

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS:  
QUÍMICA DA VIDA E SAÚDE

Alana Martins Gonçalves

**A INSERÇÃO DE PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM  
AMBIENTES DE SAÚDE**

Porto Alegre

2015

Alana Martins Gonçalves

**A INSERÇÃO DE PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM  
AMBIENTES DE SAÚDE**

Tese a ser apresentada no Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de Doutora em Educação em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Luís Henrique Sacchi dos Santos

Linha de Pesquisa: Implicações das Práticas Científicas na Constituição dos Sujeitos.

Porto Alegre  
2015

### CIP - Catalogação na Publicação

Gonçalves, Alana Martins

A inserção de profissionais de Educação Física em ambientes de saúde / Alana Martins Gonçalves. -- 2015.

206 f.

Orientador: Luís Henrique Sacchi dos Santos.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Ciências Básicas da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Prescrição de exercícios físicos. 2. Medicalização. 3. Promoção da saúde e Risco. 4. Atuação de profissionais de Educação Física em ambientes de saúde. 5. Práticas corporais. I. Santos, Luís Henrique Sacchi dos, orient. II. Título.

Alana Martins Gonçalves

**A INSERÇÃO DE PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM  
AMBIENTES DE SAÚDE**

Tese a ser apresentada no Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de Doutora em Educação em Ciências.

Aprovada em

---

Prof. Dr. Luís Henrique Sacchi dos Santos – Orientador

---

Profa. Dra. Lucina Calabro – PPGQVS/UFRGS

---

Prof. Dr. Alex Branco Fraga – PPGCMH/UFRGS

---

Prof. Dr. George Saliba Manske – UNIVALI

*Dedico este trabalho aos colegas de profissão, que se permitiram dedicar um pouco de seu tempo para me contar sobre as suas vivências, seus medos e seus anseios na atuação em saúde, sem eles este trabalho não aconteceria.*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao finalizar esta tese, gostaria de agradecer a todas aquelas pessoas que me apoiaram, contribuindo significativamente para que este processo de escrita se concretizasse.

Agradeço primeiramente a esta instituição Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), por seu ensino de qualidade, onde tive a oportunidade de realizar meu Mestrado e Doutorado na área de Educação em Ciências.

Ao programa de Pós-Graduação Educação em Ciências, Química da Vida e Saúde, pela acolhida e principalmente por viabilizar a realização deste estudo.

A CAPES, órgão financiador da minha bolsa de doutorado no Brasil e no Exterior.

Agradeço a Universidade de Coimbra (UC- PT) pela acolhida e pela oportunidade de realizar parte de meus estudos em suas dependências em meu período de doutorado sanduíche.

Ao professor Doutor Rui Machado Gomes, por sua disponibilidade e gentileza ao me receber em Portugal; pela sua disposição para sugerir leituras; pelas orientações e discussões sempre que possível.

Ao meu orientador professor Doutor Luís Henrique Sacchi dos Santos, pela oportunidade, sua dedicação e principalmente por sua postura profissional.

Aos professores da banca de qualificação, Doutor Alex Branco Fraga, Doutora Loredana Susin e Doutor George Manske, pelas suas sugestões, leituras e indicações que muito contribuíram para a versão final da tese, muito obrigado.

Agradeço a professora Doutora Luciana Calabro, por aceitar participar da versão final, colaborando significativamente com sua leitura e sugestões, juntamente com os professores Dr. Alex Branco Fraga e Dr. George Manske.

Meu agradecimento especial, ao professor Doutor Alex Branco Fraga, por me proporcionar novas leituras e discussões acerca da Educação Física nos últimos tempos, bem como, por sua generosidade em me aceitar como estagiária docente, além de me convidar para participar do POLIFES, enriquecendo de forma significativa a construção deste estudo.

Aos colegas Polifianos: Humberto, Cibele, Alessandra, Raphael, Edwin, Deise, Ana, Eduardo, Marcelo, Fabiana, Giliane e Felipe meu muito obrigado, pela acolhida no grupo, por nossas discussões e, sobretudo, pela amizade.

