Bem como outros conceitos e formas de planejar a organização dos serviços, em busca de avanços paulatinos nas ações dos agentes das unidades pesquisadas.

6.7 EVIDÊNCIAS, PERCEPÇÕES E DESDOBRAMENTOS SOBRE AS RELAÇÕES PROFISSIONAIS, CONFLITOS E DISPUTAS NO CAMPO

Neste item discutimos as relações profissionais entre os agentes no campo pesquisado. Percebemos que as evidencias, percepções e desdobramentos destas relações se dão em virtude de questões estruturais e organizacionais das unidades, pelo tempo de casa dos agentes e os jogos de interesses profissionais (geralmente corporativistas e individualistas por profissão), por estratégias de ocupação do espaço no campo. Por último, vimos dificuldades nas relações em virtude dos confrontos provocados pelas divergências teóricas e práticas envolvem a atenção à saúde.

Em resumo, embora amistosas, muitas vezes encobrem conflitos de inserção, aceitação e institucionalização. As percepções dos PEF apontam que as relações variam entre positivas e negativas, e para divergências. Assim, deve-se ter muito cuidado e atenção com as relações,

pois podem causar complicações e dificuldades entre as profissões e os diferentes saberes, além de, muitas vezes, envolverem antes relações de poder do que relações de cuidado com a saúde.

6.7.1. Evidências e percepções dos PEF sobre as relações profissionais, as lutas e as disputas no campo

Sobre a temática “relações profissionais” os PEF afirmaram haver disputas, conflitos e divergências por prioridades, espaços e materiais, além de discrepâncias de tratamento quanto aos salários, vagas para concurso, vagas para cursos **de especialização**. Por estes motivos, os PEF claramente percebem a menor importância relativa do profissional de Educação Física no campo da Saúde Pública.

O PEF 1 (02/10/2013) diz que a situação das prioridades é *“um jogo de interesse político efetivo”*, o que se confirma com o fragmento da entrevista do PEF 2 (01/12/2013): *“para as outras profissões não falta os materiais básicos, para o médico, para a enfermagem tem quase tudo, já para a Educação Física não é prioridade*. O PEF 6 espera há 4 anos ser “apresentado e incluído” formalmente na equipe de trabalho o que, segundo ele, demonstra o descumprimento do Regulamento Geral da SMS: *“Não foi feita reunião para socializar não [...] Antes de iniciar os trabalhos tem que haver um curso e uma reunião de inclusão, de preparação e eu estou esperando há quase 4 anos*. (profissional de Educação Física (6), 27/03/2014).

Noutra linha, o PEF 6 (27/03/2014) alega que as atividades da Educação Física, de forma recorrente, tem sido dispensadas por serem realizadas no auditório da unidade de saúde de diferentes agentes, o que tem gerado indignação quanto ao descaso com os usuários e com a profissão “Educação Física”, os quais conseguem manter seus espaços com muita dificuldade e disputa.

[...] já teve uma vez que eu cheguei e o pessoal disse que eu não poderia utilizar o espaço. O mesmo seria dado para uma reunião e que eu poderia dispensar meus pacientes, ou seja, o usuário tinha menos prioridade do que a reunião e o pior a reunião nem era da unidade. Na época eu fiquei meio revoltado, mas me dispensaram das minhas atividades [...] dependendo das atividades eu tenho que deixar de dar aula, porque eu dava aula terça e quinta eu pedi para voltar para sexta já falaram você pode dar aula da sexta, mas se tiver algum evento lá você tem que dispensar seus alunos, complicado. Agora consegui com a nova gestão eu e a nutricionista dividimos esta sala, potencializa o trabalho você tem a possibilidade de guardar o material mas já é uma conquista um espaço específico para a Educação Física que ha algum tempo tentaram tirar e ai com algumas brigas internas eu consegui manter (profissional de Educação Física (6), 27/03/2014).

Igualmente, ele aponta as disputas entre as profissões por salas de atendimento, principalmente com outros profissionais como psicólogos, médicos e mesmo entre os da mesma área.

Outro ponto, a sala da psicologia aqui é a sala maior que tem, ela equivale a dois consultórios, pela falta de espaço já se ventilou a possibilidade de dividir, foi uma briga com o pessoal do distrito (DSL subsele) e os psicólogos, então tem uma briga dentro das unidades por espaço entre os profissionais. (profissional de Educação Física (6), 27/03/2014).

[...] solicitaram o espaço da minha sala. A direção tem a chave da minha sala, quando eu cheguei para atender tinha um médico na minha sala. Aqui a prioridade é uma só! A prioridade é médico, o que o médico fala a direção tende a aceitar. Existe também conflitos entre os próprios médicos. (profissional de Educação Física (6), 27/03/2014).

Os discursos dos PEF evidenciaram o fato de, a despeito de atribuições semelhantes no cuidado em saúde, os salários são diferentes. Em geral os dos PEF são mais baixos, especialmente comparados aos outros profissionais do mesmo nível hierárquico. Este fato tem gerado conflitos e descontentamentos profissionais: *“desempenhamos as mesmas atividades em campo, mas recebemos menos. Além das diferenças salariais que são históricas entre as diversas especialidades da saúde”* [...]. Estes rendimentos, por vezes, chegam a ser a metade dos outros profissionais da saúde, embora trabalhem na mesma equipe: *“trabalho numa equipe multiprofissional [...] eu ganho mais ou menos metade do salário deles”* (profissional de Educação Física (1), 02/10/2013).

O PEF 6 alega: *“quando eu entrei eu ganhava 1300 reais; a pessoa que entrava, por exemplo enfermeiro, assistente social, recebia o dobro do salário.* (profissional de Educação Física (6), 27/03/2014). Reforça os privilégios:

E isso é claro principalmente pelos médicos que fizeram uma obrigatoriedade de ser a única classe diferenciada no plano de cargos e salários, então a briga é contra os privilégios dos médicos. Há brigas entre as outras profissões, mas com a medicina é muito grande. (profissional de Educação Física (6), 27/03/2014).

As disparidades são comprovadas no plano de cargos, carreiras e vencimentos dos servidores do quadro permanente da função saúde da administração pública municipal de Goiânia – Lei Nº 8.916/2010. Nele os médicos com carga horária de 20 horas semanais percebem, inicialmente, um valor de R\$ 2.195,72. Todos os outros especialistas em saúde recebem R\$ 1.949,74 e trabalham 30 horas com exceção do Cirurgião Dentista que encontra-se no patamar dos médicos (GOIÂNIA, 2010).

Entendemos que a fala do PEF 7 denuncia as consequências geradas pelos privilégios de alguns profissionais. O PEF 7 apresenta um depoimento demonstrando a incorporação de

uma ideia histórica e culturalmente enraizada na sociedade e, no campo da saúde, não seria diferente.

É histórico e a gente começa até a enraizar isso sabe, como pessoa, a gente tem o médico como Deus, ele lida com a vida e com a morte então ele tem que saber mais do que eu. Isso é o que culturalmente a gente traz, de repente você sem perceber e sabe [...] eu não vou falar com ele não! Ele é médico [...]. Não vejo que os outros profissionais tem uma certa relação (profissional de Educação Física (7), 02/04/2014).

A este processo Bourdieu denomina “violência simbólica” ou consentimento do dominado.

Vimos no capítulo V que nas unidades de saúde o número de PEF é muito menor que os das outras profissões. Esta menor participação agrava-se com a esmagadora redução da participação relativa dos PEF também nas vagas ofertadas nos concursos públicos para a área da saúde. Os profissionais entrevistados refiram-se a este ponto:

[...] em todas as unidades tem psicólogos três, quatro, cinco, seis. Nutricionistas dois, três, médicos e enfermeiros e o professor de Educação Física não está (profissional de Educação Física (1), 02/10/2013).

Veja, mais ainda quanto às vagas que você falava para o concurso e as vagas na SMS. Hoje tem mais de 40 nutricionistas e somente 31 professores de Educação Física, imagina a quantidade de médicos e enfermeiros da SMS, estes não podem faltar. (profissional de Educação Física (2), 01/12/2013).

[...] se você contar hoje tem pelo menos umas oito, já demonstra a força e a influencia forte da psicologia aqui. De certa forma procede que a Educação Física ainda é um apêndice no trabalho (profissional de Educação Física (5), 15/04/2014)

Indagados sobre essa discrepância, buscaram em suas memórias vários motivos capaz de esclarecer esta disputa tão desigual no campo das profissões atuantes em Saúde Pública: desinteresse político com a Educação Física; prioridade aos médicos, enfermeiros e psicólogos; enfraquecimento das reivindicações; falta de planejamento racional e adequado, inexistência de análise das necessidades reais das unidades; baixa efetivação dos estagiários acadêmicos do curso de formação em Educação Física no campo.

Naturalmente, estas fragilidades organizacionais, administrativas, políticas têm, historicamente, comprometido a disseminação do potencial da EF em assumir maiores responsabilidades do trabalho no SUS. As falas a seguir detalham estas situações:

[...] abriu 5 vagas talvez seja os desinteresses políticos [...] porque dinheiro para contratar enfermeiro, médico sempre tem. Porque que só para o profissional de

Educação Física que é limitado, eu acho que é o desinteresse mesmo (profissional de Educação Física (1), 02/10/2013).

A falta de reconhecimento da importância do profissional ou algum tipo de economia que as pessoas que assumem a pasta da saúde ainda tentam fazer ou não percebem essa necessidade de colocar o profissional de Educação Física [...]. A própria Estratégia da Saúde da Família também já fez pedidos, mas até o momento eles não foram atendidos. O que a gente vê são os pedidos atendidos para médicos e enfermeiras, (profissional de Educação Física (2), 01/12/2013).

Essas cinco vagas foram por conta dos distritos. Dos sete distritos dois já tinha profissionais, essa é a lógica das cinco vagas. Foi pensado em professores de Educação Física neste contexto, este concurso não foi pensado para as equipes dos NASFs, não foi pensado para as novas unidades dos CAPs, nem para as outras unidades de saúde. Foi pensado especificamente para os DS, porém até hoje não foram convocados [...]. (profissional de Educação Física (2), 01/12/2013).

Se os novos profissionais não vierem com essa nova forma de atuação talvez diminua até as 5 vagas do concurso [...]. Também vai muito dessa formação de base, acadêmica, a abertura para o estágio como campo de atuação e que ele acadêmico vislumbrar o SUS como um campo importante de atuação. Porque se não assumirmos o SUS vamos ter vagas para médicos, enfermeiro, psicólogo, técnico de enfermagem, assistente social é o que o pessoal [gestores] acha que é necessário. (profissional de Educação Física (7), 02/04/2014).

Neste sentido, no edital nº 01 de 2006 da Secretaria Municipal de Administração e Recursos Humanos foi o primeiro em que configurou a presença de vagas voltadas para os PEF. Das 1794 vagas para a área da saúde 19 foram para a EF (GOIÂNIA, 2006).

No edital do concurso público nº 002/2012 as mais de 1200 vagas foram assim distribuídas: 05 para Educação Física, 477 para médicos, 107 para enfermagem, 26 para cirurgião dentista, 15 para farmacêutico, 8 para fisioterapia, 5 para Fonoaudiólogo, Músico Terapeuta 04, Nutricionista 05, Psicólogo 10, Químico 06, Terapeuta Ocupacional 02 e Veterinário 06 (GOIÂNIA, 2012).

Reforçando esta discussão, o PEF 2 (01/12/2013) diz que, além de estar lotado nas unidades de saúde do Distrito Sanitário Leste, desenvolve suas atividades profissionais na Divisão de Doenças Crônico-degenerativas da SMS (nível central de gestão). Participou da discussão da escolha e decisão da distribuição de vagas para a Educação Física do concurso de 2010. Segundo ele essa distribuição tinha como fim completar as cinco lotações de PEF nos Distritos Sanitários que não possuíam tais profissionais em seus quadros.

Soma-se a essas questões de concurso e lotação dos PEF uma enorme disparidade entre a quantidade de funcionários lotados nas unidades de saúde do DSL. A título de exemplo, dos 40 profissionais especialista em saúde do CAPS somente 06 são da EF. No Centro de Saúde são apenas 06 especialistas e 01 PEF que desloca-se do DS para a unidade. No CAIS dos 70 especialistas em saúde somente 01 é da EF.

Por outro lado, o tempo de serviço é outro diferencial nas condições de disputa de poder:

Olha esta é uma questão complexa, mas, por exemplo, depende do tempo que o profissional está na instituição de certa forma em qualquer lugar as pessoas se protegem, então assim eu não saberia citar neste momento. Acontece em todos os espaços, até mesmo aqui. Na escola [SME] os professores e diretores mais antigos tem um certo privilégio nas decisões e isto não é diferente na saúde. (profissional de Educação Física (5), 15/04/2014).

O PEF 8 (28/04/2014) indica algumas dificuldades relacionadas aos privilégios na formação continuada no campo que influenciam nas relações profissionais: [...] *tem um grupo aqui dos intelectuais, são os profissionais que vão para todas as palestras. Vai para Brasília e vai para São Paulo e a gente aqui carregando o piano* (profissional de Educação Física (8), 28/04/2014).

Médicos e diretores tem tido prioridades nas vagas para cursos de especialização proporcionados pela SMS. Há evidências de privilégios no cumprimento de horário, nas indicações de cargos de direção e coordenação, nos processos seletivos para cursar pós-graduação. Vejamos os trechos das entrevistas dos PEF (1 e 2):

[...] saiu uma especialização aqui na saúde, geralmente, o privilégio é mais para médico não gostam de fazer apesar de eles terem prioridade. Até mesmo no processo de seleção é a gente sai com uma pontuação bem mais baixa, por ser profissional de Educação Física (profissional de Educação Física (1), 02/10/2013).

Mas no que se refere à questão salarial e na gestão em que a maioria dos profissionais que assumem os cargos de diretoria são médicos e enfermeiras como havia lhe falado. (profissional de Educação Física (2), 01/12/2013).

Médicos e diretores também tem tido pontuação diferenciada nos critérios de escolha dos profissionais do serviço que participariam dos processos de escolha e seleção. Os editais da UFG para as vagas dos metrados profissionalizantes, geralmente, priorizam estes atores sociais da SMS.

Outra fonte de conflito é o tempo de casa e suas consequências quanto a “validade” do conhecimento/saber das profissões, os quais podem, em determinados contextos, legitimar relações de poder. O PEF 1 afirma que os profissionais com mais tempo no campo tem tido maior autonomia nas decisões e tem sido “levados mais a sério”. Seu discurso aponta para pesos diferentes nos discursos dos PEF e dos médicos o que mais uma vez, revela o poder simbólico referido por Bourdieu. Vejamos o recorte abaixo:

[...] a autonomia das decisões não é levada tanto em consideração, você vê um médico falar e um professor de Educação Física falar, tem peso diferente, e as outras profissões acham que podem interferir na Educação Física, já a Educação Física não interfere nas outras profissões. (profissional de Educação Física (1), 02/10/2013).

Da mesma forma, o conhecimento e poder dos psicólogos nos CAPS tem tido maior peso, além de, na maioria dos casos, serem eles os coordenadores dos grupos terapêuticos, como está evidenciado no trecho da entrevista do PEF 2 (01/12/2013):

Também percebo a questão do conhecimento ligado à psicologia, isso nos CAPS em que a tradição é o trabalho pautado na psicoterapia e nos grupos terapêutico em que os psicólogos coordenam. [...]. Fazemos o trabalho em conjunto, mas quem coordena as atividades é o psicólogo. (profissional de Educação Física (2), 01/12/2013).

Quem assumia estas mini-equipes era o profissional mais experiente, diferente do profissional de referência em que todos os pacientes atendidos no acolhimento passam a ser de responsabilidade daquele profissional acolhedor. Como eu não tinha nenhuma familiaridade com o campo da saúde mental e com a Saúde Pública ficava em segundo plano até aprender e dominar conhecimentos importantes para o trabalho em equipe (profissional de Educação Física (3), 27/02/2014).

Estas falas são reforçadas pelos dados constantes no quadro de atividades do CAPS o qual compreende a distribuição das atividades semanais dos profissionais da unidade (acesso no dia 11/04/2014, apresentação do projeto no CAPS). Analisando as 21 atividades dos grupos terapêuticos/oficinas observamos que os psicólogos coordenam 12 delas, seguido dos Arte Terapeutas com 4 coordenações, Assistentes Sociais com 3 coordenações e, por fim, a Enfermagem e a Educação Física à frente de apenas 2 grupos (anexo 6).

O PEF 5 argumenta que a questão do poder entre as profissões envolve também aspectos da tradição e da inserção profissional na relação com seus saberes e conhecimentos neste campo. O fato é que a Educação Física entrou mais tardiamente. Neste sentido perdeu muito espaço e legitimidade em relação às outras profissões mais antigas como Enfermagem, Psicologia e Medicina. Para o PEF 5 alterar esta situação no campo não é tarefa fácil, em particular para aquelas retardatárias. Observemos os segmentos:

Ser reconhecido como as outras profissões que já pertencem ao quadro da saúde, psicologia, enfermagem, médico, estes são tradicionais na área da saúde, a odontologia, isso na área da saúde, agora o professor de Educação Física ainda não entrou neste plano e se inseriu tarde na Saúde Pública. (profissional de Educação Física (5), 15/04/2014).

[...] é questão de poder está implícito, tem a questão da tradição, tem a questão dos cursos da área da saúde como a medicina e tudo mais, medicina ainda querendo não tem poder soberano na saúde, que o CAPS visa destronar isso aí, porque um dos objetivos do CAPS entre as metas é a horizontalidade do saber, mas ainda é muito forte e o saber do professor de Educação Física não é mais importante do que do médico,

do que do assistente social e vice versa, mas para derrubar e desconstruir isso aí é muito difícil, [...] (profissional de Educação Física (5), 15/04/2014).

O PEF 8 (28/04/2014) confirma que a Educação Física é uma **“atividade nova, uma profissão nova na Saúde Pública”**. Por este motivo os gestores da SMS e os usuários **“não perceberam a necessidade e a importância desse profissional estar mais inserido na Saúde Pública**. Alega pensarem que **“a saúde depende só de médicos e enfermeiros”**. De maneira mais evidente, reforça que os usuários incorporam esta percepção pois, ao chegarem no CAPS, tem procurado antes o médico ou o assistente social: **“aqui no CAPS, por exemplo, o usuário quer medicamento e assistência. Quer o médico e o assistente social**. (profissional de Educação Física (8), 28/04/2014).

A este menor reconhecimento, o PEF 7 acrescenta outra questão, relacionada ao saber. Com efeito, o Profissional de Educação Física tem sido, historicamente, considerado menos importante, o que tem chamado a atenção para a necessidade de os PEF se organizarem para **“exigirem respeito”** como profissão. Sustentam ser a EF, efetivamente, importante campo de conhecimento, mas que alguns dos gestores da SMS a percebem, inadvertidamente como **“recreadores e animadores”**. Em sua fala: *eles (gestores) têm a percepção de que o profissional de Educação Física é um **animador, um recreador, é muito forte** [...] Assim, a visão da Secretaria Municipal de Saúde é essa e temos que **exigir respeito como profissão séria e com um campo de conhecimento***. (profissional de Educação Física (7), 02/04/2014).

A despeito dos esforços, o PEF 4 alerta que o conhecimento da Educação Física ainda persiste em posição coadjuvante no tratamento terapêutico.

*[...] no caso do CAPS [tal] a **relação entre as categorias é menos assimétrica**. Digo menos assimétrica, pois, em geral **existe um peso grande da área da psicologia no CAPS**, o que em algumas situações coloca esta área **reproduzindo práticas de hegemonia tais quais a prática médica**. Ainda assim, a relação entre os profissionais no CAPS se pauta pela construção coletiva e pelo debate a partir de enfoques diferenciados, segundo as contribuições de cada área de atuação*. (profissional de Educação Física (4), 18/02/2013).

O PEF 6 reforça estes aspectos ao anunciar que, no acolhimento - primeiro contato do usuário com o CAPS – ele sempre pergunta pelo médico psiquiatra ou pelo psicólogo (supostamente saberes mais importantes na saúde mental), jamais pelo profissional de Educação Física! Assim, demonstra efetivamente em quem confia para explicar e expor seus problemas de saúde. Certamente isso ocorre em função da força histórica destes profissionais no campo da saúde mental:

Quando você fala saúde mental você já fala no psicólogo, você vai fazer um acolhimento o usuário pergunta você é psicóloga eu preciso de um tratamento para minha cabeça. Se não for o médico tem que ser o psicólogo, aí você vê no discurso a gente é valorizado, mas na prática a gente é dispensável. (profissional de Educação Física (7), 02/04/2014).

Por outro lado, temos que reconhecer que no campo da EF, como em qualquer campo científico e profissional, se a profissão com seus profissionais, a universidade que confere as credenciais, entre outras, não se atentarem para o instrumento da “reflexividade crítica” (BOURDIEU, 2002, p. 143) podem cair numa armadilha perigosa. Este autor denuncia os riscos dos campos científicos não utilizarem das reflexividade e da retrospectiva em defesa de avanços científicos para o campo. Segundo ele, o trabalho histórico do campo realmente merece atualizar pressupostos e princípios dos “empreendimentos científicos do passado”, os quais tendem a perpetuar-se. Além disso, o campo precisa avançar no sentido de contestar e reestruturar, permanentemente, a herança científica coletiva, os problemas da área, os conceitos, os métodos e as técnicas.

No campo da EF corre este risco de não legitimação do campo, pois há também a tendência da perpetuação destes aspectos como já resolvidos e inevitavelmente institucionalizados e aceitos nacionalmente e internacionalmente.

Por outro lado, o discurso do PEF 6, abaixo, evidencia que um cardiologista sempre fala em passar o paciente “dele” para “ele”, denotando uma suposta “propriedade simbólica” do usuário: [...] *tenho um encaminhamento do médico cardiologista que pediu uma avaliação e ajuda, mas depois de um ano e meio chegou em mim e perguntou como eu fazia as atividades. Falou então que iria me passar os pacientes dele* (profissional de Educação Física (6), 27/03/2014). Neste caso, podemos associar este sentimento de propriedade aos aspectos relacionados à participação do usuário nas decisões e no entendimento de seu processo de saúde, bem como no seu tratamento. Neste aspecto, Carvalho (2001) nos apresenta o quanto o usuário tem sido objeto da relação ao invés de sujeito, especialmente, no campo da educação física quando relacionada à saúde.

Nos encaminhamentos dos usuários para atendimento entre os profissionais segue-se uma lógica hierárquica - sempre do médico para outros profissionais, nunca na ordem invertida. O PEF 6 ressalta que o encaminhado do primeiro usuário a ele apenas ocorreu após um ano e meio de sua presença na unidade.

O encaminhamento prioriza o médico. [...] Um fisiatra, um endócrino só pode atender depois do clínico geral só que esses especialistas podem encaminhar para outras

*especialidades ou para outros profissionais de nível superior. Encaminham para o psicólogo, para o nutricionista, para o professor de Educação Física. Só que é uma via de mão única eu não posso encaminhar para um cardiologista, eu não posso encaminhar para nenhuma especialidade somente para as outras profissões. [...] as outras profissões fazem entre si. [...] **Eu posso mandar** [usuário] para o nutricionista, para o psicólogo, **mas não posso mandar para o médico**. Se eu achar que esse paciente precisa ir para um cardiologista eu não posso encaminhar. Eu tenho que pedir para ele voltar no clínico geral para o clínico geral encaminha-lo* (profissional de Educação Física (6), 27/03/2014).

Estas falas demonstram a clara existência de disputas por “espaço e poder” entre médicos e os outros profissionais no campo da saúde. O campo da Saúde Pública com seus profissionais representaria, para Bourdieu (1989), uma “arena” ou espaço de disputas e lutas, ou seja, estas arenas funcionariam como micro campos em que os agentes, conforme seus interesses individuais e do grupo, imporiam suas formas simbólicas de dominação. Assim, formados os processos de distinção.

No campo particular de Saúde Mental há outro “jogo de força”. Encontramos aqui, empiricamente a “força e o poder” dos assistentes sociais e dos psicólogos. Claramente os saberes da Educação Física são “acessórios” e desprivilegiados residuais no tratamento dos grupos terapêuticos.

*Os usuários pegam a lista de profissionais e não entendem por que do profissional da Educação Física [...]. Já o **assistente social tem muito poder aqui dentro**. Os usuários vêm em busca do assistencialismo e aí gera poder para o assistente social. **Na escuta você vê isso muito** e os outros profissionais excluem o professor de Educação Física quanto está prevista a escuta.* (profissional de Educação Física (8), 28/04/2014).

*Acho que há conflitos entre os saberes, por exemplo, a questão psicoterapeuta, você tem que cuidar porque se não a nossa prática fica **uma prática acessória ao trabalho psicologizante** [...]. **Começa a criar a visão de que a prática da Educação Física é acessória** aos outros profissionais.* (profissional de Educação Física (9), 27/03/2014).

Este menor privilégio à EF também se explica em função da lógica histórica predominante da organização da atenção à saúde. Esta, em grande medida tem sido centrada na doença, leva as unidades, então, a priorizar os medicamentos, curativos, consultas, internações, ao contrário das atividades preventivas, mais próximas da EF. A fala do PEF 9 evidencia esta problemática. “**No CAIS eu criei o projeto de saúde do trabalhador como estratégia de aproximação para com os outros profissionais, mas o serviço é muito atrelado a logica médica e eram muito restritas as relações**” (profissional de EF (9), 27/03/2014).

De tal modo, lamentavelmente, a maior atenção é dada às intervenções para mudanças de conduta individual (ALMEIDA-FILHO, 2000b) e pouco à estratégia política populacional,

indicando a opção de modificação dos hábitos considerados de risco (ALMEIDA-FILHO, 2000a)

Consequentemente, não se prioriza as atividades de uma “verdadeira promoção da saúde”. Carvalho (2004) faz críticas ao papel assumido na Saúde Pública, especialmente nos discursos e fazeres contraditórios dos profissionais quanto à promoção da saúde. Alega, ele que, a efetivação da promoção da saúde deveria enfrentar três contradições para se efetivar verdadeiramente: a) “incorporação pragmática de categorias procedentes de distintos saberes sem o rigor teórico/ conceitual que aponte com precisão o significado do afirmado, gerando uma imprecisão que dificulta a implementação de estratégias claras de soerguimento da Saúde Pública”; b) “presença quase sempre marginal de temas como conflito de classes e a relação capitalismo e saúde, despolitizando o debate e sinalizando para a defesa de uma sociedade socialmente integrada e harmônica onde os indivíduos são induzidos a mudar seus hábitos de vida para terem saúde”; e c) “a distância dos enunciados teóricos, que destacam o papel dos fatores sociais e ambientais na determinação da saúde e parte das estratégias da Nova Promoção à Saúde que priorizam a intervenção sobre a ‘doença fatores biológicos e comportamentais’” (CARVALHO, 2004, p. 677).

A ausência e menor importância relativa dos PEF e de seus trabalhos visando a promoção da saúde, fortalece o serviço de saúde centrado no paradigma assistencialista, o qual, sabe-se, privilegia antes a doença do que a saúde.

“[...] em todos projetos realizados a Educação Física está inserida, mas não tem tanta importância quanto as outras. Eu percebo que ela sempre é deixada de lado, sempre quando fala assim a, entre comprar uma bola e um remédio [...] sempre é priorizado o medicamento, o curativo, o assistencialismo e a promoção e a prevenção é deixada de lado. (profissional de Educação Física (1), 02/10/2013).

Para Carvalho (2004, p. 677) se analisarmos a realidade brasileira a “incorporação das premissas e estratégias de promoção à saúde no SUS” perpassaria pela necessidade de superação das “raízes estruturais da iniquidade na saúde”, ou seja, os profissionais ao se envolverem realmente com a verdadeira promoção da saúde deveriam dar respostas aos desafios de: “garantir o acesso a bens e serviços de saúde de qualidade; b) produção de sujeitos autônomos e socialmente responsáveis e contribuir para a democratização do poder político”.

No que tange à profissão EF, a aplicação das práticas corporais deveriam dar conta de assumir estes desafios, junto com os usuários, como sujeitos no processo de vivências, a partir dos temas da cultura corporal, tais como o jogo, a dança, o esporte, a luta, a ginástica, entre

outros, referenciados de acordo com as necessidades relacionadas à organização do serviço das diferentes unidades de saúde.

No segmento abaixo aparecem os entraves causados pelas formas de organização do serviço. O PEF 4 (18/12/2013) indica que no hospital psiquiátrico “Vacile Chuks” a lógica de atendimento centrava-se no modelo biomédico ou medicamentoso. Evidencia as lutas e disputas da divisão do trabalho citando características, ou classificando, os trabalhadores da saúde como ortodoxos ou heterodoxos.

A relação com os demais profissionais toma como base tanto a dinâmica já existente no campo da saúde mental e da Saúde Pública. No Hospital psiquiátrico a lógica médico/biológica prevalecia, sendo que em geral existia uma tensão permanente entre a categoria médica e os demais profissionais de nível superior (profissional de Educação Física (4), 18/02/2013).

Esta ideia é reforçada pela fala do PEF 3 ao indicar haver conflitos interrelacionais no CAPS em virtude de divergências quanto aos modelos de atenção. Aponta que a gestão tem papel fundamental na organização do trabalho, consequentemente nos desdobramentos destas relações profissionais.

Acho que as relações profissionais são às vezes positivas e às vezes negativas. Por exemplo, de vez em quando nos pegamos com divergências teóricas base do trabalho psicológico, social, crítico, psicanalítico, comportamental. Ou seja, às vezes os discursos e ideias são divergentes, como posso exemplificar [...] o caso do atendimento [...] às vezes temos divergências sobre se o CAPS tem que ter as portas abertas para os usuários ou marcar os agendamentos de consultas e atendimentos. Ai o coordenador técnico tem papel fundamental para aparar os discursos e ideias (profissional de Educação Física (3), 27/02/2014).

Nesta mesma linha outros PEF reforçam haver embates no campo a favor do processo de desconstrução desta lógica medicalizante/psicologizante. Citam a tentativa de organizar o trabalho de forma coletiva e as reuniões em que as relações tendem a resistirem à criação de grupos terapêuticos. Os estratos das entrevistas estão a seguir:

[...] tem uma discussão contrária de que tenhamos menos grupos psicoterapêuticos, já temos dois grupos. E deu pau numa reunião por causa de pessoas que chegam no acolhimento precisarem de psicoterapia, chega muitos usuários novos com depressão e ansiedade de médio para grave e fobia. (profissional de Educação Física (8), 28/04/2014).

Você pega um profissional e se ele não tiver uma concepção de saúde coletiva é muito difícil de você ver o médico trabalhando com os outros profissionais, os médicos não participam dos espaços coletivos, ele atende nos consultórios, mesmo nos CAPS em que o trabalho coletivo é forte, mesmo assim, a psicoterapia que ainda é forte até no imaginário dos indivíduos e até no nosso dos profissionais, se pensa que os grupos

psicoterápicos é que resolvem os problemas de saúde é a mesma lógica medicalizante (profissional de Educação Física (9), 27/03/2014).

Ojeda e Strey (2008) afirmam que as práticas cotidianas entre as profissões do campo da Saúde Pública envolvem relação de poder. Estas relações fazem o espaço de ação dos serviços de saúde demarcado por “intensa efervescência de pensamentos, *habitus* e práticas produtoras de produtos e subjetividades”. Destacam a manutenção histórica de saberes e práticas em cada profissão, geralmente, centrados em interesses corporativos, na fragmentação, disputas por “terreno” e práticas que, como consequência fragmentam as ações em saúde e prejudicam os usuários do SUS (OJEDA E STREY, 2008. p. 03).

Em inúmeras observações e reuniões (in loco) percebemos claramente esses embates e dificuldades nas relações e nos discursos destes profissionais. A título de exemplo, na reunião do dia 25/04/2014 seria possível elencar diversos relacionados aos embates, contraposições e disputas. Tivemos profissionais discutindo que, existem na instituição alguns profissionais que “dominam as falas e não dão oportunidades a outros colegas de exporem seus pensamentos”, uns pela força e dominação do “tempo de fala” e outros por descontrole e objetividade no assunto. Outros sentem que a divisão do trabalho gera sobrecarga para eles enquanto outros profissionais ficam fazendo a “rádio do corredor” (fofocas), o que causa “atritos entre os profissionais” (Roteiro de Observação do dia 25/04/2014, reunião geral de equipe).

Outros profissionais, na mesma reunião, reclamaram que, no caso da enfermagem, eles não fazem as especificidades da área e, assim, se sentem discriminados. Alguns levantaram a questão de haver poucas relações afetivas entre os mesmos, o que gera como consequência o distanciamento e o desconhecimento do que realmente fazem em seus trabalhos. Vimos como positivo que a maioria dos profissionais, nos debates, defendem a diminuição dos grupos terapêuticos, com vistas à diminuição, igualmente, da centralidade do modelo de atenção à saúde psicologizante.

O PEF 9 reforça haver nas intervenção das profissões, quando putadas no paradigma ampliado de saúde, levam as profissões a se tornarem interdependentes.

[...] É por conta deste paradigma mais ampliado de saúde que você favorece as relações com as outras profissões e pelo serviço ser um serviço de base comunitária. Então, os próprios profissionais e a lógica da organização do trabalho empurra e leva a pensar e relacionar com as outras profissões de maneira diferente e as relações acabam sendo mais próximas e interdependentes (profissional de Educação Física (9), 27/03/2014).

Deixa-nos contentes sua visão comprometida com o SUS ao defender o paradigma ampliado de saúde e um trabalho de base comunitária. Seu olhar abrangente indica que, se a equipe assume estes aspectos, certamente potencializaria as necessárias boas relações entre os profissionais.

Observamos que as dificuldades nas relações se intensificavam nos momentos em que se organizavam para discutir a divisão do trabalho (Roteiro de observação 11/04/2014, reunião de planejamento). Neste dia os profissionais confirmaram evidências sobre as dificuldades em dividir as tarefas relacionadas à “Residência Terapêutica”, divisão do trabalho da “Mostra do DSL”, participação da unidade no “Movimento Tarifa 0” (junto com a associação dos usuários), realização da “Feira do Troca”, montagem de “comissão de eventos” e a transformação da unidade em CAPS III.

Também o PEF 9 aponta as dificuldades e dilemas em se estabelecer parâmetros de divisão do trabalho e, assim esta lógica é quem define as relações profissionais. Aponta uma tendência à medicalização, em virtude do “lucro” que este tipo de tratamento traz à área médica. Esta, em sua visão, domina as estruturas do SUS e constrói uma lógica de medicalização na sociedade.

[...] acontecia os diálogos com os outros profissionais, mas na hora de executar ou dividir as tarefas a coisa complicava, a lógica é de medicalização do tratamento. A lógica de estruturação do serviço é que define as interações ou não entre as profissões. Ai faço uma crítica muito dura ao processo, que reflete uma perspectiva atrelada a um interesse e trata-se a doença mesmo pelos recursos que isso traz como lucro e minha avaliação é mais macroestrutural. (profissional de Educação Física (9), 27/03/2014).

[...] como eu ti falei no CAIS existe a hierarquia e os próprios sujeitos não negam a importância da Educação Física, mas ela tem um espaço restrito, eu entendo que principalmente no campo da saúde o médico é muito forte e eu percebo como um campo de poder e a dominação de todas as estruturas do SUS. A logica construída na sociedade é a medica [...] (profissional de Educação Física (9), 27/03/2014).

Os PEF defendem que precisam assumir estratégias de ocupação de espaços na SMS e na Estratégia da Saúde da Família das unidades. Forçar coletivamente a organização de uma coordenação de área para os PEF. Para eles, uma das estratégias seria eleger um representante da profissão em nível central da SMS, o que desencadearia a possibilidade de construir diretrizes para o trabalho, de acordo com as necessidades das unidades e também o processo de legitimação da profissão neste novo campo de atuação.

Sobre esta importante questão, Barbosa (2003)

*[...] alguns lugares estratégicos que deveriam ter não tem na própria Estratégia da Saúde da Família, lugares inclusive que são desenvolvidas as práticas corporais, então, quer dizer, isso não tem porque [...] **foi pensado, por exemplo, em montar uma coordenação da Educação Física como existe, por exemplo, no grupo das nutricionistas, mas isso tudo é muito trabalhoso, depende de pessoas com mais tempo e disponibilidade para estar assumindo isso. Isso sim seria uma luta de espaço como você falou.*** (profissional de Educação Física (2), 01/12/2013).

O PEF 2 indica também, trabalhar na lógica de ocupar espaços de cargos na SMS como nas áreas de Atenção Básica, Saúde Mental, Saúde da Mulher, DCD, entre outras. Estar perto do Secretário e influenciá-lo sobre o lugar que a Educação Física pode ocupar no “jogo” do campo da Saúde Pública, combatendo o corporativismo e os privilégios dos médicos nestes cargos de gestão.

*[...] a gente precisa ocupar os diversos espaços que tem na secretaria municipal de saúde, porque uma das formas que a gente está mostrando a potencialidade da Educação Física e estar buscando consequentemente a valorização [...]. **É quase como um jogo, exatamente, isso é muito importante.** [...] nós da Educação Física temos que **trabalhar também nesta lógica,*** (profissional de Educação Física (2), 01/12/2013).

*[...] que é importante o profissional de educação ocupar os espaços de fato é. Às vezes ele não é um secretário, mas se ele estiver lá perto ele pode sensibilizar o secretário. **Ele coloca grande parte dos diretores médicos [...] o corporativismo reforçado pelo ato médico.** Agora então, nem sei como está isso! Mas só eles podiam assumir estes cargos de chefia* (profissional de Educação Física (2), 01/12/2013).

Outra estratégia de ocupação de espaço no campo, apontada pelos PEF, seria defender a criação de uma Lei Orgânica para institucionalizar os Professores de Educação Física na Saúde Pública, seria uma questão política. Segundo os PEF, os cursos de Nutrição e Assistência Social têm coordenadores de área na SMS e se reúnem uma vez por mês.

*[...] é uma questão **política de fazer valer a profissão.** Acho que não é o numero não. A questão da folha de pagamento não onera a folha [...]. É uma questão política porque **teriam que fazer uma lei orgânica para incluir os professores de Educação Física e outros profissionais na Saúde Pública.** A questão é política. Eu acho que o que está faltando é esse grupo dos 31 fazer **como fazem os assistentes sociais para discutir as coisas que tem direito** ou não na Saúde Pública. Todo mês elas são dispensadas para se reunir e nós não.* (profissional de Educação Física (8), 28/04/2014).

Por fim, O PEF 9 defende, estrategicamente, que a profissão precisaria ter uma “**visão ampliada da Educação Física**”. Acredita “**ser necessário, na sua intervenção [...] criar um respaldo entre os outros profissionais e, assim [...] ocupar espaço.** Contrariar, portanto, a “**a logica medica da EF construída na sociedade.** Avança no sentido de indicar que o tema Saúde Pública/SUS deveria ser discutido dentro da escola: “[...] **Veja a importância deste tema**

ser discutido dentro da escola que é onde formaríamos os sujeitos para o SUS e isso vai remeter as reivindicações da população (profissional de Educação Física (9), 27/03/2014).

A partir da análise dos elementos problematizados acima, observamos que os PEF percebem as relações entre as profissões como conflituosas no trabalho. Podem variar conforme a instituição e o tipo do serviço. Destacamos haver, em suas percepções, uma relativa discriminação destes profissionais no campo da Saúde Pública em relação à estrutura, materiais, salários, entre outros.

Em resumo, os PEF alegam (e os documentos apresentados confirmam) ter menos visibilidade no serviço em virtude da menor quantidade de profissionais em todas as unidades. Desta forma, acontecem relações conflituosas considerando o modelo de atenção à saúde assumido pela unidade. Neste contexto e jogo complicado, os PEF têm a percepção de que necessitam criar estratégias de ocupação de espaço no campo de trabalho.

6.7.2 A percepção dos POAS sobre as relações profissionais

Nos discursos dos POAS as percepções reforçam o que encontramos nas percepções dos PEF. Apontaram uma mesma questão: nas unidades de saúde o número de PEF é muito menor que as outras profissões. Por estes motivos, os POAS percebem a consequência de menor atribuição de importância relativa ao profissional de Educação Física. Os mesmos defendem a necessidade de uma maior quantidade destes profissionais para potencializar a atuação centrada na promoção e prevenção da saúde e para que eles possam apoiar em outros colegas da área.

[...] eu vejo a Educação Física aqui pelo numero de profissionais ser menor parece que isso aparece mais, então, psicólogos aqui são mais e um se apoia no outro e, a Educação Física ser poucos isso dificulta a visibilidade (profissional de psicologia (1), 29/04/2014).

De igual forma, percebem que o modelo biomédico de atenção à saúde do usuário coloca em destaque os médicos e os enfermeiros e interfere no quantitativo de vagas de concursos.

[...] acho que tem poucas vagas para Educação Física por causa do modelo biológico, o importante é o médico e o enfermeiro [...]. Agora está se vendo a necessidade de outras profissões, no próprio modelo biomédico não está dando conta da saúde do povo, porque não é só isso, saúde não é só o bem estar físico. A cura é um monte de coisas (profissional de assistência social (4), 30/05/2014).

Os POAS dizem haver prioridades, privilégios nas indicações de cargos de direção e coordenação em função da sua história e dos momentos políticos. O POAS 4 diz que na Saúde Mental já vivenciado “guerras” quanto às relações profissionais, alegando que para assumir cargos de direção não precisa ser somente médico e sim um profissional de carreira que entenda bem da questão sanitária.

[...] Hoje só os médicos tem um certo privilégio e depende do profissional, da sua história dele do contexto do CAPS. Hoje a gente tem um tanto de médicos, tem um profissional somente para discutir com os médicos. Depende da gestão e depende do momento político (profissional de psicologia (3), 08/05/2014).

[...] no serviço da saúde mental já tivemos muitas guerras que a gente pode presenciar em relação a isso, consideram que tem que ser profissional de carreira de mérito mesmo para assumir a gestão do serviço, profissional que conheça de Saúde Pública da questão sanitária para administrar bem, não penso que tem que ser somente médico porque a maioria deles não em esse conhecimento, agora qualquer profissional do serviço pode assumir a gestão desde que tenha mérito. (profissional de assistência social (4), 30/05/2014).

Já os POAS 6 e 7 consideram haver privilégios dos médicos em não cumprirem horários e carga horária, melhores salários e ocupação de espaços para o trabalho. Neste ângulo, precisamos relativizar os discursos dos POAS, isto porque no que se refere ao cumprimento de horários/permanência nas unidades não há documentos que confirmem estas inferências.

[...] o consultório era priorizado para o médico o mesmo modificou a agenda dele o professor de Educação Física vai pra o corredor a prioridade era dele e nós lutamos por esse consultório que agora é da nutrição e da Educação Física. Foi uma conquista nossa e eu não conseguia fazer isso sozinha e o [fulano] veio e me ajudou a conquistar esse consultório e temos os nossos horários organizados como os outros profissionais [...]. A questão da prioridade do médico por tem espaço e local para ele e às vezes nós estamos atendendo nos corredores (profissional nutrição (6), 13/05/2014).

Sim os médicos são privilegiados com seus salários, permanência na unidade de saúde, na estrutura dos consultórios ou em todos eles que são só para os médicos. A questão da gestão, alguns ainda dizem que seria interessante fazer por área profissional, visão reducionista e gerindo a ESF (profissional enfermagem (7), 08/05/2014).