Aos colegas de pesquisa, Zenilda, Vera, Camilo, George, Letícia, Circe e Jonathan, por nossas leituras e discussões.

A todos os amigos/as que fizeram parte desta trajetória de escrita, pessoas especiais que cruzaram meu caminho durante o meu Mestrado e Doutorado, entre tantos amigos/as, segue meu agradecimento especial para: Camilo Darsie; Eduardo Melnick; Zenilda Cardozo; Paulo Sartori; Jeane Félix; Vera Somavila; Ana Paula Dahlke e, Denise Liege.

Minha gratidão aos profissionais de Educação Física que aceitaram participar deste estudo, contribuindo significativamente com suas compreensões acerca da atuação profissional em ambientes de saúde, pois sem eles este estudo não seria possível.

Ao meu esposo Ismael, que além de meu melhor amigo, é meu companheiro e grande parceiro de vida, por toda a sua paciência, dedicação, colaboração e, principalmente por todo o carinho demonstrado durante toda esta trajetória.

Com carinho especial agradeço aos meus pais, pelo apoio incondicional, pela escuta, e por todos os momentos em que me senti fragilizada e fui por eles amparada. Com eles, aprendi a importância de ser forte, determinada, justa e, acima de tudo, a ser humana.

A todos os demais familiares, irmãs, sobrinhos/as, afilhadas, cunhados, cunhadas, sogro, sogra, tios, tias, primos, primas, padrinhos, madrinhas, amigos e amigas que muito me apoiaram e torceram para que eu concluísse tamanha empreitada.

Enfim, não existem palavras suficientes para descrever toda a minha gratidão por poder contar com tantas pessoas especiais em minha vida. Obrigado!

*Não existimos apenas por estarmos vivos; o que produz a existência é a busca de cada vez mais saúde no processo de viver.*

*Ricardo Burg Ceccim (2001) – Saúde e doença: reflexão para a educação na saúde*

## RESUMO

Ao mesmo tempo em que a expansão do campo da Educação Física parece significar efeitos positivos em relação à carreira profissional e em termos de disciplina, também pode significar um aumento da medicalização e dos conhecimentos biomédicos mais legitimados no âmbito das práticas cotidianas, como parte das recomendações acerca do que se deve fazer para se ter mais saúde. Nesse sentido, cabe ressaltar que dentre as estratégias que podem ser consideradas como prescritivas/medicalizantes, a prática de exercícios físicos – de forma prescritiva e regulamentar – também pode ser considerada uma forma de medicalizar os indivíduos. Mesmo que a inserção da prática de exercícios físicos não tenha nenhuma relação com o uso de algum tipo de medicamento (remédio), cabe pensar como tal medida também pode ser entendida de forma prescritiva/medicalizante. Neste estudo, analiso e problematizo a inserção e a atuação dos profissionais de educação física nos diferentes ambientes de saúde, discutindo como os processos de prescrição de exercícios físicos nesses ambientes podem, também, se constituir numa forma de medicalização do cotidiano dos usuários dos serviços. Para isso, realizei doze entrevistas semiestruturadas, em sua maioria online, com profissionais de educação física atuantes em diferentes ambientes de saúde do município de Porto Alegre/RS. As entrevistas apresentaram importantes colaborações que auxiliaram na problematização acerca dos caminhos que a Educação Física tem tomado nos últimos anos, e do quanto estes percursos têm influenciado as práticas nos serviços de saúde. A partir das compreensões apresentadas pelos participantes desta pesquisa, foi possível observar a existência de muitos movimentos de ‘resistência ou de fuga’ às práticas consideradas como prescritivas/medicalizantes, sinalizando com isso, o quanto a atuação dos profissionais nos ambientes de saúde ainda está pautada em um processo medicalizante em curso no âmbito da sociedade. Contudo, a evidência desses movimentos ‘de fuga e resistência’ parece demonstrar mudanças significativas em relação ao grau de adesão aos planos terapêuticos, bem como, nos níveis de saúde dos usuários dos serviços.