Há discriminação em relação ao médico é isso. O enfermeiro tem que estar na unidade o tempo todo e o médico pelo lobby e pela condição de disponibilidade de estar na ESF é um número menor, então ou é ele ou não é, e assim, faz conforme suas circunstâncias e dá o seu preço. Hoje eu acho que o ACS, por exemplo, tem mais voz e estão sendo mais valorizados quando são atuantes [...] (profissional enfermagem (7), 08/05/2014).

Quanto à questão do exercício do poder nas relações profissionais, o POAS 1 alega que, mesmo estando em nível igual, o médico duvida da capacidade de um psicólogo quanto ao tratamento ou intervenção com um usuário: “questionou de uma forma abrupta

inicialmente e depois passou a me respeitar e confiar em mim” POAS 1 (29/04/2014). Mas, com o passar do tempo e no diálogo, a psicóloga conseguiu convencer o médico de que as técnicas que utilizava eram eficientes. Para ele os outros profissionais de nível superior precisam lutar contra essa discriminação por que a gestão reforçaria que a sociedade legitima este título, e assim os profissionais deveriam aceitar estes processos como normais.

*[...] me lembro de um caso em que o médico disse assim: a questão é essa! aí eu falei assim eu não vejo dessa forma, quando eu falei assim **ele (médico) disse como é que você sabe disso?** Eu olhei para ele e disse eu usei essa e essa técnica. Ele chegava e colocava tudo na reunião. Sabia de tudo o que acontecia com as crianças, explicava, mas me questionou de uma forma abrupta e passou a me respeitar e confiar em mim. Ele me fez um elogio e eu falei que uma vez ele tinha questionado o meu saber ele olhou para mim e disse: [fulana] eu não quis te atacar eu assustei quando **você se colocou porque eu (médico) não havia visto alguém do serviço me questionar você foi a primeira! E eu disse ‘então eu lhe derrubei do pedestal’.** Ele disse: **não! Eu ainda estou lá! Eu assustei e queria saber como que você chegou naquela conclusão. Eu tive que explicar até as técnicas utilizadas no diagnóstico [...].** Então às vezes alguns médicos não aceitam. Ele era muito competente e estudioso, então muitos médico se vem com um status assim e a própria gestão falava que nós tínhamos que aprender a lidar com isso por que é a sociedade que dá este título (profissional de psicologia (1), 29/04/2014).*

O relato acima demonstra a necessidade dos profissionais tomarem atitude de dividir responsabilidades no diagnóstico e tratamento do usuário com o médico. Pela “violência simbólica” ou inferioridade profissional o médico sempre estaria no “pedestal”. Para o POAS 1 diz o médico não se convenceu fácil, tamanha é sua percepção de superioridade profissional no campo da Saúde Pública.

No relato do POAS 2 (abaixo) também aparece, com ênfase, outra forma de violência simbólica acontecida em reunião de equipe. Destaca estar indignado porque na apresentação de sua proposta de “montagem de grupo” psicoterapêutico foi severamente criticada pela maioria dos outros profissionais. Isto pode ter acontecido pelas resistências do campo da saúde mental de Goiânia, em “minar” com a perspectiva psicologizante e o trabalho psicoterapêutico e reestrutura-lo para o trabalho coletivo e terapêutico multiprofissional.

*[...] voltando para a reunião de sexta feira, a [fulana] (psicóloga) **tinha todas as possibilidades de peitar mais ainda, não é o que você quer não eu vou fazer. Ela recua para a equipe que estava massacrando ela e não percebe isso,** eu falei para ela se você deveria ter falado assim **eu vou fazer o grupo.** Eu posso até estar errado e devo estar errado porque eu levo para casa algumas coisas que não deveria levar. Se você quiser fazer tem que convencer e quem se coloca no lugar de poder fazer algo melhor que pegue para ele então o trabalho (profissional de enfermagem (2), 29/04/2014).*

Para o POAS 2 a forma como o grupo se portou “massacrrou” a profissional e, não permitiu a ela responder à altura. A profissional recuou e não se sentiu com poder de reverter a situação. Consentindo com a violência exercida pelo grupo.

Reforçando essa importante questão, o POAS 5 citou exemplos de discriminação entre as profissões. Ele se reporta ao sistema da SMS. Nele, no momento do lançamento e cadastro do atendimento no sistema do SUS³⁰, o profissional de nível superior tem que identificar-se como sendo “médico ou não médico”. Simultaneamente, afirma ser “incorporada” a lógica de estruturação do serviço e o simbolismo que este representa a cada profissão no campo pela maioria dos profissionais.

Eu vejo, com certeza o privilégio do médico e até no sistema é assim atendimento "médico e outros profissionais" [...]. E a gente tem os técnicos que são os profissionais de nível superior e aí o profissional médico, dentro da lógica com certeza tem hierarquia e privilégios e acho que é a forma como é estruturado o trabalho. (profissional de nutrição (5), 11/06/2014).

Por exemplo, eu não sou doutora, sou mestre, sou nutricionista e quando você vai para uma unidade você é doutora. Todos me chamam de doutora [...]. Não é a gente que coloca é um simbolismo da hierarquia, eles mesmos incorporam, é uma coisa assim mesmo que não seja uma postura nossa, eu nunca me identifiquei como doutora é estranho que vem deles mesmos (profissional nutrição (5), 11/06/2014).

Noutra linha, encontramos relatos indicando haver conflitos profissionais pela divisão do trabalho. Nele alguns profissionais fazem ações atendendo usuários e outros planejam e pensam projetos, estudos e suas qualificações. Em sua visão os PEF ficam nos grupos desprivilegiados.

[...] é a gestão fica um pouco perdida e isso tem dificultado o planejamento. Os mais ligados à gestão às vezes não assumem a assistência e isso tem gerado conflito. Tem um grupo que é mais de planejar ações e outro que é mais de agir. E a gente está meio que necessitando integrar isso e está sendo um só. Hoje tem essa equipe que está envolvida com os projetos, tem um grupo mais envolvido com a assistência e outros mais com projetos, estudos, qualificação, educação permanente. Também são importantes para o processo e os professores de Educação Física estão mais na assistência não estão tanto neste trabalho de projetos. Essa divisão tem gerado conflitos porque precisava mesclar todos estarem em todos os lugares ou assumir isso e isso tem gerado conflitos, quem está só no serviço cria caso com os outros e vice versa (profissional de psicologia (3), 08/05/2014).

O POAS 5 faz referência à coordenação de área, lembrada também pelos PEF. Esta, segundo ele, faz um diferencial na atuação, na organização do serviço e nos avanços e limites das profissões no campo. Especialmente, por delinear “onde e em que” seria aplicada a verba

³⁰ Refere-se aos procedimentos de registro do profissional do serviço quando tem que lançar sua classificação, prevista no Código Brasileiro de Ocupações, no Sistema de Informação em Saúde (SIS – SUS) da Política Nacional de Informação em Saúde.

da área que vem da SMS e do MS. Como exemplo, cita as áreas da nutrição e assistência social que avançam na organização das diretrizes de atuação por área. Alega desconhecer a existência da coordenação na área da EF. Os PEF ao defenderem a criação de estratégias necessárias ao enfrentamento dos problemas na organização do trabalho demonstram a preocupação com os problemas típicos da formação de identidades coletivas (BARBOSA, 2003, p. 596). Ou seja, a representatividade interna (ser reconhecido pelos pares como “bom profissional” e externa ao grupo (definição de quais trabalhos a sociedade legitima como sendo de responsabilidade dos PEF) no campo da Saúde Pública.

Essa verba que vem tem que ter uma coordenação para administrar todo esse serviço. Tem chegando da SMS e do MS e tem que distribuir a verba e agora desmoronou. Nós estamos agora na construção do protocolo, a SMS quer definir a nossa atuação profissional nós estamos definindo as competências por áreas. Quais são as atribuições? Eu não sei se tem da Educação Física. Eu acho que não e está sendo por área, eu sei que a nutrição está construindo e o serviço social também [...] (profissional nutrição (5), 11/06/2014).

O POAS 3 entende que os PEF têm relações difíceis ou com resistências com as outras profissões pelo pouco tempo na Saúde Pública na Saúde Mental. Para ele, a consequência seria a EF ter uma tendência de reforçar iniciativas somente a partir das especificidades do seu campo: “*profissional que trabalha em equipe no grupo de tratamento terapêutico, que está no grupo, ficam muito presas às especificidades dela [profissão] então isso dificulta a interação mesmo, quem perde é o usuário*” (profissional de psicologia (3), 29/04/2014).

Outros POAS reforçam a existência de disputas entre todas as profissões. A EF chegaria muito “humildade” e com “medo” diante das dificuldades pela sua recente história. Assim, defende que ela precisaria empoderar-se de conhecimentos e saberes próprios do campo. Desta forma, os POAS consideram ser diferente nas profissões de medicina, enfermagem e psicologia, pois são mais antigas na Saúde Pública. Como consequência, alegam que a EF disputa menos “espaço” que as outras profissões e “precisa aprender muito” no campo e no serviço.

[...] Sabe é empoderamento do seu conhecimento, falar por que veio, por que está aqui, olha tem que quebrar aquela fase pós-concurso que você é o cara, que deve servir de referência (profissional de enfermagem (2), 29/04/2014).

O que eu vejo é a dificuldade dos profissionais em trabalhar na saúde mental, então quando um profissional vem trabalhar aqui na saúde mental, no CAPS e se ele não se dispor a estudar e complementar o seu saber [teórico] ele tem muita dificuldade e a gente teve profissionais que buscaram e outros que aprenderam na prática e isso

sempre gera um conflito porque é muito difícil, tem medo, e dificuldades mesmos [...] (profissional de psicologia (3), 08/05/2014).

[...] O PEF chegou sem nenhuma experiência na saúde mental e eu tive um certo receio dele vir sendo uma pessoa sem experiência [...]. O grupo tem duas pessoas que tem transtorno de personalidade e quem tem este transtorno manipula as pessoas [...]. A minha resistência não era pela profissão era pela sua in experiência com saúde mental [...]. Eu vejo que o profissional da Educação Física ainda está nesta caminhada de aprender (profissional de psicologia (1), 29/04/2014).

[...] toda profissão quanto ela começa é devagar mesmo [...]. Dessas que entraram depois da enfermagem, medicina que já são mais antigas, das mais recentes a fisioterapia muito nova em Goiânia e o espaço que eles foram ocupando foi muito rápido, [...]. Agora a história de perceber a necessidade da Educação Física na Saúde Pública é muito recente [...] devem mostrar o que fazem e mostrar para que vieram. Fazer bem feito e que precisa de mais profissionais (profissional de psicologia (1), 29/04/2014).

Ainda sobre a temática “relações profissionais”, outros POAS afirmaram haver disputas, conflitos e divergências geradas pelo modelo de atenção à saúde que resulta na reestruturação do serviço.

Com certeza eu vejo uma centralidade na psicologia e na psiquiatria com o uso de medicamentos e da medicalização dificulta as relações. Com a chegada de mais (novas) profissionais e inclusive de novas categorias a constante reestruturação do serviço isso é muito normal. (profissional de psicologia (3), 08/05/2014).

Isso acontece porque tem uma contradição entre o discurso e a prática. Você tem um SUS pensado com foco na promoção e na prevenção e tendo o tratamento como secundário, mas o foco é prevenção e promoção só que na prática a lógica ainda é a visão hospitalocêntrica o tratamento e a demanda é assim o problema é esse [...]. Nós fizemos a amostra do DSL e ela trouxe várias experiências de promoção de saúde, mas o povo queria saber é se tinha consulta para oftalmo, a consulta, [...] o serviço é estruturado dentro desta lógica. Eles querem nutricionista e o secretário quer que o nutricionista vá para a ponta atender (profissional nutrição (5), 11/06/2014).

Citam, como exemplo, muitos médicos que não se identificavam com a Estratégia da Saúde da Família abandonaram-na e foram para os CAIS (média complexidade) por não estabelecerem relações com as outras profissões. Neste aspecto, como é difícil a reorientação do serviço para um modelo ampliado de saúde os usuários incorporam os modelos tradicionais citados acima, nada obstante, também não entendem as novas lógicas do serviço e dificultam o trabalho de prevenção e promoção da saúde. Claramente percebem e relataram, em decorrência disso, novas categorias profissionais tem que entender o processo de reestruturação do serviço e “superar vaidades”, saindo da visão hospitalocêntrica e psicoterapêutica.

*Eu fui convidada por fazer parte da criação da ESF em Goiânia fui convidada a dar aula numa faculdade de enfermagem e lá também aconteceram conflitos dentro da própria profissão [...]. Tivemos o **conflito dos modelos de atenção tradicional e o da ESF**, tínhamos o conflito da universidade que não formava para a ESF e por fim tínhamos e **temos o conflito ter a dificuldade de entrosamento entre os profissionais** [...] tivemos que **superar as vaidades**, eu não era dona do saber e nem o médico da minha equipe [...] Nós chegamos **no início da ESF com um médico anestesiologista, cirurgião plástico e poucos especialistas em saúde da família**, hoje a gente já tem esses profissionais formados com a visão da Saúde Pública, [...] (profissional enfermagem (7), 08/05/2014).*

O POAS 5 aponta ser o modelo biomédico e a visão hospitalocêntrica serem reforçadas pela da população usuária dos serviços do SUS. Em sua avaliação os usuários querem a “consulta com o oftalmologista” num evento de prevenção e promoção da saúde. Este fato demonstra porque persiste, com forte resistência, o modelo da assistência centrado na doença. Este busca somente o atendimento imediato do SUS em contraposição à organização do trabalho “preventivista” e da “promoção da saúde”.

Em síntese os POAS percebem as relações profissionais conflitantes, dependendo principalmente das divergências teóricas que fundamentam as ações. Novamente apareceram as divergências e desejos de mudança no modelo de atenção centrado na cura para o centrado na prevenção e promoção da saúde. Percebem, igualmente, a quantidade menor de PEF nas unidades e em vagas de concurso, o que dificultam as relações. Os privilégios de médicos no cumprimento dos horários, salários, cargos de direção/coordenação, espaços e estruturas ganharam destaque. Contudo, os privilégios não são somente dos médicos, mas também de outros profissionais que conduzem o processo de planejamento, criação de projetos, estudos e qualificação. Estes são provocadores de conflitos, dificuldades, descontentamentos, desigualdades, entre outros. Também são definidores na ocupação de espaços e lugares de poder no campo. Portanto, em alguns casos, provocam violência simbólica (BOURDIEU, 1989) principalmente nos momentos de divisão do trabalho e da percepção teórico-metodológica que seria definida para a atuação de cada profissional ou da equipe no projeto terapêutico.

6.7.3 O olhar dos Gestores sobre as relações profissionais

Quanto às relações profissionais os discursos dos Gestores apareceram, praticamente, com as mesmas formas de percepção dos PEF e dos POAS. Seus discursos revelaram que os conflitos e lutas entre as profissões se dão principalmente na divisão do trabalho. Para eles, há privilégios maiores aos médicos.

No recorte da entrevista do Gestor 1 vemos a que nível chega as dificuldades de relacionamento entre as profissões, geralmente acompanhados de discriminação, de humilhação, de inferiorização incorporada, entre outros processos violentos.

[...] existe um muro quase que intransponível entre as categorias, então quem é o enfermeiro? Quem é o médico? [...]. É a coisa do "doutor". Então eles acham que os "doutores" querem mostrar que são maiores, acham-se superiores, os outros e se sentem "menores", inferiorizados [...]. (gestor (1), administração, 23/05/2014).

O Gestor 3 amplia a discussão apontando existir discriminação entre as profissões enfermagem, fonoaudiologia e fisioterapia. Indica, muitas vezes, serem discriminação e hierarquias. Apresenta evidências de haverem lutas entre estas profissões para assumirem os cargos de gestão.

[...] fora daqui, de uma maneira geral, existe uma briga muito grande entre enfermeiro, fonoaudiólogo, fisioterapeuta [...]. Vejo muito. Já vi muito [...]. Até para assumir os cargos de gestão [...]. Às vezes fica meio confuso também, na cabeça de muitos, a questão da hierarquia. Às vezes é uma situação de hierarquia e a pessoa não entende. Acha que está sendo discriminado, que estão querendo passar por cima [...] (gestor (3), enfermagem, 07/05/2014).

Na mesma perspectiva dos PEF e dos POAS, o Gestor 4 descreve as lutas por espaço e estruturas de consultórios, salas de grupos/reuniões e de materiais. Também aponta que faz intervenções no sentido de minimizar as consequências que estes privilégios geram nas relações profissionais e nas disputas de poder.

[...] temos seis profissionais de nível superior deveria ter 6 consultórios tem 3, é um tirando o outro do lugar para atender seus pacientes e o outro não tem onde atender. O usuário vem aqui e não resolve seus problemas de saúde [...]. A questão da estrutura física, não ter uma sala para os grupos, para fazer as reuniões, então é difícil e gera desconfortos e discriminações e reflete nas relações profissionais [...]. Então, as relações são por dificuldades estruturais e materiais (gestor (4), direito, 13/05/2014).

Fiz muitas vezes a função de chamar um profissional que queria conversar com o médico e estava com medo. Levar no consultório dele e dizer claramente o medo que um tem do outro. Isso aí existiu, mas eu sempre procurei não deixar isso acontecer e [...] todo profissional tem seu valor (gestor (4), direito, 13/05/2014).

As relações profissionais são dificultosas entre médicos e outro profissionais. O Gestor 4 alega intervir para diminuir o medo que os profissionais Agentes Comunitários de Saúde têm o médico. Desta forma, pelo acúmulo de capital cultural, a divisão do trabalho e as hierarquias demonstram o poder de umas profissões sobre as outras. Este influencia nas relações, inclusive com o consentimento dos discriminados (Bourdieu, 1989)

Outros Gestores afirmaram haver disputas, conflitos e divergências por discrepâncias de tratamento quanto à quantidade de profissionais em cada unidade de saúde e quanto às vagas para concurso. O Gestor 2 aponta ter menos quantitativo de PEF nas unidades em detrimento de psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros. Esta situação é reforçada pelas poucas vagas para a EF em concursos. Por estes motivos, os Gestores também veem, claramente, a consequência de menor atribuição de importância relativa ao profissional de Educação Física.

[...] é questão de ocupação de espaço mesmo. Têm um monte de psicólogos já na rede, tem um monte de assistente social, enfermeiro tem demais. Chamaram todos. Não tem ninguém esperando para ser chamado. Então é foco de estar abrindo esse espaço [...] São poucos da EF [...]. Mas está tendo espaço (gestor (2), psicólogo, 28/04/2014).

Eu acho que precisa mesmo de mostrar mais a cara, mostrar mais o trabalho da EF, por ser uma profissão mais nova [...]. Ela vai ter que, agora, mostrar para que veio, onde pode chegar e [...]. (gestor (3), enfermagem, 07/05/2014).

Reforçando este debate, o Gestor 4 diz que somente agora, com a disseminação da importância da atividade física, a EF assume caráter definidor na situação de saúde da população. Para ele, a área da EF precisa reivindicar vagas nos concursos no Ministério Público e fazer pesquisas em suas ações para visibilizar a área:

[...] somente 5 vagas para Educação Física é porque está começando a despertar na maioria da população a necessidade da atividade física e a mídia está mostrando que a Educação Física é uma prática importante para a manutenção da saúde e acho que é uma questão de reivindicar, de ir no ministério público, fazer pesquisas nestas ações que estão sendo desenvolvidas que sensibilize os governantes, os deputados a abrir mais vagas para os profissionais de Educação Física estarem juntos colaborando e mostrando aquilo que vocês são competentes para auxiliar na saúde da população (gestor (4), direito, 13/05/2014).

O Gestor 1, como os PEF e POS, apontou a discriminação dos PEF em dois aspectos: não estarem representados no nível central; por ter aberto poucas vagas no concurso e; não ter empoderado este profissional com materiais e estruturas para serem inseridos nas propostas de trabalho das unidades. Por estes motivos, percebe que os PEF têm menos capacidade de disputar espaço no campo. Por não haver um trabalho no nível central da gestão da SM em prol da coletividade e sim individualizado por profissão. Por fim, aponta as discriminações sofridas pela EF em virtude da SMS não ter incluído vaga nas coordenações de área para a EF, já que houve, recentemente, uma reestruturação regimental.

Conscientizou da necessidade deste profissional, abriu-se vaga para concurso, mas não empoderou-se o profissional. Ele ainda não é empoderado e não tem os recursos

mínimos que ele precisa para desenvolver as atividades. Dentro da Prefeitura e mais precisamente na Secretaria Municipal de Saúde, no âmbito do nível central, ele não está representado. [...] A nutrição, a enfermagem e outras categorias estão representadas. Existem órgãos que representam determinadas categorias profissionais [...]. O PEF fica destoadado, deslocado, sem saber para onde ele vai levar as demandas, as necessidades e até apresentar uma proposta de trabalho. Então percebo que ele ainda precisa desta retaguarda, precisa deste lugar e precisa se situar na rede e a própria Secretaria Municipal de Saúde não situou ele (gestor (1), administração, 23/05/2014).

Tivemos recentemente uma reforma do regimento interno da SMS, o regimento foi completamente refeito, então era o momento interessantíssimo da Educação Física ter se posicionado e incluído neste documento e isso não aconteceu. Eu acho que a própria categoria precisa se encontrar e reivindicar este espaço, infelizmente ainda trabalhamos com cada categoria profissional cobrando avanços junto à SMS e não de maneira mais coletiva. Então cabe à Educação Física se organizar e a partir de seus profissionais de destaque no trabalho cobrar a abertura com a Secretaria e reivindicar (gestor (1), administração, 23/05/2014).

Voltando à questão da organização do trabalho aqui no DSL, nas outras profissões a gente consegue fazer em forma de rede que está quebrada no caso da Educação Física. A assistência social, por exemplo, tem um fórum mensal para discussões ligadas à profissão sobre problemas, potencialidades, projetos, então existe essa troca e elas (profissionais) se fortalecem e constroem várias ações. Pesam em grupo e discutem e se vêem alguma coisa que fere o código de ética e contra o que o conselho deles indica eles vão ao secretário e discutem que a atividade fere o código de ética, meu trabalho está sendo ferido e a Educação Física não tem esta estruturação hoje. O profissional está inserido, mas não está institucionalizado. A nutrição da mesma forma se reúne, tem um profissional na SMS que recebe os profissionais no paço municipal, eles se posicionam e cada categoria conhece bem a sua área de atuação. Confronta inclusive com os gestores e outros profissionais que demandam algo para ele fazer e pelo desconhecimento do que é de fato próprio das atividades de sua profissão e faz aquilo que é determinado pelo seu conselho profissional, assim o profissional vai se fortalecendo enquanto categoria profissional o que não é o caso da Educação Física (gestor (1), administração, 23/05/2014).

Os Gestores 1 e 3 demonstram haver privilegiados aos médicos por não participar em de reuniões e não cumprirem horários, apesar de ganharem melhor. Alegam que, com outras categorias se isso acontece seriam punidos e com os médicos não. Isto causa desconforto e muitas reclamações no serviço.

[...] Há privilégios entre as próprias categorias técnicas superiores em relação ao médico. As outras categorias têm que cumprir horário e o médico não. O médico tem salário melhor, gratificações melhores. Com o médico não acontece nada, então às outras categorias reclamam disso. Sem contar o médico que sem o apoio de outras categorias profissionais ele não atende e outra categoria mesmo sem o apoio dele tem que trabalhar. Então existe discriminação sim (gestor (1), administração, 23/05/2014).

E algumas categorias piores ainda [...]. Não adianta fazer reunião praticamente. Você tem que ir por horário, quando você quer passar alguma coisa, e ir passando de um por um [...]. Hoje com essa correria, todo mundo trabalha em dois, três empregos. É difícil você reunir com os médicos (gestor (3), enfermagem, 07/05/2014).

O Gestor 1 salienta e, de certa forma, desabafa sobre as dificuldades que passa em apagar incêndio diariamente pelas disputas e conflitos entre as profissões e entre os

profissionais e a gestão. Segundo ele 80% do seu esforço no trabalho diário seria concentrado nos problemas das relações no serviço e por conta dos privilégios. Faz denúncias sérias do ponto de vista administrativo. Estas nem sempre veladas nos serviços de saúde: ausências injustificadas, atestados forjados, reuniões desgastantes do ponto de vista emocional, brigas entre profissionais, entre outras.

[...] 80% dos problemas não são do serviço e da minha atividade [...] é o gestor que brigou com o servidor; é ameaças entre profissões; é o servidor que quebra o computador par não trabalhar; é o servidor que saiu mais cedo; é o médico que não veio atender no CAIS; Atestado forjado; gente que fica uma semana sem trabalhar e quer presença e o gestor não quer aceitar; estas não são minhas atribuições e elas são desgastantes e trazem peso emocional, e você sai de uma reunião parece que saiu de uma guerra; adquire gastrite e outras doenças; então você vai numa reunião para cobrar cumprimento do horário para desempenhar suas atividades e eles falam você só vem cobrar e não temos café, cadeira, falta estrutura, então nós temos muitos problemas estruturais e de relacionamento e precisávamos encontrar válvulas de escape porque essa estrutura não vai melhorar a curto prazo e o servidor não precisa estar adoecendo. (gestor (1), administração, 23/05/2014).

O Gestor 1 assinala a necessidade de agir coletivamente no nível central como forma estratégica de reestruturar o serviço, deixando a prática individualista/corporativista e diminuindo a discriminações entre as profissões.

Em fim, para o Gestor 1 devemos fazer crítica dura ao corporativismo e a criação de entidades como as associações, conselhos das profissões. Isso, para ele, somente demonstra a vulnerabilidade da profissão. Os profissionais, segundo o Gestor 1, precisam viver o trabalho para entender a interdependência entre as profissões para atender os avanços da Políticas Públicas de Saúde no Brasil.

[...] existe outro fator que no Brasil, não sei se só no Brasil eu vi uma fala assim, nós temos que ter alguém na Câmara no Senado e eu fico muito triste porque enquanto categoria precisar ter representantes nestes lugares do legislativo para ter representantes políticos eleitos na Câmara ou outro órgão e se precisa de um cargo político demonstra a vulnerabilidade da profissão. Quando eu falo em Políticas Públicas não é isso que estou falando e sim estudar muito as PP para a saúde. Ai fica assim uma categoria tenta se fortalecer para cada lado e algumas movimentações de umas outras profissões ficam caldas, então existe um individualismo e corporativismo. [...] A gente é formado para pensar na categoria profissional isolada, o administrador no seu contexto o educador físico no seu contexto, então você não construiu o seu conceito do fazer no trabalho, você recebeu isso da universidade e se fecha naquilo [...] (gestor (1), administração, 23/05/2014).

Nesta parte, procuramos desvendar, de forma mais complexa e explícita, as relações de poder entre as profissões na Saúde Pública. Longe de esgotar as possíveis análises, vimos que os médicos são privilegiados e exercem poder sobre as outras profissões. Assim, são

considerados “autoridades profissionais”, mas há também o domínio de outras profissões como a psicologia, especificamente no campo da Saúde Mental.

6.7.4 Sínteses da percepção dos agentes sobre as relações profissionais

O conjunto dos elementos desta reflexão sobre a percepção dos agentes das unidades de saúde quanto às relações profissionais, apontou, em síntese que, que as mesmas embora amistosas, muitas vezes encobrem conflitos de inserção e aceitação. As relações são mais positivas ou negativas em virtude da divisão do trabalho, estrutura e materiais para as profissões, salários, cumprimento de horários, entre outros. Há uma maior quantidade de profissionais de outras áreas nas unidades pesquisadas, bem como maior quantidade de vagas nos concursos públicos comparadas à profissão EF. Isto se repete quanto ao quantitativo de vagas para os cursos de especialização e para a indicação dos cargos de coordenações e diretorias das unidades.

No serviço há conflitos e divergências proporcionadas pelas prioridades e privilégios de outras profissões em detrimento da EF, principalmente quanto à classe médica, mas não exclusivamente quanto a ela, como aponta os estudos de Pereira (2011), Marteleto (2007), Pereira (2004) entre outros. Neste aspecto vimos a força e o poder que os psicólogos possuem, sobretudo nos CAPS. Fato que causa descontentamento e reclamações dos agentes.

Silveira (2002) reforça estes achados e contribui com suas reflexões considerando a teoria de Pierre Bourdieu. Ou seja, o campo do SUS institui-se como um espaço repleto de agentes em constantes relações. Congrega assim, agentes com diferentes capitais com uma tendência de se reproduzirem através do *habitus* de classe. A medicina privada exerce uma dominação que se perpetua desde a formação profissional até as práticas sociais de seus membros. Outros pesquisadores, a partir da teoria da sociologia das profissões, pesquisaram as relações entre as profissões no campo da Saúde Pública, em sua maioria, buscaram analisar como se estruturam estas relações sociais no trabalho e as questões do poder das/entre profissões. Destacamos os realizados por Verenguer (2004), Areosa e Carapinheiro (2008), Ojeda e Strey (2008), Santos e Faria (2008), Espíndola (2011) entre outros.

Existem discursos dos agentes afirmando que “a lógica de estruturação do serviço”, a organização do trabalho e o modelo de atenção, assumido pela unidade, são definidores das interações profissionais.

As percepções dos agentes apontam relações variam entre positivas e negativas e para divergências teórico-metodológicas no trabalho. Estas, centradas em visões e abordagens, às

vezes, balizada pela biologia/fisiologia, psicologia, sociologia, psicanálise, outras vezes, simplesmente pelo confronto entre o modelo de atenção médico centrado e a abordagem ampliada da saúde.

Contribuindo com este debate, Martinez, et al. (2013) explicam que a hegemonia, do primeiro grupo, também se dá no campo da EF, principalmente por estar a EF atrelada histórica e organicamente às ciências biológicas e, portanto, também assume a redução do processo saúde-doença a um fenômeno individual ou orgânico.

Assim, mesmo com os PEF apresentando uma visão ampliada e o desejo de mudança do modelo de atenção à saúde biomédica (hegemônica), contraditoriamente, o campo científico, acadêmico e profissional da Educação Física (por força da ideologia do capital, representado pela busca por “eficiência, “progresso”) contribui de forma substancial para a manutenção do modelo biomédico nas práticas de saúde.

Martinez (2014) também apontou que o campo da EF:

[...] projetos sociais e concepções teórico-metodológicas em disputa sobre saúde-doença e promoção da saúde. Notamos que, de forma geral, essas tensões advêm de (re)leituras preventivistas e se encontram fundamentadas no paradigma dos fatores de risco. Todavia, também é possível identificar influências de teorias críticas, as quais buscam problematizar e superar as concepções reducionistas e lineares do trato tradicional da Educação Física com a saúde, trazendo para a discussão a compreensão da saúde-doença a partir da realidade social e das condições de vida da população (MARTINEZ, 2014, 15).

Portanto, constatamos uma importante questão relacionada aos discursos múltiplos e contraditórios dos agentes do campo da Saúde Pública de Goiânia. Em sua maioria, com pensamentos e desejos avançados, mas com ações na prática ainda centradas no modelo biomédico. Em resumo, os agentes rejeitam e, ao mesmo tempo, acreditam no modelo biofisiológico ou biomédico. Sob este aspecto Bourdieu (1983) demonstra as contradições e dificuldades que os agentes, no campo, possuem em colocar em prática, objetivamente, aquilo que aprenderam e acumularam de capital cultural. Esta dificuldade ocorreria em virtude, também, do *habitus* estruturado nas ações das práticas dos agentes, neste caso no campo da Saúde Pública. Seria como um *habitus* de classe, estruturado e incorporado, assim, difícil de romper, reestruturar e mudar, a não ser pelo “ato criativo”. Como aponta Bourdieu (1983), nem sempre os saberes e práticas perpetuam-se, podem ser também ressignificados, reestruturados a partir do ato criativo dos agentes em cada contexto de ação.

Quanto às dificuldades da transposição do modelo biomédico para os paradigmas da prevenção e promoção da saúde, defendidos pelos agentes do campo, precisamos remeter a

uma antiga discussão. As raízes do paradigma da multicausalidade. Este paradigma, para Breilh (1991) trata-se de fazer ganhar espaço no processo saúde-doença uma racionalidade do preventivismo, fundado na ampliação da visão dos determinantes da saúde e da doença da população para considerar eventos externos ao organismo (ambiente - nele incluído o social) como influenciadores no equilíbrio orgânico dos indivíduos. Esta lógica, para ele, está revestida da ideologia da lógica e as necessidades objetivas do capital. Ou seja, identificar as raízes das vulnerabilidades relacionadas às doenças sociais (ou próprias da vida em condições degradantes das cidades) e a conta gotas proporcionar melhorias desenvolvimentistas.

Arouca (2003) trata desta questão e contribui com o debate. Em seu livro o dilema preventivista aponta que ao considerar o social no processo saúde doença os defensores deste paradigma incluíram o social numa visão restrita. Esta não seria visto como determinante do processo saúde-doença e, conseqüentemente não seria considerado “um mecanismo explicativo”, mas, sobretudo, algo muito “atraente” para os “progressistas”. Estes visavam ampliar o olhar empírico analítico sobre os problemas. Em suma, gerados pelo avanço do desenvolvimento econômico e, na maioria das vezes, não acompanhado do desenvolvimento social.

Assim, como consequência deste processo, após a segunda guerra mundial, a indústria farmacêutica e mais tarde, nos anos 1960, o setor produtor de material e equipamentos médicos adveio a ter influencia marcante nas práticas médicas. Neste contexto, houve grande aceleração na renovação de materiais, como também na criação de especialistas e especialidades para atender as “novas” demandas dos usuários com eficiência (VIANNA, 2002). Neste sentido, “uma ‘boa medicina’ não poderia ser mais exercida sem uso de equipamentos de última geração e da solicitação de uma grande quantidade de exames complementares” (VIANNA, 2002, p.379).

Na complexidade que se estabelece e tece as relações no campo da saúde encontram-se conceitos centrais na reprodução dos seus discursos e práticas hegemônicas. Para Barros (2002) a evolução técnica-científica das ciências biomédicas se intensificou no último século consolidando o *modelo biomédico* e como parte dele a *medicalização*. Por isso percebemos os discursos dos agentes no campo muito voltados para as questões técnico científicas e a busca da eficiência do tratamento do doente em todas as unidades de saúde, mas o desejo de mudança também presente, uma ideia preventivista.

Para Barros (2002, p 77), o modelo biomédico gera uma “intromissão desmesurada da tecnologia médica” e passa a considerar como doença problemas situações fisiológicas que são muito mais geradas, fundamentalmente, pela situação econômico-social. As quais

demandariam procedimentos médicos, na maioria das vezes, como resultados “meros paliativos” ou até mesmo sirvam à manutenção do estado atual. Cita, como exemplo, o manejo da gravidez e do parto como se fosse uma “doença” e, por isto mesmo, requerendo atenção permanente do aparato médico. A medicalização e aumento dos partos cesarianos, sem justificativa técnica e possíveis pela aplicação de inovações tecnológicas (BARROS, 2002, p 77).

Noutra linha apareceram discursos sobre o corporativismo. Este como algo necessário na percepção dos PEF e dos POAS, contudo foi criticado pelos Gestores, principalmente por entenderem que este causa divisão, individualização do trabalho e das profissões. Como estratégia de combate ao cooperativismo, indicaram a necessidade do planejamento coletivo e ocupação de espaço de forma coletiva a partir do fundamento do trabalho no contexto multiprofissional.

Todos os agentes indicaram a necessidade de os PEF assumirem estratégias de ocupação de espaços na SMS e unidades, com vistas a forçar coletivamente a organização de uma coordenação da área da EF. Isto, por conta das discriminações, sofridas pela EF e pela pequena quantidade de profissionais desta área. Avaliamos como algo possível, mas difícil de acontecer, em virtude da recente história da EF no campo da Saúde Pública, especialmente em Goiânia. Também por serem os campos profissionais constituídos de jogos e disputas muito sutis (BOURDIEU, 1983). Assim, podemos inferir que, o campo da Saúde Pública de Goiânia se estabelece em um campo que provoca as relações entre os agentes com diferentes capitais simbólicos que, tendem a se reproduzirem através de *habitus* de classe.

A percepção dos agentes sobre as relações profissionais seriam dificultosas e complexas em virtude de uns profissionais quererem assumir avanços para a atenção à saúde e outros terem a tendência de manterem-se na tradição e conservação das formas de trabalho. Sobre este assunto, entendemos que os profissionais tradicionais e reticentes às mudanças seus *habitus* entendidos como princípio de produção de uma ordem observada e incorporada nos próprios sujeitos provocam ou constroem a incorporação de “disposições duráveis estruturadas” de acordo com o meio social da Saúde Pública e da EF. Gerando e estruturando as “práticas” e suas “representações” (BOURDIEU, 1983, p. 47). Corresponderia, assim, à mediação, a ponte entre as dimensões objetiva e subjetiva do mundo social ou simplesmente, entre a estrutura e a prática.

O modelo biomédico exerce uma dominação que se perpetua desde a formação profissional até as práticas sociais dos agentes no campo de intervenção profissional. Isto acontece em virtude da organização do próprio sistema de saúde, socializado nos discursos e

ações que, ao funcionar potencializando adequadamente a manutenção do *modus operandi*, regula-se pelo capital econômico. Os agentes das unidades que pesquisamos, ao analisarem as relações entre eles, buscaram denunciar os mecanismos de dominação próprios de um sistema de saúde hierarquizada e marcada por divisões desiguais de poderes, que segundo Bourdieu é próprio de qualquer campo e das sociedades atuais.

Contudo, o conjunto de profissões na Saúde Pública constitui o que o campo da Sociologia das Profissões designaria por um “sistema de profissões”. Assim, percebemos a necessidade das profissões, e incluídas aí a EF, assumirem uma concepção holística sobre o fenómeno profissional. Valorizando a interdependência das relações entre as profissões e reconhecendo os limites da fixação das jurisdições (geralmente objetivo primeiro do desenvolvimento das profissões) o que converge diretamente para uma permanente conflitualidade interprofissional.

6.8 O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA SOBRE OS DOCUMENTOS LEGAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE RELACIONADA À EDUCAÇÃO FÍSICA³¹

Neste subitem identificamos, na percepção dos PEF, os aspectos positivos e negativos das Políticas de Saúde brasileiras e seus reflexos na organização do trabalho dos profissionais nas unidades de saúde pesquisadas.

6.8.1 Defesas positivas e necessidade de implementação da PNS

Os PEF demonstram conhecer e apoiar as PNS e consideram a profissão Educação Física legítima neste campo.

Quando perguntados sobre o alcance destas políticas que incluem a profissão Educação Física, os discursos se referiram à Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), ao Programa Academia da Saúde (PAS), aos Cadernos dos NASF, à Estratégia da Saúde da Família.

“Ela é muito legítima tanto nos documentos como na prática. Olhe a Política Nacional de Promoção da Saúde, Programa Academia da Saúde, os Cadernos dos NASF. E você vai ver como a atividade física e consequentemente o professor de EF [...]”
(Profissional de Educação Física (2), 01/12/2013).

³¹ Optamos por analisar somente a visão dos PEF sobre os documentos legais da PNS, em virtude de serem específicas para o campo.

Indicaram a necessidade de potencializar a ESF. Para eles a EF proporcionaria a aproximação dos profissionais do serviço para com a comunidade em seu território. Como consequência haveria a geração de vínculo e a criação de estratégias de utilização dos equipamentos sociais no processo de atenção à saúde dos usuários.

*O futuro da **estratégia da Saúde Pública no Brasil** seria o profissional naquele concurso ser **aproveitado na própria comunidade** [...]. Na Atenção Básica a questão dos ACS e da ESF já começou com isso. A política quer que as pessoas [profissionais] fiquem na Atenção Básica [...]. Acho que no futuro os profissionais serão lotados perto de suas casas, para estabelecer **vínculo com a própria população** (Profissional de Educação Física (1), 02/10/2013).*

Nos discursos dos PEF foi recorrente referências à visão ampliada da saúde e os “novos” conceitos inerentes a este modelo de atenção à saúde. Citaram o projeto terapêutico singular, as equipes de trabalho, visitas domiciliares e a geração de vínculo.

*“O acolhimento e a **escuta** que fundamentam o **projeto terapêutico singular** do usuário são atividades que acontecem em dupla” (Profissional de Educação Física (2), 01/12/2013).*

*“[...] as **visitas às famílias** dos usuários que era feita pelas **mini equipes** de acordo com a necessidade dos casos, o que gera **vínculos** com os mesmos” (Profissional de Educação Física (3), 27/02/2014).*

O PEF 4 amplia esta ideia defende que o trabalho na Saúde Mental envolve o trabalho específico de cada profissão e o ampliado/interprofissional. Cita como exemplo, a relação do serviço na unidade com outras instituições relacionadas ao usuário como a escola, o trabalho e a família:

*[...] lida com o isolamento, a violência, os crimes, o abandono pela família ou o distanciamento do sujeito de sua família, da escola, do trabalho. E assim o nosso papel **não é somente o específico da Educação Física, mas sim um tratamento ampliado da saúde** do usuário e de sua família, por isso temos aqui no CAPS o grupo de família (Profissional de Educação Física (4), 18/02/2013).*

O PEF 9 alerta que contribuir com a resolutividade do problema de doença do usuário, quando fundamentado no conceito ampliado de saúde, exige, entre outras coisas, considerar a realidade do sujeito, e as informações coletadas no território.

*No CAPS essa **possibilidade de se fundamentar num serviço numa perspectiva mais ampliada de saúde** e um projeto que **considere a realidade do sujeito e um projeto terapêutico** que tem base no conceito de **clínica ampliada** permite você **ter dados significativos do território** e como que esse território pode contribuir para o processo saúde doença do usuário (Profissional de Educação Física (9), 27/03/2014).*

Os PEF reforçaram a necessidade do tratamento também individualizado/personalizado a partir da concepção ampliada de saúde. Em suas visões, a escuta qualificada (presente na Política de Humanização do SUS) permitiria ouvir os desejos, dificuldades e potencialidades dos usuários.

Tentar fazer um atendimento integral e entender que os usuários não são pessoas doentes da cabeça e sim pessoas que necessitam de atenção. Fazer também um trabalho individualizado ouvindo usuário, seus desejos, dificuldades, potencialidades, como falei sobre o usuário que trabalhei com o Tênis, um trabalho que nem sempre use protocolos, este na Saúde Pública nem sempre funcionam. Ou seja, ouvir mais os pacientes, saber que os usuários têm vários problemas de saúde e não apenas um e, assim, que referenciais teóricos vão sustentar seu trabalho [...] ajudar a construir a Educação Física dentro da Saúde Pública, por dentro dela e considerando a realidades distintas das Unidades de Saúde (Profissional de Educação Física (3), 27/02/2014).

Fazem críticas aos tratamentos balizados em cartilhas e procedimentos em forma de “protocolos” universais e padronizados. Não referendam a criação de protocolos padrão e de atendimento. Para eles, estes não funcionariam na Saúde Pública por sua complexidade.