**Palavras-chave:** prescrição, medicalização, profissionais de educação física, ambientes de saúde.

## **ABSTRACT**

At the same time the expansion of the Physical Education seems to mean positive effects related to professional career and in terms of discipline, it can also mean an increase of medicalization and more legitimate biomedical knowledge in the context of daily practices, as part of the recommendations about what should be done to be healthier. In this sense, it is noteworthy that among the strategies that can be considered prescriptive / medicalized, the practice of physical exercises – prescriptive and regulatory – can also be considered a way of medicalizing people. Even if the inclusion of physical exercises is not drug-related (medicine), it is worth to think about how this measure can also be understood as a prescriptive / medicalized way. In this study, I analyze and problematize the inclusion and the performance of the professionals of physical education in different healthcare environments, discussing how the process of prescription of physical exercises in these environments can also constitute a way of medicalization of daily lives of service users. In this regard, I conducted twelve semi-structured interviews, mostly online, with professionals of physical education who work at different healthcare environments in the city of Porto Alegre/RS. The interviews showed important collaborations that helped in the problematization about the ways that physical education has taken in recent years, and how these ways have influenced practices in health services. From the understandings presented by the participants of this study, it was possible to observe that there are many movements of 'resistance or escape' to practices considered as prescriptive / medicalized, signaling that the work of the professionals in healthcare environments is still guided in a medicalized process underway within society. However, the evidence of these movements of 'escape and resistance' seems to demonstrate significant changes related to the degree of adherence to treatment plans as well as in health levels of service users.

**Keywords:** prescription, medicalization, professionals of physical education, health environments.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AF** – Atividade Física

**CAPES** – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial

**CBO** – Classificação Brasileira de Ocupações

**CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

**CONFEF** – Conselho Federal de Educação Física

**CREF** – Conselho Regional de Educação Física

**DANTS** – Doenças e Agravos Não Transmissíveis

**ECR** – Equipe de Consultório de Rua

**EF** – Educação Física

**ESF** – Estratégia de Saúde da Família

**NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica

**PNPS** – Política Nacional de Promoção da Saúde

**PPGQVS** – Programa de Pós-Graduação Química da Vida e Saúde

**PSE** – Programa Saúde na Escola

**PSF** – Programa Saúde da Família

**RMI** – Residência Multiprofissional Integrada

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

|   |            |
|---|------------|
| <b>1 – APRESENTAÇÃO .....</b>   | <b>14</b>  |
| <b>2. ORGANIZAÇÃO METODOLÓGICA.....</b>   | <b>26</b>  |
| <b>3. O IDEÁRIO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E AS PRÁTICAS QUE ENVOLVEM OS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO FÍSICA .....</b> | <b>48</b>  |
| <b>4. MEDICALIZAÇÃO... PRESCRIÇÃO... IMPOSIÇÃO... PROPOSIÇÃO .....</b>  | <b>80</b>  |
| <b>4.1. O RISCO E A ADOÇÃO DE DIFERENTES PRESCRIÇÕES.....</b>   | <b>103</b> |
| <b>5. A EDUCAÇÃO FÍSICA E A INSERÇÃO NA SAÚDE .....</b>   | <b>117</b> |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>   | <b>141</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>   | <b>149</b> |
| <b>APÊNDICES .....</b>  | <b>159</b> |
| <b>APÊNDICE 1: CARTA INSTITUIÇÕES.....</b>  | <b>159</b> |
| <b>APÊNDICE 2: CARTA CONVITE PARA O CONSELHO E E-MAIL CREF .....</b>  | <b>161</b> |
| <b>APÊNDICE 3 – CARTA CONVITE PROFISSIONAIS.....</b>  | <b>165</b> |
| <b>APÊNDICE 4: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>   | <b>166</b> |
| <b>APÊNDICE 5 – MODELO DE PLANILHA PARA ORGANIZAÇÃO DE TODAS AS RESPOSTAS EM UM MESMO PLANO.....</b>          | <b>168</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>  | <b>169</b> |
| <b>Anexo 1 – Modelo do site do DATASUS .....</b>  | <b>170</b> |
| <b>Anexo 2 – Modelos de entrevistas.....</b>  | <b>171</b> |
| <b>Anexo 3 - Materiais do Sistema CONFEF/CREF acerca da necessidade de registro .....</b>                     | <b>201</b> |