[...] os conteúdos da atividade física ou do exercício sistematizado no SUS, tenho minhas dúvidas se funcionam. Com os meus mais de seis anos de trabalho quase não vejo alguém focando estes conteúdos e nem medidas e avaliação como preconiza o Conselho Federal de Educação Física em suas cartilhas (Profissional de Educação Física (4), 18/02/2013).

Os PEF acreditam haver avanços e potencialidades nas PNS no que se refere ao matriciamento, territorialização e a intersetorialidade. Levantam diversas potencialidades como as parcerias com a Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (SEMEL) e a Polícia Militar (PM), o uso de equipamentos sociais em conjunto com outras instituições, o processo de orientação do usuário no território para aderir às práticas corporais, esporte e lazer em suas comunidades (processo de desinstitucionalização).

[...] não é fácil bancar as atividades físicas, por exemplo, vamos supor na ESF na região noroeste, eu tenho um filho que quero que ele faça natação eu não tenho condição financeira para isso, mas existem equipamentos sociais em projetos de esporte e lazer que podem fazer isso. Veja no clube do povo [programa de atividades esportivas realizado em dos bairros de Goiânia pela SMEL. Orientar os usuários da ESF para fazer atividades físicas onde tem os núcleos da SEMEL, fazer essa articulação, muito mais do que desenvolver a atividade física na unidade, o trabalho vai muito além disso (Profissional de Educação Física (7), 02/04/2014).

[...] o caminho só da atuação é equivocado [...] vai começar o matriciamento, de ir ver a criança, ver os equipamentos sociais [...] fazer vínculo com elas trabalhar na promoção de saúde. [...] essa comunidade está problemática, então vamos fazer uma rua de lazer juntamente com a SEMEL, eu acho que isso seria um papel que iria mostrar a profissão [...]. Tudo gira em torno do território [...] o matriciamento no território, nós já tivemos que assumir é uma nova visão da saúde [...] se fala nas redes

sociais e num trabalho de reinserção social [do usuário] em que posso orientar ele para a desinstitucionalização. Vai muito além do biológico [...] (Profissional de Educação Física (7), 02/04/2014).

[...] a intersectorialidade era um princípio forte [...] no NASF consegui estabelecer uma parceria com a polícia militar perto do Parque Areião e lá tinha um ginásio disponível e o futsal com todo o material e com um espaço coberto. Isso foi a partir do conceito de intersectorialidade, que foi trabalhada na formação no NASF, que isso me ajudou a estruturar o trabalho (Profissional de Educação Física (9), 27/03/2014).

Apesar das evidências de avanços na implementação das PNS e do trabalho extramuros, para os PEF, estão mais em processo de discussão do que de implementação. Cabe destacar que, nas unidades de Atenção Psicossocial este processo encontra-se mais avançado em virtude da implementação da reforma psiquiátrica ser uma das bandeiras dos CAPS do Sistema de Saúde de Goiânia. Neste sentido, as discussões do matriciamento tem contribuído e somado esforços potencializando este processo a partir da implementação dos NASF em Goiânia, como também encontrou Martinez (2014).

O PEF 9 demonstra ter uma visão um pouco diferente. Indicou que mesmo com o processo de desinstitucionalização previsto nas PNS, não se trataria de não estruturar o campo da Saúde Pública para a atuação com as práticas corporais, mas sim, fazer as duas coisas.

Como eu vou institucionalizar uma pessoa que necessita ser inserido na sociedade. Então esta lógica influencia na estruturação do serviço e do espaço e materiais, tanto é que como o processo saúde doença é longitudinal inicialmente aquele sujeito vai ter uma ação institucional e, na medida que ele vai evoluindo, você vai ampliando para outros espaços e pode-se estruturar o CAPS para as práticas corporais, mas sem perder de vista a desinstitucionalização e a vivência dele em atividades em sua comunidade e bairro (Profissional de Educação Física (9), 27/03/2014).

Temos concordância com esta visão por propor estruturar as unidades de saúde para atender os usuários inicialmente e de acordo com SUS necessidades e limitações para depois indicar onde ele poderia aderir às práticas corporais em sua comunidade.

Neste processo de matriciamento e desinstitucionalização dos usuários, os PEF apostaram no Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2011a). Esta política poderia proporcionar a ampliação das ações da Educação Física. Para eles esta profissão em diversos espaços de atuação do SUS tem ficado mais nas ações relacionadas às palestras com o objetivo de inculcar conhecimentos/informação/receitas para que o usuário assuma “sozinho” um estilo de vida ativo, independente de suas possibilidades sociais e econômicas. Defenderam, portanto, que o Programa pode proporcionar aos usuários oportunidades de serem incluídos pelo Estado em políticas democráticas de Práticas Corporais.

*Acho que as academias da saúde que eles [gestores da SMS] estão querendo implantar se vierem será muito bom porque **depois das palestras o profissional do CAIS ou da ESF pode orientar a prática com os profissionais de Educação Física nestes locais todos os dias, para o usuário não ficar somente na informação e em uma receita. Ele [o usuário] não vai fazer! Ele [o profissional de Educação Física] tem que perceber o usuário nos seus aspectos sócio econômica também*** (Profissional de Educação Física (8), 28/04/2014).

*A academia de [...] se efetivar como Política Pública vai ser interessante porque as pessoas poderiam ir e com o professor de Educação Física **abordar o sujeito com a prática e não somente com a palestra e o conhecimento que é pouco. Há a necessidade de proporcionar a atividade corporal de maneira pública*** (Profissional de Educação Física (8), 28/04/2014).

6.8.2 Dificuldades e distanciamentos na implementação da PNS

Os discursos dos PEF quanto à aplicação da Política Nacional de Saúde apontaram dificuldades e distanciamentos. Defenderam que cumprir a PNPS está entre as prioridades dos dirigentes superiores da SMS de Goiânia, no entanto, alegaram que os profissionais falam muito sobre promoção e prevenção em saúde, mas praticam muito mais o assistencialismo (ação de cura) por uma série de fatores: pouca efetivação do trabalho em rede; falta de materiais para as profissões; as políticas sociais não favorecem a intersetorialidade. A fala do PEF 1 demonstra um sentimento pessimista quanto a efetivação do trabalho voltado para a promoção da saúde dos usuários.

Promoção da saúde é uma questão administrativa e de gestão. Geralmente os profissionais falam muito em promoção e prevenção [...], em todos os congressos que fui teoricamente está claro, mas na hora da prática não tem material, a própria rede não funciona. As políticas sociais não favorecem. Há dificuldades nesta lógica do sistema. O nível central que determina se é para dar mais prioridade para o assistencialismo ou se é para dar mais prioridade para promoção (profissional de Educação Física (1), 02/10/2013).

Citaram também dificuldades na efetivação do “Programa Academia da Saúde”. Trouxeram à tona a validade da visão científica, a não efetivação da orientação para a prática, as possibilidades dos aparelhos causarem lesões, atender uma população restrita de idosos, não considerar as diversidades e individualidades dos usuários e não se efetivar na periferia e sim em parques centrais da cidade de Goiânia. Para os PEF, os benefícios seriam muito pequenos:

Na política da academia da saúde prevê a orientação, mas não tem [...]. Então assim, na teoria (escrito, documentos) tem até uma estrutura melhor do que gente vivência na prática. Na periferia não se efetiva. E aqueles aparelhos são em nível articular

também não vi ganho nenhum. Fazendo sem uma orientação (profissional de Educação Física (1), 02/10/2013).

Se for bem sincero a política do "faz de conta", um ponto, simples, uma coisa que eu acho a maior "mentira" são estas academias populares da saúde que eles colocam nas praças. Primeiro pelas possibilidade de lesão, porque as pessoas podem se lesionar em virtude daquelas atividades serem feitas sem orientação. Não tem o fim que parece, não tem a capacidade de fazer hipertrofia, não tem capacidade de fortalecimento muscular pela baixa capacidade de sobrecarga. A capacidade de gastos energéticos, fisiológica para o emagrecimento é pequena. Acolhe um grupo muito pequeno da população para trabalhar, muito restrita e como se fossem todos iguais e as mesmas necessidades e teria que ser bem orientada, então a Educação Física no município é um "faz de conta" [...]. Me chamaram no Paço para ver o que eu achada das academias de praças e eu disse um falácia. Porque eles estavam querendo colocar professores de Educação Física para atuar. Ai eu falei que iria diminuir a quantidade de lesão, mas o público será muito pequeno e o benefício também (profissional de Educação Física (6), 27/03/2014).

Os PEF Também focaram o Programa Saúde na Escola. Em suas afirmações, na execução dos programas, estão ficando em planos menos privilegiados na divisão e organização do trabalho. Isso acontece em virtude do excesso de trabalho nas demandas impostas pelo nível central da Secretaria Municipal de Saúde. Em suas visões, o nível central da SMS desencadearia um processo de acúmulo de trabalho, de tal modo que, a efetivação dos programas deixaria de ser prioridade para os profissionais.

[...] chega-se as verbas e tem as metas já estabelecidas, metas traçadas, mas não tem a dedicação ao trabalho, dedicação assim, não que o profissional não queira trabalhar, dedicação que eu falo é de focar a atenção do trabalho nisso [no projeto]. A mesma pessoa [profissional] que está tomando conta do PSE tem que tomar conta de outros assuntos e ai ela é cobrada muito mais dos outros assuntos do que do PSE. Então por consequência o PSE acaba ficando a terceiro quarto plano, mas como tem que cumprir a meta, porque se não vai dar problema com o ministério, a coisa tem se tornado meio que à revelia (profissional de Educação Física (2), 01/12/2013).

Os discursos dos PEF, apesar de terem demonstrado no item anterior, acreditar em diversos aspectos da PNS, apresentaram certas dificuldades em implementar a intersetorialidade, a territorialização e o trabalho em rede.

[...] é a dificuldade financeira para o usuário chegar até aquele local, é a questão do uso de medicação o usuário está numa região e precisa atravessar a cidade para pegar o medicamento, com a territorialização fica melhor, e é uma nova visão da saúde [...] em que os profissionais mais antigos têm uma certa resistência aos avanços das leis do SUS. E ai é a questão da gestão ir ajustando as coisas. A princípio (leis e normas do SUS) toda unidade de saúde tem que atender usuários de saúde mental, mas na prática não [...] a gente está tendo que sair do CAPS e ir para estes territórios (profissional de Educação Física (7), 02/04/2014).

[...] o objetivo da abordagem psicossocial acredita-se que se várias situações da prática na intervenção estimulava o usuário e tentava garantir que este sujeito utilizasse este serviço no esporte e lazer da cidade, apesar de não ter parceria, mesmo tentando estabelecer na época que eu estava no CAIS Amendozeiras, uma parceria com

a SMEL e foi negada [...] Eles não quiseram fazer a parceria e na minha avaliação não tinha o interesse de se pensar saúde a partir do território que é algo fundamental para a Saúde Pública. Era garantir a intersetorialidade que garante a questão do esporte e do lazer sob a finalidade da saúde o que é engraçado e contraditório demais. No momento em que você quer estabelecer novos processos de trabalho você não consegue. é Contraditório (profissional de Educação Física (9), 27/03/2014).

Os discursos dos PEF focaram as crises que a efetivação das PNS provocam nos profissionais e consequentemente na unidade em geral. Alegam não serem as crises um privilégio dos profissionais do campo da Educação Física e sim de todos os profissionais do campo da Saúde Pública. Em alguns casos percebem serem elas provocadas pela falta das Políticas intersetoriais, pela falta de clareza de conceitos e princípios novos trazidos pelas leis do SUS.

*Estas mudanças provocam crises, mudanças de visão, conceitos, conflitos. No momento é crise, por exemplo, recentemente nós tivemos que abrir o leito psiquiátrico nos CAIS, foi um "caus" no CAIS e os profissionais falavam que não sabiam trabalhar com o usuário da saúde mental. Eu acho que a lei já existe **precisa é aplicar, fazer com que o profissional quando entra no SUS seguir os princípios do SUS**, entendeu, para o profissional chegar nos princípios precisa estar em aberto [...]* (profissional de Educação Física (7), 02/04/2014).

*Peguei um processo complicado de transição de mudança de equipe técnica e com nova equipe ela buscou trazer elementos das políticas, apesar das crises, foi onde eu comecei a ter um contato com a **política da Saúde Mental** e também relacionada à **política de Atenção Básica** porque na época eu passei pelo processo de **formação para o NASF** e para conhecer a relação do NASF com o nível secundário e com a saúde mental e com a atenção básica e em geral com toda a rede de atenção básica* (profissional de Educação Física (9), 27/03/2014).

*[...] é difícil avaliar o saber é bem utilizado, um conceito ideal para ser aproveitado ali se a política organizacional do serviço não exige e as **políticas públicas provocaram crises não são só na nossa área e sim em todas as áreas** principalmente porque as políticas ministerial não se entrelaçam e ver o que é específico da área e o que é coletivo para intervir* (profissional de Educação Física (9), 27/03/2014).

O PEF 9 demonstra ter uma visão clara sobre o processo histórico construído no campo da EF sob as influências dos Meios de Comunicação de Massa. Segundo ele estes influenciam no desenvolvimento de crises e conflitos no trabalho.

[...] na saúde eu vejo que a crise é em virtude do que as pessoas formam enquanto ideário da mídia e de outros espaços em que a Educação Física fica é muito voltada para a indústria cultural do fitness e isso tem uma repercussão tão forte que os profissionais incorporam esta forma de intervenção no campo da saúde" (Profissional de Educação Física (9), 27/03/2014).

Para os PEF, a aplicação dos conteúdos ligados aos exercícios físicos e aos esportes têm limites quando pensados para estrutura a atuação. Limites quando se olha para as unidades e para o território em virtude das condições materiais e estruturais, da visão de medicalização do tratamento que precisa ser combatida para que aja o avanço da prevenção e promoção da saúde, os problemas de saúde serem amplos e não restritos. Nas suas visões, as ações da EF seriam dependentes de aspectos sociais, culturais e econômicos dos usuários;

*[...] medicalizar todos os problemas que se a gente focar de forma mais específica a gente vai ver que muitas problemáticas da **complexidade da vida das pessoas que envolvem no campo social, cultural, econômico, o uso de medicamento forma um ideário de saúde equivocado**, ao meu ver, para com o tratamento das pessoas (profissional de Educação Física (9), 27/03/2014).*

*A questão é que como você vai resolver um **problema de saúde que é amplo apenas como exercício físico**. Esse é o ponto que é fundamental que você tem que pensar em nossa reflexão. **O exercício tem os limites quando se olha para o território** (profissional de Educação Física (9), 27/03/2014).*

*A televisão, os meios de comunicação de massa **divulgam as atividades físicas como uma panaceia universal** o Estado parece que é **desresponsabilizado**, não incentiva, não promove (profissional de Educação Física (5), 15/04/2014).*

*Vinha com coisas muito elaboradas chegava e pensava vai ser perfeito, eles vão adorar [...]. Começava e os usuários olhavam para nossa cara e ficavam assim meio que parados [...] não está funcionando não! **Era uma frustração** porque não tinha resposta e a gente pulando e sorrindo e eles nada. Falei **vamos ter que mudar e sair desse lugar, entrar no mundo deles**, eles não tinham compreensão do movimento, as vezes eles gostavam, mas parece que **nunca haviam vivenciado na vida deles essas experiências de atividades corporais** e para eles era tudo muito difícil (profissional de Educação Física (8), 28/04/2014).*

Os PEF também indicaram ser difícil a aplicação de conhecimento e instrumentos indicados nas cartilhas do CONFEF impossíveis de serem aplicadas em função de diversos fatores. Lembraram das “medidas e avaliações” e das variáveis biofisiológicas dos usuários e a falta de vivência dos usuários na vida cotidiana e em sua história pregressa de práticas corporais.

*[...] mas muitos profissionais que não trabalham e que trabalham no SUS **tem a impressão de que poderia trabalhar com os conteúdos da atividade física ou do exercício sistematizado no SUS**, tenho minhas dúvidas com os meus mais de seis anos de trabalho quase não vejo alguém focando estes conteúdos e nem medidas e avaliação como **preconiza o Conselho Federal de Educação Física** em suas cartilhas (profissional de Educação Física (4), 18/02/2013).*

*Se for olhar pelas atribuições que estão nas "**Recomendações para atuação de Professores de Educação Física na Atenção Básica**", não tem estrutura física para o trabalho e é impossível aplicá-la (profissional de Educação Física (7), 02/04/2014).*

6.8.3 Sínteses da percepção dos agentes sobre os documentos legais da Política Nacional de Saúde relacionada à Educação Física.

Considerando a análise dos dados identificados sobre a percepção dos agentes sobre os documentos legais da PNS ponderamos que, os PEF conhecem com certa profundidade a maioria das PNS e suas relações com os saberes do campo da Educação Física, mas demonstram haver dificuldades na incorporação das mesmas no seu trabalho. Isto se dá por uma série de fatores e gera crises, dificuldades, desmotivação, entre outros sentimentos negativos.

Em resumo, as defesas positivas quanto as necessidade de aplicação das PNS foram enfatizados a potencialização da ESF, da Atenção Básica e dos programas a elas relacionadas. Principalmente pelo fato de proporcionar a aproximação dos profissionais de saúde da comunidade no território e a construção de estratégias de aproximação e utilização dos equipamentos sociais no processo de atenção à saúde dos usuários.

O trabalho extramuros foi evidenciado como estando mais em processo de discussão do que em execução, logo, a visão ampliada da saúde e os “novos” conceitos inerentes a este modelo de atenção presentes na Política de Humanização do SUS, foram reforçados nas falas dos PEF.

Como consequência desse olhar, os PEF fazem críticas aos tratamentos que são balizados em cartilhas e procedimentos em forma de protocolos, especialmente pela falta de estrutura e pelo distanciamento de seus conteúdos, técnicas, metodologias e formas de avaliação. Estes, muito distantes da realidade dos serviços e dos avanços conquistados pelo processo de humanização do SUS via Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2008c). Nela vemos as contradições entre os cartilha (Recomendações) do CONFEF, a qual não considerar no processo de cuidado em saúde do usuário ouvir suas opiniões, desejos, dificuldades e potencialidades. Por estes motivos, entre outros, os PEF não acreditam nas propostas do CONFEF como potencializadoras do trabalho no campo da Saúde Pública, ao contrário, entendem que elas dificultam o trabalho, ou não são possíveis de serem aplicadas na Atenção Básica.

Os agentes defenderam haver uma preocupação explícita quanto aos avanços já apresentados e as potencialidades das PNS no que se refere ao matriciamento, territorialização e a intersetorialidade.

Destacamos a indicação do processo de desinstitucionalização previsto nas PNS, como algo positivo e que pode ajudar a estruturar o campo da Saúde Pública. Este processo

permitiria à EF atuação com as práticas corporais, nas UABSFS, no Programa Academia da Saúde e no PSE, potencializando suas ações com os usuários rumo a busca da construção da autonomia e da participação social. Este processo de desinstitucionalização é dependente também do avanço na efetivação do matriciamento que permitiria a ampliação do trabalho mais centrado na territorialização e menos no interior das unidades de saúde.

Apesar dos agentes verem potencialidades e se disporem a incorporar as PNS, por outro lado, apresentaram diversas dificuldades para a efetivação das PNS. No que tange ao campo da Educação Física, entendem que as políticas estão demasiadamente no discurso do que incorporadas nos serviços.

Especificamente quanto à implementação do programa Academia da Saúde, suas visões são pessimistas. Para eles, estaria muito atrasado em virtude do recurso já estar na SMS, mas não ter sido efetivado na prática. Não há política de lotar profissionais de Educação Física para o programa. Também alegam não haver uma preocupação dos Gestores da SMS em efetivar a política para a periferia da cidade.

Mesmo entendendo ser, o programa, uma tentativa de democratização das práticas corporais, não acreditam na possibilidade dos equipamentos serem efetivos do ponto de vista biofisiológico e científico.

Para os PEF a aplicação dos conteúdos ligados aos exercícios físicos e aos esportes têm limites quando pensados para estrutura a atuação e pela desresponsabilização do Estado para com essas atividades. Defender esta forma de intervenção, hoje, no campo da Saúde Pública, seria um contrassenso diante da realidade estrutural e material das unidades. Seria reforçar o modelo de atenção à saúde voltado para a medicalização.

Este processo passa pela tentativa de desconstrução nas unidades, diga-se de passagem, com avanços maiores em algumas como nos CAPS, como trabalho centrado no coletivo, interprofissionalidade nos grupos de atendimento ao usuário e interdisciplinaridade. Ao mesmo tempo com dificuldades ou retrocessos em outras, como por exemplo, nas unidades como nos CAIS (média complexidade/trabalho especializado) em que o trabalho da Educação Física é quase isolado das outras profissões e centrado no exercício físico para fortalecer o aparelho osteomuscular.

As percepções esboçam que o SUS em Goiânia passa por um processo de transição no modelo de atenção à saúde que demanda tempo para sua ampliação e efetivação, igualmente, busca minimizar os problemas principalmente na atenção secundária e terciária. Passa, por conseguinte, por uma fase de dificuldades em Goiânia e avaliamos que isto não é uma

prioridade da cidade e sim uma realidade ampla em todo o Brasil. Há a iniciativa de fortalecer a Atenção Básica e a ESF em um transição ou jogo.

A situação está complicada para os profissionais que, afirmam ser, este processo de mudança no modelo de atenção, gerador de conflitos e crises próprios ao processo de implementação das PP. Ou seja, sair da cultura do modelo de atenção à saúde, centrado na clínica e na doença (modelo biomédico) e centralizado na unidade e não no território, para passar para a promoção da saúde na Atenção Básica, trata-se de um desafio constante se se analisarmos as condições humanas, materiais bem como seus desdobramentos no processo de incorporação dos conhecimentos presentes nas PNS.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos sobre as profissões têm ganhado vertiginoso espaço no campo científico em todas as partes do mundo, especialmente nos EUA e na Europa, não sendo diferente no Brasil. Assim, fizemos um esforço em contribuir com este avanço ao longo desta pesquisa. O desafio centrou-se, especificamente, na temática profissão Educação Física (EF) e sua inserção no campo da Saúde Pública (SP). Esperamos que as discussões aqui apresentadas possam suscitar novas investigações nesta área.

De forma geral, buscamos analisar as contradições, lutas e disputas do processo de inserção, atuação, aceitação, profissionalização e legitimação da Educação Física no campo da Saúde Pública, a partir da produção científica, dos documentos legais da Política Nacional de Saúde, dos documentos das instituições (Conselho Profissional e Associações) próprias do campo da EF, das evidências documentais e da percepção e dos agentes das unidades de saúde do Distrito Sanitário Leste (DSL) em Goiânia - GO.

Nas análises da produção científica relacionada à temática Educação Física e Saúde Pública no Brasil ficou evidente haver, atualmente, um aumento crescente de publicações acadêmicas sobre a temática, sobretudo a partir do ano de 2007. Situações muito específicas foram encontradas em estudos de várias regiões do país. Em sua maioria a inserção dos PEF tem se dado de forma precária e sem concurso público (mesmo observando um avanço na quantidade de editais públicos para PEF para o SUS no Brasil), os salários são mais baixos em comparação aos das outras profissões da saúde.

Em relação aos temas, prevaleceram os trabalhos sobre a Saúde Mental, seguidos pelos relacionados à Atenção Básica e à Estratégia Saúde da Família. Apareceram relatos de experiências e/ou vivências em oficina, e pesquisas acerca do conhecimento e percepção de profissionais, gestores e usuários sobre o tema. Para nossa surpresa, em menor número apareceram trabalhos empírico-analíticos com ênfase em experimentos, testes medidas e avaliação de programas de atividades físicas no SUS, historicamente muito mais hegemônicos no campo da EF.

Somam-se a isso, os desafios propostos de institucionalizar a Educação Física em diferentes espaços de atuação como as ESF's, CAPS, NASF's, Hospitais entre outros, mas a partir da valorização do trabalho e da busca de aproximações dos princípios do SUS. A produção acadêmica analisada aponta pistas para estas aproximações, bem como o avanço do profícuo diálogo com conceitos do campo da Saúde Pública e da Saúde Coletiva. Este tem contribuído para um movimento de (re)pensar os saberes da própria Educação Física, abrindo

caminho para refletir sobre os conflitos paradigmáticos já presentes no campo, além de outros relacionados ao campo acadêmico e de intervenção profissional.

Destacamos abordagens relacionadas à Educação Física em relação às políticas de saúde e às percepções de gestores, profissionais e usuários sobre a profissão Educação Física. A questão da formação profissional ganhou destaque e, com maior ênfase, vimos as análises de experiências em unidades de saúde diversas.

Quanto às análises dos documentos legais da PNS foi possível ver nos documentos, no que se refere à legitimação da Educação Física na Saúde Pública, um relativo avanço ao incluir o termo “práticas corporais”. No entanto, permanecem com um viés ainda forte do combate aos fatores de risco de adoecimento da população, ao invés de considerar os condicionantes estruturais dos processos de determinação da saúde e da doença dos usuários do SUS. Assim, a dimensão da “conservação” dos fazeres e saberes tradicionais permanecem e ganham força no campo da intervenção profissional, na produção científica, e no campo político representado pelo aparato estatal.

Em razão de um *habitus* individual e às vezes coletivo, o campo da EF apoia-se nas perspectivas do mercado, dos modismos e interesses corporativos profissionais. Assim, os principais resultados das análises dos documentos indicaram que os sentidos e discursos nos documentos da PNS relacionados à Educação Física buscam qualificar a atuação reorientando a organização do trabalho e as práticas do exercício profissional da EF na Saúde Pública, muito mais no sentido de uma apropriação de novos termos revestidos do conservadorismo que encontramos em nossas análises. Nos documentos “Institucionais” apresenta uma reorientação tímida, tensa e contraditória, de acordo com os interesses materiais e simbólicos do grupo de poder representativo nas “disputas pela profissionalização” hegemônicos ou contra hegemônicos. Estas, em seus conjuntos de propostas e discursos, relacionados à atividade física e saúde, apontam muito mais para os dilemas típicos do corporativismo particularista da profissão buscando garantir territórios “cartoriais” além do autoritarismo sindical dos Conselhos Classistas.

Isto acontece em virtude de compreendermos que existem visões concorrentes e contraditórias na produção científica e nos documentos legais nos projetos coletivos do próprio campo da EF brasileira. Assim, a imagem pública da EF com seus saberes e fazeres desvelam interesses e perspectivas distintas na construção do profissionalismo da EF no campo da Saúde Pública. O SUS é, sem dúvida, um campo de disputas de interesses e a Educação Física ao ser inserida nele passa a desenvolver uma pluralidade de modos de ser e fazer.

Igualmente, vimos ao longo desta tese que estas visões são construídas e estruturadas tanto nos processos de produção científica, nas construções das Leis e documentos do aparato Estatal e, sobretudo, na realidade da prática dos PEF na Saúde Pública. Cabe destacar que, os agentes (PEF, POAS e Gestores) estão constantemente sendo bombardeados nas relações sociais, em diversos espaços (compreendidos como campos de disputa). Isto contribui para a construção de categorias lógicas de percepção individuais e coletivas sobre o trabalho e o serviço. Estas percepções são estruturadas a partir das lógicas de “retenção”, “mediação” e “classificação”. Contudo vimos que este processo não mecânico e exclusivamente “de fora para dentro”. É, antes de tudo, permeado pelas condições objetivas e subjetivas que envolvem a relação EF e SP e também é dependente da posição social e dos capitais acadêmicos, credenciais, apreciações, preferências, gostos e aspirações.

No que se refere aos documentos institucionais e a realidade das ações da EF nas unidades de saúde, demonstramos a diversidade das práticas corporais realizadas e suas finalidades terapêuticas ligadas à cura das doenças, geralmente, a partir da demanda dos usuários, da percepção/desenvoltura do PEF e, sobretudo, fortemente influenciada pelos aspectos teórico-metodológicos da organização do trabalho em saúde.

Cabe destacar que, entendemos estar implícito na atuação da EF, de forma geral, um sentido prático influenciado, muitas vezes pelas percepções identitárias mais individuais ou mais sociais construídas na estruturação de seus hábitos profissionais. Estas desdobradas em características contraditórias, tensionadas e voltadas para uma ou mais das dimensões científicas, políticas, econômicas e culturais da vida dos usuários.

A formação inicial dos PEF se mostrou relativamente limitada para a atuação no campo da SP. Por este motivo buscaram especializações no campo da SP. O que demonstra a necessidade da reorientação da formação dos PEF buscando abarcar as necessidades e complexidades do trabalho dos profissionais do SUS.

Nas análises do processo de formação dos PEF ficaram evidentes as lacunas entre o saber e o fazer da Educação Física nos diferentes contextos investigados. Principalmente em virtude das disputas entre as áreas biofisiológicas/biodinâmicas e sociocultural/pedagógicas, com destaque para a hegemonia da primeira visão, o que apontou para a elucidação de entraves e dificuldades dentro do próprio campo da EF em reconhecer-se como profissão com atuação na SP.

Na busca pela legitimação da EF no processo de profissionalização no campo da SP em Goiânia, percebemos que os discursos dos PEF apresentam um avanço quanto ao desejo de trabalhar com a prevenção e com a promoção da saúde. Também se preocuparam em considerar

o trabalho coletivo, as condições socioeconômicas, culturais e sociais dos usuários. O que vemos como uma busca do refinamento de sua atuação, mas seus desejos, geralmente, são dificultados pelos limites das condições estruturais e materiais, além das disputas, lutas e conflitos inerentes ao processo de inserção de um profissional novo no campo.

Não encontramos consenso entre os agentes sobre as dificuldades no processo de trabalho em virtude das condições estruturais e materiais, contudo, defenderam a necessidade da estruturação e de uma maior preocupação da SMS com a estruturação específica do campo para a profissão Educação Física. Os agentes defenderam que a resolutividade dos problemas de saúde dos usuários poderiam ser melhores alcançados com esta estruturação do campo de atuação.

Parafraseando Freidson, estas dificuldades enfrentadas pelos PEF são estruturadas pela dinâmica dos “empreendimentos sociais” e pelos “corpos de conhecimentos e qualificação. Estes, variam em diferentes tempos e espaços” e dependem: do aparato estatal representado pelas leis, instituições, entre outras: das políticas públicas estatais; da organização da profissão; e das ideologias esposadas pelos grupos de poder no campo da educação física. Portanto, podemos inferir que a posição que a Educação Física ocupa no campo da saúde pública depende do poder destes empreendimentos e da construção de sua autonomia nas relações com as outras profissões da saúde.

Os fazeres cotidianos estruturados pelos *habitus* dos agentes sociais, na saúde pública, variam entre os indivíduos e coletivos com seus “modos operandi” e criações. Estes carregam as marcas do passado dos agentes, que variam, sobretudo, de acordo com as sociedades, as educações, as conveniências, os modos, os prestígios, as credências, o status e, sobretudo pelo que chamamos de “estilos de atuação profissional”, permeados, então, pelos capitais objetivados, incorporados e institucionalizados.

Enfim, a Educação Física, ao se inserir no campo da saúde pública, entra num jogo/conflito com grupos específicos de profissionais que compartilham processos de negociação e princípios de legitimidade diferenciados. Desdobram-se em processos de relações profissionais com aspectos positivos e parcerias, contudo, também é marcado por retrocessos, contradições e desigualdades no prestígio social.

A Educação física, de forma geral, não tem buscado responsabilizar-se em deslocar o foco da fragmentação da análise - com ações voltadas para o processo saúde doença individual, pautado numa visão mais curativa - para a defesa de ações de integração e totalidade das necessidades dos sujeitos usuários do SUS, numa perspectiva mais coletiva. Ao contrário, os

Agentes demonstram a necessidade e as iniciativas dos PEF em buscar reestruturar seus trabalhos.

Neste sentido, entendemos que, conforme aponta Teixeira (2001), as ciências hoje (incluindo o campo científico e profissional da EF), como um todo, estão vivendo um momento de rever conceitos e princípios, reorganizar ideias e reestruturar métodos e técnicas, rediscutir teorias e reavaliar resultados. A tendência é a diversidade, a complementariedade, a conexão, a interação de opostos e o estabelecimento de elos entre os contraditórios. Os agentes do campo foram unânimes em defender estas necessidades como forma de melhorar as suas intervenções no campo da Saúde Pública a partir de novas ações teoricamente fundamentadas.

Concluimos que, ao analisar a legitimação da EF nas relações com as outras profissões da SP, especificamente na região Leste da Cidade de Goiânia, nos permitiu avaliar que nas diversas unidades de saúde pesquisadas (espaços sociais) as mudanças, conflitos, disputas, parcerias, estratégias e “jogos”, nas relações do trabalho. Pode confundir as rotinas dos quotidianos das unidades de saúde, se considerarmos as mudanças constantes e significativas nas Leis do SUS e na construção e implementação da Política Nacional de Saúde. Essas alterações são estruturadas e estruturantes também no serviço (na ponta do serviço/no território). Ou seja, mudanças legais e no campo científico das profissões podem transformar de forma profunda o trabalho dos profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIB, Leonardo Trápaga; FERREIRA, Luiz Alberto dos Santos. A cultura corporal no contexto da saúde mental. In: Anais do V Congresso Sulbrasileiro de Ciências do Esporte. | UIVALI – Itajaí– SC 23 a 25 de setembro de 2010. Disponível em: <http://www.rbceonline.org.br/congressos/index.php/vcsbce/vcsbce/schedConf/presentations>

ACOSTA, Elisabete Bongalhardo. **Os conhecimentos acerca de atividade física, saúde e ambiente dos trabalhadores das equipes do Programa Saúde da Família**. 2005. f. 133. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, 2005.

ALMEIDA, António José. Contributos da Sociologia para a compreensão dos processos de profissionalização. **Mediações**. v. 1, n. 2, p. 115-127. 2010.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de; VIEIRA, Carlos Alberto Lisboa. **Distritos Sanitários: Concepção e Organização**, v. 1. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 3, p. 30-50, 2005.

_____. **La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología**. Buenos Aires: Lugar Ed., 2000a.

_____. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **Revista Brasileira de Administração Pública**, Brasília, DF, 2000b, v. 34, n. 6, p. 9-32.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.120p

ANDRADE, Douglas Roque. **A Atividade física e Promoção da Saúde: Conhecimento e Prática dos profissionais de Saúde das Unidades Básicas de Saúde do Município de São Caetano do Sul – São Paulo**. 2001. Dissertação. (Mestrado Faculdade de Saúde Pública). Universidade de São Paulo. São Paulo, SP: 2001.

ANJOS, Tatiana Coletto dos. **Revisitando a educação física a partir da atuação do profissional de educação física na atenção básica**. 2012. 100 f. Dissertação. (Mestrado Acadêmico em Interdisciplinar em Ciências da Saúde) Universidade Federal de São Paulo. 2012.

ANJOS, Tatiana Coletto dos; DUARTE, Ana Cláudia Garcia Oliveira. A Educação Física e a Estratégia de Saúde da Família: formação e atuação profissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [4]: 1127-1144, 2009.

AREOSA, João; CARAPINHEIRO, Graça Quando a Imagem é Profissão. Profissões da imagiologia em contexto hospitalar. **Sociologia, Problemas e Práticas**, n.º 57, 2008, pp.83 - 108

AROUCA, Sérgio. **O Dilema Preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

BAGRICHEVSKY, M. A formação profissional em educação física enseja perspectivas (críticas) para a atuação em saúde coletiva? In. **Educação Física e Saúde Coletiva** – Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção. Alex Branco Fraga e Felipe Wachs (Org).. 2 ed. UFRGS. Porto Alegre – RS. 2007.

BAGRICHEVSKI, Marcos; ESTEVÃO, Adriana; PALMA, Alexandre. Saúde Coletiva e Educação Física: aproximando campos, garimpando sentidos. In. **A saúde em debate na Educação Física**. BAGRICHEVSKI, Marcos., ESTEVÃO, Adriana., PALMA, Alexandre., MARCOS da Ros., (orgs). Blumenau. SC: Nova Letra, 2006.

BAGRICHEVSKY, Marcos; PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana. (orgs.). **A saúde em debate na educação física**. Blumenau-SC: Edibes, 2003, v.1, 191 p.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Editora Edições 70, 1977.

BARROS, José Augusto Cabral de. Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**. 2002; 11(1): 67-84.

BARROS, J M C. Educação Física na sociedade brasileira atual e a regulamentação da profissão. **Motriz**, v. 2, p. 107-109, 2000.

BATTAGLION, Angelo Neto. **O conhecimento e a prática de acadêmicos de educação física com atuação na saúde pública**. 2003. 145f. Tese. (Doutorado Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto) Universidade de São Paulo. 2003.

BOURDIEU, Pierre; DARBEL, Alain. **O Amor pela Arte: os museus de arte na Europa e seu público**; tradução de Teixeira, G. J. F. 2. ed. São Paulo: Editora da Univ. de São Paulo; Porto Alegre: Zouk, 2007.

BOURDIEU, Pierre. A Causa das Ciências como a história social das ciências sociais pode servir ao progresso das ciências. **Política & Sociedade**. n. 01 setembro 2002. P 143-161.

BOURDIEU, Pierre. **O Poder Simbólico**. Rio de Janeiro/Lisboa: Bertrand Brasil/Difel, 1989.

BOURDIEU, Pierre. **Pierre Bourdieu**: sociologia. Ortiz, Renato (org.). São Paulo: Ática, 1983.

BRACHT, Valter. Educação física & ciência: cenas de um casamento (in) feliz. **Revista brasileira de ciências do esporte**, v. 22, n. 1, 2000.

BRASIL. LEI Nº 12.864, de 24 de Setembro de 2013. Altera o *caput* do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. **DOU** de 25/09/2013 (nº 186, Seção 1, pág. 5).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático**: promoção da saúde / Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 719**, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde: agenda estratégica 2011-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

_____. Conselho Nacional de Secretário de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção para Entender a Gestão do SUS 2011, v.1). 2011e.

_____. IBGE, **Pirâmide etária de Goiânia, 2010**, disponível pelo site: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/default.php?cod1=52&cod2=520870&cod3=52&frm=>

_____. Ministério da Saúde e Educação. **Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010**. Brasília-DF: Ministério da Saúde e Educação. Disponível em: http://www.petsaude.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=63&Itemid=69 > . Acesso em 01 maio, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria número 154 de 24 de janeiro 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, [http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Acesso em 19 jun. 2011](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Acesso%20em%2019%20jun.%202011.pdf). 2008a.

_____. PORTARIA INTERMINISTERIAL, n. 1.802 de 26 de agosto de 2008 (BR). Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde-PET-Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, v. 26, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

_____. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**. Brasília; 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de regulação do trabalho em saúde** / Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 34 p.

_____. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2005a.

_____. Lei nº 11.180, de 23 de setembro de 2005. **Institui o Programa de Educação Tutorial – PET** e dá outras providências. Brasília; 2005b.

_____. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/ CES 7, de 31 de abril de 2004. **Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física**, Brasília, DF, 5 abr. 2004. Diário Oficial da União, Seção 1, p. 18-19. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ces0704edfisica.pdf>> Acesso em 19 jun. 2011.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRAZIL). **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Editora MS, 2002

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, 2000. Disponível em: http://www.saudefortaleza.ce.gov.br/sms_v2/Downloads/doc03.pdf>. Acesso em: 20 de janeiro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998**. Reconhece como profissional de saúde de nível superior. Brasília, 1997. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1997/Reso218.doc>> Acesso em: 27 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055- 18059.

_____. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const>> Acesso em: 25 junho. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BREILH, J. A saúde corresponde essencialmente à ordem individual-subjetiva-contingente ou à ordem coletiva-objetiva-determinada. In: **“Epidemiologia Crítica: Ciência Emancipadora e Interculturalidade”**. 2006, p.44-48.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. São Paulo: Unesp: Hucitec, 1991.

BUENO, Alessandra Xavier. **Entre o Fazer e o registrar da Educação Física no NASF: a relação conflitante entre a Classificação Brasileira de Ocupações e os procedimentos possíveis**

de registro pelo profissional de educação física. 2012. 106 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano). Porto Alegre, UFRGS, 2012.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, 31 (2): 209-213, 1997.

CANGUILHEM, Georges. **Escritos sobre a medicina**. Forense Universitária, 2005.

CARTA DE PORTO ALEGRE - Coletivo de autores - Seminário de Educação Física e Saúde Coletiva: a inserção no SUS, realizado na PUC do Rio Grande do Sul, entre 23 e 24 de junho de 2006. (Sistematização) Alex Branco Fraga et al., (2006). In. **Educação Física e Saúde Coletiva** – Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção. (Org). Alex Branco Fraga e Felipe Wachs. 2 ed. UFRGS. Porto Alegre – RS. 2007. [127-129].

CARVALHO, Maria Cláudia da Veiga Soares; Luz, Madel Therezinha. Simbolismo sobre “natural” na alimentação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(1):147-154, 2011.

CARVALHO, Sergio Resende. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3): 669-678, 2004.

CARVALHO, Yara. Maria. Práticas corporais e comunidade: um projeto de educação física no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (Universidade de São Paulo) In. **Educação Física e Saúde Coletiva** – Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção. Org. Alex Branco Fraga e Felipe Wachs.. 2 ed. UFRGS. Porto Alegre – RS. 2007. [63-72].

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

_____. Entre o Biológico e o Social. Tensões no debate teórico acerca da saúde na Educação Física. **Motrivivência**, n. 24, p. 97-106, 2005.

_____. **O Mito da Atividade Física e Saúde**. 3ed. São Paulo – SP: Hucitec, 2001a.

_____. Atividade Física e Saúde: Onde está e quem é o “sujeito” da relação? **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 22, n. 2. p. 9 – 21, janeiro de 2001b.

CARVALHO, Yara Maria de; LUZ, Therezinha Madel. Educação física e saúde coletiva: uma introdução. In. LUZ, MT. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudos sobre racionalidade médicas e atividades corporais, Hucitec. v. 2, p. 19-34, 2003.

CASPERSEN, Carl J; POWELL, Kenneth E; CHRISTENSON, Gregory M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public health reports**, v. 100, n. 2, p. 126, 1985.

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

CAVALLI, Cheila. **Reflexões sobre a educação física no SUS**: uma análise a partir das dissertações e teses. 2009. 115 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2009.

CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. Articulação com o segmento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS. In: Ricardo Burg Ceccim; Cristianne Maria Famer Rocha; Luis Fernando Silva Bilibio; Laura Camargo Macruz Feuerwerker. (Org.). **Ver-SUS Brasil**: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, v. , p. 06-29.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.

CIRQUEIRA, Márcio Vinicius B. Reflexões acerca da cultura corporal no espaço de atenção à Saúde Mental. In: RABELO, I. V.; TAVARES, Rosane, C.; FARIA, Y. R. A. de (Org.). **Olhares-experiências de CAPS**: Centro de Atenção Psicossocial. Goiânia: Kelps, 2009. p. 53-66

COIMBRA. José de Ávila Aguiar. Considerações sobre a Interdisciplinaridade . In. Philippi Jr., Arlindo. **Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais** / A. Philippi Jr., C. E. M. Tucci, D. J. Hogan, R. Navegantes. - São Paulo : Signus Editora, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA (CONFEF). Resolução nº 229/2012. de 16 de abril de 2012. Dispõe sobre Especialidade Profissional em Educação Física na área de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, **DOU. nº 90**, seção 1, págs. 174 e 175, de 10 de maio de 2012a.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA (CONFEF). Resolução nº 230/2012. de 16 de abril de 2012. Dispõe sobre Especialidade Profissional em Educação Física na área de Saúde Mental, Rio de Janeiro, **DOU. nº 90**, seção 1, pág. 175, de 10 de maio de 2012b.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA (CONFEF). Resolução nº 231/2012. de 16 de abril de 2012. Dispõe sobre Especialidade Profissional em Educação Física na Área de Saúde da Família, Rio de Janeiro, **DOU. nº 90**, seção 1, pág. 175, de 10 de maio de 2012c.

CONFEF. “Frente atua a todo vapor”. **Revista EF**, n. 42, dez, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA (CONFEF). Carta brasileira de prevenção integrada na área da saúde. Rio de Janeiro: **CONFEF**, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA (CONFEF). Carta brasileira de prevenção integrada na área da saúde. Rio de Janeiro: **CONFEF**, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA- CONFEF. Frente Parlamentar em defesa da Atividade Física. **Revista EF**, n.10, p.16-17, dez., 2003.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO. Carta brasileira de educação física. Belo Horizonte: **CONFEF**, 2000.

COQUEIRO, Raildo Silva; NERY, Adriana Alves; CRUZ, Zoraide Vieira. Inserção do professor de Educação Física no Programa de Saúde da Família: discussões

preliminares. **Lecturas: Educación física y deportes**, Buenos Aires - Año 11 n. 103, p. 38, 2006.

COUTINHO, Silvano da Silva. **Atividade física no programa de saúde da família, em município da 5ª regional de saúde do Paraná – Brasil**. 2005. 155 f. Dissertação (Mestrado Escola de Enfermagem). USP, Ribeirão Preto, 2005.

_____. **Competências do professor de educação física na Atenção Básica à Saúde**. 2011. 207f. Tese de Doutorado (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto)/USP, São Paulo, 2011.

CRUZ, Danielle Keylla Alencar. MALTA Deborah Carvalho. Práticas corporais e atividade física no Sistema Único de Saúde: das experiências locais à implementação de um programa nacional. In. **A formação do profissional de educação física para o setor saúde**/Tânia R. Bertoldo Benedetti...[et al.], orgs. – Florianópolis : Postmix, 2014. [23 – 50], 146 p.

, Marcos Aurélio. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKI, M. (Org.). **Saúde em debate na Educação Física**. Blumenau: Nova Letra, 2006. p.44-66.

DAMICO, José Geraldo. Das possibilidades às incertezas: instrumentos para intervenção do profissional de educação física no posto de saúde. In. **Educação Física e Saúde Coletiva – Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção**. Org. Alex Branco Fraga e Felipe Wachs.. 2 ed. UFRGS. Porto Alegre – RS. 2007. [73-86]

DIAS, Larissa Alves; ARANTES, Victor Hugo de Paiva; ANTUNES, Priscilla de Cesaro. Expectativas de atuação profissional de professores(as) de educação física em hospitais públicos brasileiros. In: Anais do XVIII Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e V Congresso Internacional de Ciências do Esporte. Brasília DF. 2013.

DINIZ, Marli. **Os donos do saber: Profissões e monopólios profissionais** Sociologia . Rio de Janeiro: Revan, 2001. 192 p.

ESPÍNDOLA, Daniela Simoni. **A inserção da fisioterapia em Florianópolis (1979-1992)**. 2011. 110f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. 2011.

EVETTS, Julia, The construction of professionism in new and existing occupational contexts. The International Journal of Sociology and Social Policy, 23, 4/5, p. 22-35. 2003.

FARIA JUNIOR, Alfredo Gomes de. Atividade Física e Desporto. In: Faria Junior, AG, et al (org). **Uma Introdução à Educação Física**. Niterói- RJ: Corpus; 1999.

FARIA JUNIOR, Alfredo Gomes de; et al. O velho problema da regulamentação: Contribuições críticas à sua discussão. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 17, n.3, p. 266-272, 1996.

FERDINANDO, Douglas Cerqueira. Práticas Corporais promovidas pela unidade básica de saúde “Vila Dalva”: Visão de Usuários. 2007. 119f. Dissertação. (Mestrado Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública). Universidade de São Paulo, 2007.

FERREIRA, Norma Sandra de Almeida. As pesquisas denominadas “estado da arte”. **Educação & Sociedade**, 23(79), 257-272.

FERREIRA, Ricardo Corrêa; VARGA, Cássia Regina Rodrigues; SILVA, Roseli Ferreira da. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1421-1428, 2009.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica [Sampling in qualitative research: a proposal for procedures to detect theoretical saturation]. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, p. 389-394, 2011.

FRENTE PARLAMENTAR DA ATIVIDADE FÍSICA PARA O DESENVOLVIMENTO HUMANO - FPDAF. Artigo publicado no informativo Turismo & Esporte, da Comissão de Turismo e Desporto da Câmara dos Deputados, em 12/07/11 (2011).

FRAGA, Alex Branco. Promoção da vida ativa: ordem físico-sanitária na educação dos corpos contemporâneos. Im. **Saúde em debate na educação física** – volume 2. org. BAGRICHEVYSKI. M., PALMA. A., ESTEVÃO. A., DA ROS. M., Blumenau: Nova Letra, 2006. [105-118].

FRAGA. Alex Branco, CARVALHO, Yara Maria de; GOMES, Ivan Marcelo. In. Políticas de formação em educação física e saúde coletiva. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 3, p. 367-386, nov.2012.

FREIDSON, Eliot. La teoria de las profesiones estado Del arte. **Perfiles educativos**, año/vol, 23. n. 093. Universidad Nacional Autónoma do México, México, PP. 28-43. 2001.

_____. Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 11, n. 31, p. 141-154, 1996.

_____. **Renascimento do profissionalismo**: Teoria, Profética e Política. Tradução de Celso Mauro Paciornik. São Paulo, Editora da USP, 1998.

FREIRE, Elisabete dos Santos; VERENGUER, Rita de Cássia Garcia; REIS; Marise Cisneiros da Costa. Educação Física: pensando a profissão e a preparação profissional. **Revista Mackenzie de educação física e esporte**, v. 1, n. 1, 2009.

FREITAS, F. F. A Educação Física no Serviço Público de Saúde. 2003. Dissertação. Mestrado (Escola de Educação Física e Esporte). Universidade de São Paulo. São Paulo, SP: 2003.

_____. **A educação física no serviço público de saúde**. Hucitec. 2007.

FREITAS, Fabiana Freitas; BRASIL, Fernanda Kandrát.; SILVA, Cinthia Lopes da. Práticas corporais e saúde novos olhares. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 27, n. 3, p. 169-183, maio 2006.

FREITAS, Fabiana Freitas; CARVALHO, Yara Maria de; MENDES, Valéria Monteiro. Educação Física e Saúde: aproximações com a Clínica Ampliada. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis, v. 35, n. 3, p. 639-656, jul./set. 2013

FRENTE PARLAMENTAR EM DEFESA DA ATIVIDADE FÍSICA (FPDAF). Artigo publicado no informativo Turismo & Esporte, da Comissão de Turismo e Desporto da Câmara dos Deputados, em 12/07/11. (2011)

FURTADO, Roberto Pereira. et al., (2015). O trabalho do professor de educação física no CAPS: relatos de experiência. *Revista Movimento*. v. 21, n.1, jan./mar. 2015. [41-52]

GOIÂNIA. SMS. **Relação de Profissionais Educadores Físicos**. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Divisão de Educação do Trabalho em Saúde. Setor de Informação de Dados. 2013.

_____. SMARH – **Edital de concurso Nº 002/2012**. Secretaria Municipal de Administração e Recursos Humanos. 2012.

_____. SEPLAM, 2010. Secretaria Municipal de Planejamento e Urbanismo. **Anuário Estatístico 2010**. Disponível em: <http://www.goiania.go.gov.br/shtml/seplam/anuario_seplam/_html/social.html> 2011>. Acesso em: 05 jun. 2011.

_____. SMARH - **Lei Nº 8.916/2010. Plano de Cargos e Salários**. Secretaria Municipal de Administração e Recursos Humanos. 2010.

_____. SMS, 2009. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2009**.

_____. Edital nº. 001/2006, publicado no **Diário Oficial do Município** nº. 4.012 de 29 de novembro de 2006, relativo ao Concurso Público para preenchimento de vagas no Quadro de Pessoal da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Município de Goiânia, (2006).

GOMES, Ivan Marcelo; PICH, Santiago; VAZ, Alexandre Fernandez. Sobre algumas vicissitudes da noção de saúde na sociedade dos consumidores. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 27, n. 3, p. 137-151, maio 2006.

GOMES, Marcius de Almeida. **A Orientação de atividade física em programa de saúde da família: uma proposta de ação**. 2007. 200f. Dissertação. (Mestrado Educação Física). Universidade Federal de Santa Catarina. 2007.

_____. **A Educação Física do Sistema Único de Saúde (SUS):** efetividade de uma intervenção communitybased para promoção da atividade física e saúde. 2012. 100 f. Doutorado. (Educação Física) Universidade Federal de Santa Catarina. 2012.

GOMES, Romeu; DESLANDES, Suely Ferreira. “Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção”. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.2, n.2, p.103-114, julho, 1994.

GONÇALVES, Agnaldo. (org). GONÇALVES, N. N. da S. e, MATIELLO JÚNIOR, Edgard. Saúde Coletiva: Contribuições com base no social. In: **Saúde Coletiva e Urgência em Educação Física e Esportes**. Campinas, SP: Papyrus, 1997.

GONÇALVES, Carlos Manuel. Análise sociológica das profissões: principais eixos de desenvolvimento. **Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, Portugal. 2008.

GUAITA, Nicole Roessle; MORAES, Marcelo e Silva. O professor de educação física e o status social: o caso regulamentação da profissão. **Movimento (ESEF/UFRGS)**, v. 13, n. 1, p. 131-149, 2007.

HADDAD, Ana Estela. Prefácio. In. SILVA, Francisco Martins da (organizador), AZEVEDO, Luciene Ferreira, OLIVEIRA, Antonio César Cabral de. **Recomendações sobre Condutas e Procedimentos do Profissional de Educação Física**/, Jorge Roberto Perrout de Lima, Marcelo Ferreira Miranda (autores). Rio de Janeiro: CONFEF, 2010.

IBGE, 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/Goiias.pdf> Acesso em: 05 jun. 2011.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n. 2, p. 11 a 22, 1998.

KNUTH, Alan Gularte et al. Avaliação de programas de atividade física no Brasil: uma revisão de evidências em experiências selecionadas. In: **Brasil; Ministério da Saúde**. (Org.). Avaliação de programas de atividade física no Brasil: uma revisão de evidências em experiências selecionadas. 1ed.: , 2011, v. 2011, p. 347-361.

KUNZ, Elenor. “Ministério da saúde adverte: Viver é prejudicial à saúde. In. **A saúde em debate na educação física – v. 3**. BAGRICHEVSKI, Marcos., ESTEVÃO, Adriana., PALMA, Alexandre., (orgs). Ilheus: Editus, 2007. 294p.

LAMB, P. P. **O papel do profissional de educação física na saúde pública**. 2007. 47 f. Monografia (Especialização). Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

LAZZAROTTI FILHO, Ari; SILVA, Ana Marcia; ANTUNES, Priscilla de Cesaro; SILVA. Ana Paula Salles da; LEITE, Jaciara Oliveira. O termo práticas corporais na literatura científica brasileira e sua repercussão no campo da Educação Física. **Movimento**. v16 n1. p. 65.

LEFF, Enrique. **Complexidade, Interdisciplinaridade e Saber Ambiental**. Im, Philippi Jr., Arlindo **Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais** / A. Philippi Jr., C. E. M. Tucci, D. J. Hogan, R. Navegantes. - São Paulo : Signus Editora, 2000.

_____. Complexidade, interdisciplinaridade e saber ambiental. *Olhar de professor*, Ponta Grossa, **14(2)**: 309-335, 2011. Disponível em <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/olhardeprofessor>.

LUZ, Madel Therezinha. 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 - In. **Educação Física e Saúde Coletiva – Políticas de Formação e Perspectivas de**

Intervenção. Org. Alex Branco Fraga e Felipe Wachs.. 2 ed. UFRGS. Porto Alegre – RS. 2007a. (P. 9-16)

_____. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva:** estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007b. 174 p.

LYLE, John. **Sports coaching concepts: A framework for coaches' behaviour.** Psychology Press, 2002.

MACHADO, Dagoberto de Oliveira. **Movimentos na educação física: por uma ética dos corpos.** Dissertação. 2011. 113f . (Programa de pós-graduação em educação) Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2011.

_____. A educação física bate à porta: o Programa de Saúde da Família (PSF) e o acesso à Saúde Coletiva. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. **Educação Física e Saúde Coletiva, Política de formação e Perspectiva de Intervenção.** 2ed. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2007.

MARCONDES, Rosana. **As práticas Corporais no serviço público de saúde: Uma aproximação entre a Educação Física e a Saúde Coletiva.** 2007. Dissertação. (Escola de Educação Física e Esporte). Universidade de São Paulo,

MARTELETO, Regina Maria. Informação, saúde, transdisciplinaridade e a construção de uma epistemologia social. **Ciência e Saúde Coletiva**, maio-junho, v. 12. n. 003. SBPSC. 576-579. Rio de Janeiro, 2007.

MARTINEZ, Jessica Félix Nicácio et. al., Práticas Corporais e SUS: Tensões Teóricas e Práticas. In. **As práticas corporais no campo da saúde.** Org. Fraga, B. A.; Carvalho, Y. M.; Ivan, M. G.; São Paulo: Hucitec; 2013. 229p.

MARTINEZ, Jéssica Felix Nicácio. **Educação Física e Saúde Pública: a inserção do profissional de Educação Física em um núcleo de apoio à saúde da família (Goiânia/GO)** – 2014. 289 f. Tese (doutorado). Programa de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Goiás. 2014.

MEDEIROS, Mara. **Metodologia da pesquisa na iniciação científica.** Goiânia: E.V., 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** 4. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MENDES. Jussara Maria Rosa; LEWGOY, Alzira Maria Baptista, SILVEIRA, Esalva Carvalho. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 24-32, jan./jun. 2008

MERHY, Emerson Elias. FRANCO Túlio Batista. Trabalho em Saúde. in. PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde.** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006. [278-284].

MIRA, Carlos Alberto Magalhães. Exercício Físico e Saúde: da crítica prudente. In: Bagrichevsky M, Palma A, Estevão A. (Orgs.). **A Saúde em debate na educação física**. Blumenau: Edibes, 2003, p. 169-191, v. 1.

_____. **“O DECLÍNIO DE UM PARADIGMA: ensaio crítico sobre a relação causal entre exercício físico e saúde”**. 2000. Tese de doutorado. (Educação Física). Universidade Gama Filho. Rio de Janeiro. 2000.

MOLINA NETO, Vicente. **Conferencia realizada na Faculdade de Educação Física e Dança (FEFD) da UFG no “I Seminário Internacional: formação profissional no campo da Educação Física em e Semana Científica da FEFD – UFG”**, de 05 a 07 de novembro de 2014.

MONTANGNER, Miguel Ângelo. Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(2):515-526, 2006.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; LIMA, Levi Abraão Marinho; MACHADO, Maria Helena. Sociology of professions and Dentistry academics' perception about the Community Health Agent in Oral Health. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.39, p.1085-95, out./dez. 2011.

NEVES, Ricardo Lira de Rezende; ASSUMPÇÃO, Luis Otávio Teles. Educação física e legitimação no campo da saúde pública. In. Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte (CONBRACE), 18., 2013, Brasília. **Anais do XVIII Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e V Congresso Internacional de Ciências do Esporte (CONICE)**, Brasília, 2013.

NEVES, Ricardo Lira de Rezende. **Saúde na Educação Física: hegemonia e contra hegemonia no "GTT Atividade Física e Saúde" do CBCE - Período de 1997 a 2003**. Dissertação. f. 195. Programa de Pós-graduação em Educação Física da Universidade Católica de Brasília. 2004.

NOGUEIRA, Leandro; PALMA, Alexandre. Reflexões acerca das políticas de promoção de atividade física e saúde: uma questão histórica. **Revista Brasileira de ciências do Esporte**, v. 24, n. 3, 2003.

NOZAKI, Hagime Takeuchi. O mundo do trabalho e o reordenamento da Ed. Fís. Brasileira. **Revista da Educação Física**, Maringá, v. 10, n.1, p. 3-12, 1999.

_____. Pós-Regulamentação da Profissão: para além do contra e a favor - reflexões no campo da formação profissional. **Boletim da Educação Física**, Campo Grande - MS, 1998.

NOZAKI, Hajime Takeuchi; FRIGOTTO, Gaudêncio. Educação física e reordenamento no mundo do trabalho: mediações da regulamentação da profissão. 2004. 399f. Tese (Doutorado em Educação) Universidade Federal Fluminense. Niterói: UFF, 2004.

OJEDA, Beatriz Sebben; STREY, Marlene Neves. Saberes e poderes em saúde: um olhar sobre as relações interprofissionais. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 2-8, jan./jun. 2008.

OLIVEIRA, Clélia da Silva et. al., O profissional de Educação Física e sua atuação na saúde pública. **EFDeportes**. Buenos Aires, año 15, N° 153, febrero de 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. 20 anos de construção do sistema único de saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 2, n. 2, 2008.

PALHA, Pedro Fredemir. Vivência do cotidiano: **A promoção de Saúde como um exercício de cidadania no programa de integração da Vila Tibério – Ribeirão Preto/ SP**. 2001. Tese (Interunidades de Doutorado) Escolas de Enfermagem de São Paulo. Ribeirão Preto, SP: 2001.

PALMA, Alexandre, VILAÇA, Murilo Mariano. O Sedentarismo da Epidemiologia. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 31, n. 2, p. 105-119, 2010.

PALMA, Alexandre. Educação Física, Corpo e Saúde: Uma Reflexão sobre outros “Modos de Olhar”. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 22, n. 2. p. 23 – 29. 2001.

PENNA, Maria Lucia F. Reflexões Sobre Epidemiologia Atual. In. **A saúde em debate na educação física**. BAGRICHEVSKI, Marcos., ESTEVÃO, Adriana., PALMA, Alexandre., MARCOS da Ros., (orgs). Blumenau. SC: Nova Letra, 2006.

PEREIRA, Wilsa Rocha. Entre a dominação simbólica e a emancipação política no Ensino Superior em Enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 45(4)981-8, 2011.

_____. Poder, Violência e dominação simbólica nos serviços públicos de saúde. **Textos Contexto de Enfermagem**, 13(3):391-400, jul-set 2004.

PIMENTEL, Alessandra. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa histórica. **Cadernos de Pesquisa**, n.114, p.179-195, nov., 2001.

QUINT, Fernanda Ouriques et al., Reflexões sobre a inserção da Educação Física no Programa Saúde da Família. **Motrivivência**, Ano XVII, n.24, p. 81-95, jun./2005.

REZENDE, Luiz De Melo Rezende; LIMA, Lúcia Ferreira de. **A inclusão do professor de educação física no NASF - Programa de Apoio à Saúde da Família – A verdadeira inserção deste profissional no NASF-PB**. Trabalho de conclusão de curso de especialização. Faculdades Integradas de Patos– PB, 2008. Disponível em: <http://www.copacabanarunners.net/nasf.html>>. Acesso em:12 jun. 2012.

ROCHA, Vera Maria da. CENTURIÃO, Carla H. Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social. Educação Física e Saúde Coletiva – **Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção**. Org. Alex Branco Fraga e Felipe Wachs.. 2 ed. UFRGS. Porto Alegre – RS. 2007.

ROCHA, Dais Gonçalves; LIMA, Jacqueline Rodrigues de; BATISTA, Ivanilde Vieira. Revelando a Trilha. Diversidade e Equidade no SUS: parceria Universidade e educação popular / Org. Dais Gonçalves Rocha, Jacqueline Rodrigues de Lima, Luiz Mello e Ivanilde Vieira Batista. – Goiânia: Cânone Editorial, 2008. 17-42.

RODRIGUES, G. B. **Integralidade e atividade física na atenção ao diabetes**: percepções dos coordenadores do programa de educação e controle do diabetes do distrito federal. 2012. 167 f. Dissertação. (Mestrado em Educação Física) Universidade de Brasília. 2012.

SANTOS, Antonio de Castro Santos; FARIA, Lina. As Ocupações Supostamente Subalternas: o exemplo da enfermagem brasileira. **Saúde e sociedade**. São Paulo, v. 17, n. 2. p. 35-44, 2008.

SANTOS, Leonardo José Mataruna dos. A atuação dos profissionais de educação física nos hospitais da Universidade Federal do Rio de Janeiro. **R. Min. Educ. Fís.**, Viçosa, v. 9, n. 2, p. 89-95, 2001.

SANTOS, Roséleia Carneiro dos. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família como componente do cuidado em saúde mental**: perspectivas de profissionais da estratégia Saúde da Família. 2002. 152 f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 21. Ed. Cortez editora, 2014.

SILVA, Francisco Martins da (organizador), AZEVEDO, Luciene Ferreira, OLIVEIRA, Antonio César Cabral de. **Recomendações sobre Condutas e Procedimentos do Profissional de Educação Física**/, Jorge Roberto Perrou de Lima, Marcelo Ferreira Miranda (autores). Rio de Janeiro: CONFEF, 2010.

SILVA, Ana Marcia; MEDEIROS, Francisco Emilio de; LAZZAROTTI FILHO, Ari; SILVA, Ana Paula Silva; ANTUNES, Priscilla de Cesaro; LEITE, Jaciara Oliveira. Corpo e Experiência: Para Pensar as Práticas Corporais. In: José Luiz Cirqueira Falcão; Maria do Carmo Saraiva. (Org.). Práticas Corporais no Contexto Contemporâneo: (In)**Tensas Relações**. 1ed.Tubarão/SC: Copiart Editora, 2009, v. 01, p. 12-29.

SILVA, Patrícia Andreia da. **Atuação do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF**: Percepção de médicos e enfermeiros. 2012. 75 f. Mestrado Acadêmico (Educação Física FESP - UPE – UFPB). Fundação Universidade de Pernambuco. 2012.

SILVA. Daniel José da. O Paradigma Transdisciplinar: uma Perspectiva Metodológica para a Pesquisa Ambiental In. Philippi Jr., Arlindo Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais / A. Philippi Jr., C. E. M. Tucci, D. J. Hogan, R. Navegantes. - São Paulo: Signus Editora, 2000.

SILVEIRA, Cláudia Hausman. **As representações sociais, o imaginário e as possibilidades de mudança no setor saúde**. **Tuiuti: Ciência e Cultura**, n. 26, FCBS 03, p. 69-78, Curitiba, jan. 2002

SOFISTE, Ana Flávia Souza. **Profissional ou Professor de Educação Física. Interfaces de uma profissão regulamentada**, 2007. Dissertação. (Mestrado PPGEF Universidade Católica de São Paulo). São Paulo. 2007.

SOLOMON, Henry. **O Mito do Exercício**. São Paulo: Summus, 1991.

SOUZA, Silvana Cardoso de; LOCH Mathias Roberto. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. 2011. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde** V. 06, n. 11. (5 a 10). 2011.

STENHILBER, Jorge. Apresentação. In. SILVA, Francisco Martins da (organizador), AZEVEDO, Luciene Ferreira, OLIVEIRA, Antonio César Cabral de. **Recomendações sobre Condutas e Procedimentos do Profissional de Educação Física**/, Jorge Roberto Perrou de Lima, Marcelo Ferreira Miranda (autores). Rio de Janeiro: CONFEF, 2010.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilson Silva. Planejamento e programação de ações intersectoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 63-80, 2000.

TEIXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias: acadêmica da ciência e da pesquisa**. 3 ed. Belém: Grapel, 2001.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação**. Ed. Atlas, São Paulo, 1987.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (UFG). Faculdade de Educação Física. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Educação Física**. Goiânia: Faculdade de Educação Física, 2011a.

_____. **Informativo sobre o estágio**. Goiânia: Faculdade de Educação Física, 2011b.

VENTURA. Paulo Roberto Veloso. **A educação física e sua constituição histórica: desvelando ocultamentos**. 2010. 206 f. Tese (Curso de Doutorado em Educação) Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2010.

VERENGUER, R. C. G. Intervenção Profissional em Educação Física: expertise, credencialismo e autonomia. **Motriz (Rio Claro)**, Rio Claro, v. 10, n.2, p. 123-134, 2004.

VIANNA. Cid Manso de Mello. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 2002; 12(2): 375-390.

VICENTE, José António Duque. **As Relações interprofissionais em equipas de saúde mental** – Aspectos sociológicos e organizacionais. Dissertação. Mestrado. Universidade de Coimbra. Portugal. 2011.

VICENTIN, Ana Paula Martins. **Conhecendo para intervir, em direção ao empowerment pela atividade física no Complexo São Marcos, Campinas- SP**. Dissertação. (Faculdade de Educação Física) Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP: 2008.

WACHS, Felipe; MALAVOLTA, Marcio de Almeida. Pode ser a oficina de corporeidade Uma alternativa terapêutica na Saúde mental? **Boletim da Saúde**. Porto Alegre. Volume 19, Número, Jul./Dez. [13 a 20]. 2005.

WACHS, Felipe. Educação física e o campo da saúde mental: uma reflexão introdutória. In. **Educação Física e Saúde Coletiva** – Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção. Alex Branco Fraga e Felipe Wachs (Org). 2 ed. UFRGS. Porto Alegre – RS. [87-98]. 2007.

ANEXOS

Anexo 1- Parecer do CEP – UFG.

Comitê de Ética em Pesquisa CEP <cep.prppg.ufg@gmail.com>

03/04/12

para mim

Prezado Pesquisador Ricardo Lira de Rezende Neves,

Comunicamos que seu projeto inscrito sob Protocolo n. 414/11, e intitulado “Políticas Públicas de Educação Física & Saúde: Contradições entre a formação e a realidade do serviço de saúde no Distrito Sanitário Leste da cidade de Goiânia”, encontra-se com o Parecer Consubstanciado, a ser retirado na PRPPG, estando o mesmo Aprovado.

Reiteramos a importância desse Parecer, e lembramos que o pesquisador (a) responsável deverá encaminhar ao CEP/UFG, relatórios da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações, de acordo com as recomendações da Res. CNS 196/96. Data: 21/03/12.

Atenciosamente,

.....

Comitê de Ética em Pesquisa/CEP

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/PRPPG

Universidade Federal de Goiás/UFG

(62)3521-1215

APÊNDICES



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Apêndice: 1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), de uma pesquisa intitulada “Políticas Públicas de Saúde: Necessidade e legitimidade do professor de Educação Física no campo da Saúde Pública no Distrito Sanitário Leste da cidade de Goiânia”. O coordenador do projeto é o Prof. Ms. Ricardo Lira de Rezende Neves. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma.

Em caso de dúvida **sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável nos telefones: (62) 35211141 ou (62) 35211754. Em casos de dúvidas **sobre os seus direitos** como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3521-1075 ou 3521-1076. Esta pesquisa objetiva analisar o processo de inserção e aceitação do professor de Educação Física, com suas contradições, lutas e disputas presentes na prática social, nos campos de intervenção (atuação) do professor de Educação Física na Saúde Pública do Distrito Sanitário Leste (DSL) da cidade de Goiânia. Bem como: a) descrever e analisar o contexto das UBS, CAIS e CAPS: história, planos de trabalho, projetos desenvolvidos - ligados à promoção e educação em saúde - que o professor de Educação Física é agente na equipe multidisciplinar, bem como as dificuldades e desdobramentos desta prática social; b) revisar criticamente as produções científicas brasileiras com a temática “professor de Educação Física na Saúde Pública; b) analisar os tipos de “poder e capitais” que o professor possui, o lugar que ocupa, contribuições que traz o professor de Educação Física e que justifica sua inserção e no campo da Saúde Pública; c) analisar a percepção, a avaliação e as expectativas dos diferentes atores que compõe as equipes multiprofissionais do DSL, quanto ao trabalho do professor de Educação Física; d) analisar as condições materiais e estruturais de desenvolvimento das ações do professor de Educação Física nos diferentes contextos do Sistema Único de Saúde. (Inserção, aceitação, mudanças, posições, lutas e contradições).

Toda etapa de coleta de dados, que envolve sua participação, será realizada de modo a minimizar a ocorrência de quaisquer riscos. A sua participação não implicará em nenhum gasto adicional e o/a senhor(a) também não receberá nenhum pagamento ou gratificação por sua participação. O/A senhor(a) poderá solicitar esclarecimento sobre a pesquisa quando sentir necessidade. A sua participação **NÃO É OBRIGATÓRIA** e o/a senhor(a) terá total liberdade de, a qualquer momento, desistir da coleta de dados, sem que isto lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. Os resultados da pesquisa serão divulgados em revistas e eventos científicos. Os dados obtidos serão mantidos em absoluto sigilo e utilizados somente para fins dessa pesquisa.

Certo de contarmos com a colaboração necessária para a concretização desta investigação, agradecemos antecipadamente a atenção dispensada e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Prof. Ms. Ricardo Lira de Rezende Neves

E-mail: rlrneves@gmail.com

Telefone: (62)35211141 ou (62)35211787

Assinatura: _____

Prof. Ms. Ricardo Lira de Rezende Neves

Pesquisador responsável

CONSENTIMENTO (escreva o nome completo e legível)

Eu, _____, declaro que fui esclarecido sobre a pesquisa “Políticas Públicas de Saúde: Necessidade e legitimidade do professor de Educação Física no campo da Saúde Pública no Distrito Sanitário Leste da cidade de Goiânia” e concordo, de modo voluntário, em participar da pesquisa e que meus dados sejam utilizados no estudo. Atesto também, o recebimento de informações necessárias a minha compreensão sobre a investigação.

_____ de _____ de 2014.

Assinatura: _____ RG: _____

Apêndice: 2

Roteiro de observação da rotina de trabalho do profissional de Educação Física		
1- Do serviço:		
INSTITUIÇÃO:	Data:	Período da observação:
Pesquisador:		
Categorias e profissionais presentes na instituição:		
2- Da atividade:		
Descrição do local:		
Professor observado:	Horário de chegada:	Horário de saída:
Quantidade de usuários previstos:	Qtd de usuários presentes:	
Horário de início e fim da atividade:	Profissionais participantes do trabalho em conjunto com o PEF:	
Descrição da atividade e suas relações com os objetivos da pesquisa		
3- Outras observações relevantes:		

Apêndice: 3**QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO INICIAL: Dados pessoais para todos os pesquisados**

Você está sendo convidado a responder este questionário a partir da ação profissional neste campo de trabalho. Considere as perguntas abaixo a partir desta realidade específica.

NOME: _____

INSTITUIÇÃO DE TRABALHO: _____

FUNÇÃO EXERCIDA NESTE LOCAL: _____

IDADE: _____

SEXO: MASCULINO () FEMININO ()

ESTADO CIVIL:

CASADO ();

SOLTEIRO ();

DIVORCIADO/SEPARADO ();

VIUVO ();

OUTROS () _____.

RENDA PESSOAL NESTA INSTITUIÇÃO(R\$):

ATÉ 2 SALÁRIOS () De 2 a 4 SALÁRIOS()

De 4 a 6 SALÁRIOS () De 6 a 8 SALÁRIOS ()

De 8 a 10 SALÁRIOS() Mais de 10 SALÁRIOS ()

ALÉM DESTA VOCÊ TRABALHA EM OUTRA ATIVIDADE LIGADA À SUA PROFISSÃO?
SIM () NÃO () ; SE SIM QUAL(AIS)?

QUAL É SUA RENDA NESTAS OUTRAS ATIVIDADES:

ATÉ 2 SALÁRIOS () De 2 a 4 SALÁRIOS()

De 4 a 6 SALÁRIOS () De 6 a 8 SALÁRIOS ()

De 8 a 10 SALÁRIOS() Mais de 10 SALÁRIOS ()

ESCOLARIDADE:

SUPERIOR COMPLETO ()

Licenciatura em Educação Física ();

Bacharelado em Educação Física ();

Licenciatura em Dança();

Bacharelado em Esporte ();

Outra: _____

Ano de Conclusão: _____

ESPECIALIZAÇÃO () _____; Ano de Conclusão: _____

MESTRADO () _____; Ano de Conclusão: _____

DOUTORADO () _____; Ano de Conclusão: _____

Apêndice: 4**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA Para os profissionais de Educação Física:****a) Bloco justificativa da presença**

- 1) Como foi sua entrada no SUS?
- 2) Desde quando está na Unidade? Quando assumiu o trabalho havia outro professor de Educação Física antes de você?
- 3) Atualmente é contratado, cedido ou concursado para a saúde?
- 4) Qual sua percepção sobre os primeiros dias de trabalho?
- 5) Qual seu histórico de atuação profissional fora do SUS? E no SUS?
- 6) Está satisfeito no SUS? Nesta Unidade? Por quê?
- 7) Em sua opinião qual a percepção dos Gestores sobre a inserção da Educação Física no SUS? E a atuação?
- 8) Qual a percepção dos outros profissionais da equipe multiprofissional sobre sua inserção na Unidade? E a inserção da Educação Física?
- 9) Já ocupou cargos?
- 10) Ao longo do tempo o que você sentiu em termos de valorização?
- 11) Está estimulado, entusiasmado, ou não? Por quê?
- 12) O que você acha do seu salário? E das condições do plano de cargos e política salarial? É diferente no NASF, CAIS e CAPS? Por quê?
- 13) Hoje temos 3 professores de Educação Física em cargos de gestão na saúde de Goiânia (SMS – Capes, DCD, DASM) como você vê este fato (mérito, reconhecimento, jogo, lutas, disputas)?

b) Bloco ação e entraves do campo

- 14) Qual a diferença entre Saúde Pública e saúde privada?
- 15) O trabalho da Educação Física é diferente nestes campos? porque?
- 16) O que cabe à Educação Física aqui? (competências, ações, projetos, atividades individuais e coletivas)
- 17) Trabalhando com a Saúde Pública, em geral, o que você percebe que é papel da Educação Física?
- 18) Quais as dificuldades (materiais, estruturais, de gestão, convívio profissional) que a Educação Física enfrenta ou enfrentou nesta unidade?

- 19) Como avalia os impactos do trabalho da Educação Física na comunidade diante das condições estruturais e materiais que compõe a realidade das UABSF, CAIS e CAPS?
- 20) Sabe por que tem poucos concursos para esse profissional em Goiânia? São somente 32? O que acha disso? Poderia ter mais?
- 21) Sabendo que a Educação Física foi inserida na Saúde Pública em Goiânia á pouco tempo (ano de 2000) Você tem orgulho de estar trabalhando no SUS? Contribuindo com o SUS? Em que?
- 22) Porque você acha que abriu vaga para professor de Educação Física no concurso da SMS? Só 5, sabe o porque?
- 23) Você acha que aqui tem conflitos, estratégias, “jogos”, disputas de relações profissionais?
- 24) O que foi modificado (re-arranjado)? Estruturas, organização do trabalho foram modificadas a partir de sua entrada ou da Educação Física na Unidade?
- 25) Existe confronto entre a “carta de intenções” e as reais condições de trabalho no campo?
- 26) Tem alguns profissionais de Educação Física em Goiânia que são concursados como técnicos de desporto e pela Secretaria Municipal de Esportes estando à disposição da SMS, você acha isso correto?

c) Bloco planejamento

- 27) No planejamento da Unidade o que tem de positivo e o que pode melhorar?
- 28) Que trabalho é feito aqui a longo prazo?
- 29) Quais as dificuldades?
- 30) O que está só para “constar” e que seus conhecimentos permitem fazer, mas não faz em virtude das condições, materiais, estruturais, culturais, conflitos profissionais?
- 31) E quanto às políticas da SMS para o professor de Educação Física?
- 32) Como é a aceitação? Já deu palestras? Aulas? Orientou trabalhos? Orientou alunos do Pet-saúde, Monitores são bem vindos? Porque não vem ou vem?

d) Bloco formação acadêmica

- 33) O que você estudou que na sua formação que você está usando aqui? Áreas, disciplinas, conteúdos.
- 34) Qual seu histórico de formação? Universidade, cursos, especialização, outros?
- 35) Como avalia o seu saber? Ele está sendo subutilizado ou muito utilizado?
- 36) O que você aprendeu que funciona? E o que não funciona? (menor aplicação)
- 37) O que você não aprendeu na formação que funciona? (maior aplicação)

38) O que você não aprendeu? E que sentiu vontade para melhorar sua atuação na Saúde Pública?

39) O currículo que você formou é adequado à prática do trabalho (realidade da Unidade)?

e) Bloco choque de competências

40) Você observa algum choque de competências entre os profissionais aqui?

41) Suas atividades diferenciam das demais dos outros profissionais da Saúde Pública em que? O que acontece neste campo em virtude da Educação Física?

42) Que matérias e atividades lhe distingue de outros profissionais neste campo da Saúde Pública?

43) Você as utiliza no trabalho?

44) Você entende que existe discriminação entre as profissões nesta Unidade? Entre médico, enfermeiro, psicólogo, gestor, ACS, outros (já vivenciou alguma, descreva)

45) Em que área do conhecimento inspirou para seu trabalho, biofisiológica e ou humanas e sociais? Você acha que existe uma lacuna no conhecimento que se você dominasse teria mudado as coisas nesta Unidade?

46) Recebeu elogios ou críticas quanto ao trabalho da Educação Física por outros profissionais? Quais?

47) Que importância você acha que a Educação Física tem aqui na Unidade?

48) Descreva uma situação em que você avalia que a Educação Física foi importante, significativa?

49) Todo mundo diz que a Educação Física é bem vinda aqui ou não? Isso é simples assim?

50) Com é o vínculo da Educação Física com os profissionais de outras áreas?

51) O que você aprendeu aqui que contribui para a Educação Física e faz dela uma profissão fundamental na Saúde Pública?

f) Bloco relação com os usuários

52) Quanto aos usuários, quem participa de suas atividades? Que classes sociais, origem, idade, características?

53) O que os usuários gostam mais? Que práticas? Atividades de que natureza?

54) Com que periodicidade fazem?

55) Existem atividades que você poderia desenvolver com os usuários porque aprendeu as competências para fazer, mas não utiliza porque os usuários não têm as condições gerais de vida para realizá-las?

56) Quais atividades?

57) Que competências são necessárias para realizá-las?

- 58) Na prática são poucas as ações da Educação Física na Saúde Pública, pela pequena quantidade de professores no campo (32), assim, como você vê a legitimidade dessa área no campo da Saúde Pública em Goiânia?
- 59) Como você acha que será o futuro da Educação Física no SUS em Goiânia?
- 60) O que gostaria de falar sobre a EF na Saúde Pública

Apêndice: 5

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA Para os gestores e profissionais de outras áreas da saúde

a) Bloco justificativa da presença

- 1) Atualmente é contratado, cedido ou concursado para a saúde?
- 2) Já ocupou cargos?
- 3) Qual sua percepção sobre os primeiros dias de trabalho com a Educação Física?
- 4) Qual sua percepção sobre a atuação da Educação Física no SUS?
- 5) A Educação Física é valorizada aqui? Porque?
- 6) Que significado tem a Educação Física aqui na Unidade?
- 7) Sente que os professores de Educação Física estão estimulados, entusiasmados, ou não? Por quê?
- 8) Hoje temos 3 professores de Educação Física em cargos de gestão na saúde de Goiânia (SMS – Capes, DCD, DASM) como você vê este fato (mérito, reconhecimento, jogo, lutas, disputas)?

b) Bloco ação e entraves do campo

- 9) O que cabe à Educação Física aqui? (competências, ações, projetos, atividades individuais e coletivas)
- 10) Trabalhando com a Saúde Pública, em geral, o que você percebe que é papel da Educação Física?
- 11) Como avalia os impactos do trabalho da Educação Física na comunidade diante das condições estruturais e materiais que compõe a realidade das UABSF, CAIS e CAPS?
- 12) Sabe por que tem poucos concursos para esse profissional em Goiânia? São somente 31? O que acha disso? Poderia ter mais?
- 13) Porque você acha que abriu vaga para professor de Educação Física no concurso da SMS? Só 5, sabe o porque?
- 14) Você acha que aqui tem conflitos, estratégias, “jogos”, disputas de relações profissionais?
- 15) O que foi modificado (re-arranjado)? Estruturas, organização do trabalho foram modificadas a partir de sua entrada ou da Educação Física na Unidade?

c) Bloco planejamento

- 16) No planejamento da Unidade o que tem de positivo e o que pode melhorar?
- 17) Que trabalho é feito aqui a longo prazo?
- 18) Quais as dificuldades no planejamento?

19) Qual o papel da Educação Física no planejamento?

20) Orientou alunos do Pet-saúde, da Educação Física, como foi a experiência?

d) Bloco formação acadêmica

21) Em sua opinião o que é necessário ao professor de Educação Física estudar na sua formação para atuar aqui? Áreas, disciplinas, conteúdos.

22) Como avalia o saber da Educação Física? O que é mais utilizado?

e) Bloco choque de competências

23) Você observa algum choque de competências entre os profissionais aqui?

24) As atividades da Educação Física diferenciam das demais dos outros profissionais da Saúde Pública em que? O que acontece neste campo em virtude da Educação Física?

25) Você entende que existe discriminação entre as profissões nesta Unidade? Entre médico, enfermeiro, psicólogo, gestor, ACS, outros (já vivenciou alguma, descreva)

26) A Educação Física recebe elogios ou críticas quanto ao trabalho por outros profissionais, gestão? Quais?

27) Descreva uma situação em que você avalia que a Educação Física foi significativa?

28) Com é o vínculo da Educação Física com os profissionais de outras áreas?

29) Na prática são poucas as ações da Educação Física na Saúde Pública, pela pequena quantidade de professores no campo (31), assim, como você vê a legitimidade dessa área no campo da Saúde Pública em Goiânia?

30) Como você acha que será o futuro da Educação Física no SUS em Goiânia?

Apêndice: 6

EXEMPLO DE TABELA DE SATURAÇÃO TEÓRICA UTILIZADAS PARA CADA UMA DOS TEMAS ANALISADOS NAS ENTREVISTAS COM OS AGENTES DO CAMPO DE PESQUISA (Base para a construção do Capítulo VI)

Distribuição de frequências de enunciados referentes à categoria/temática “inserção do PEF no campo” (profissionais de educação física)*										
Tipos de enunciados	Entrevistas									Total de ocorrências
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Críticas à visão administrativa da inserção e quanto aos planos de cargos e salários	X	x	x	x	x			x	x	7
Sufrimento, dúvida, medo, desafio e surpresa pela falta de conhecimento do e para o trabalho em saúde pública	X	x		x	x	x		x		6
Reconhecem que as diferenças salariais são historicamente determinadas entre as profissões de psicologia, enfermagem, medicina e a odontologia.				X	x					2
Permitiu aprofundamentos nos conhecimentos para atuação.				X		x	x			3
Reforça a visão tradicional e equivocada de POAS e Gestores sobre a EF e saúde				X	x					2
Total de novos tipos de enunciados para cada entrevista	2	1	0	3	0	0	0	0	0	-

Fonte: Dados das entrevistas com professores de educação física

x: recorrências; X novos tipos de enunciado.

*Para esta categoria a saturação foi constatada como tendo ocorrida na quarta entrevista

OBS: Tabelas construídas de acordo com Fontanella et al.,(2011).