## 1 – APRESENTAÇÃO

Nos últimos anos, a medicalização (conceitos e práticas) tem sido amplamente abordada em diferentes meios de comunicação<sup>1</sup> e práticas sociais. Isso pode ser verificado, por exemplo, a partir de uma simples pesquisa na internet<sup>2</sup>, pois, em um breve mapeamento – através do site de buscas Google – encontrei 159.000 resultados que apresentam alguma ligação com o tema supracitado. Entre esses, há textos, teses, dissertações, fóruns, imagens, propagandas publicitárias e muitos outros exemplos. Além disso, ressalto que diversos programas que circulam nos meios de comunicação de massa<sup>3</sup> tendem a apresentar e endossar as questões de consumo e prescrição de medicamentos.

Da maneira como tem sido apresentada, nos diferentes meios já citados, a ideia de medicalização parece remeter somente às questões de prescrição, consumo e administração de medicamentos, cada vez mais comuns entre as pessoas, independentemente da apresentação de alguma enfermidade. No entanto, a crescente necessidade em adotar novas prescrições, a fim de manter-se mais ativo e mais feliz, por mais tempo, vai ao encontro do que Rogério Azize (2006) referiu como uma ‘medicalização do cotidiano’, como um aspecto intrinsecamente relacionado à ideia de ‘super-saúde’. Para o autor, dentre as classes médias urbanas, passou-se a vivenciar uma cultura do bem-estar e da promoção da saúde (IDEM, 2006).

Nesse sentido, Azize (2006) discorre sobre a circulação de um amplo discurso que tem como base a cultura da ‘qualidade de vida’ e da ‘promoção da saúde’, perpassada por diferentes estratégias que justificam as intervenções corporais, não apenas nos estados de doença

---

<sup>1</sup> Refiro-me aqui às inúmeras reportagens que fazem menção ao tema, e que têm circulado na mídia, como, por exemplo, os programas de televisão, as propagandas publicitárias de medicamentos, além das diversas matérias impressas em jornais e revistas.

<sup>2</sup> Busca realizada a partir do tema – Medicalização – no site [www.google.com](http://www.google.com), na data de 02/03/2015.

<sup>3</sup> Refiro-me principalmente aos programas televisivos que fazem menção ao tema.

como também nos estados de saúde. Em outras palavras, é como se as pessoas estivessem sempre em ‘débito’ com a sua saúde, buscando não apenas ‘a cura’ ou o não adoecimento, mas, como destaca Renato Janine Ribeiro (2003), tentando alcançar um ‘mais’, um incremento de saúde – para além de um estágio inicial sem doença ou anterior a ela. Desse modo, parece-me que assumir diversas prescrições em prol da busca por mais saúde tem reforçado práticas consideradas como medicalizantes.

Com relação às diferentes estratégias que podem ser consideradas como prescritivas/medicalizantes, ressalto o quanto a prática de exercícios físicos<sup>4</sup> também pode ser considerada como uma forma de medicalizar os indivíduos. Principalmente se a prática de exercícios físicos for realizada de forma prescritiva e regulamentar, mesmo que a inserção de tais exercícios não tenha uma relação direta com o consumo de medicamentos.

Pode-se dizer que a Educação Física<sup>5</sup> tem se aproximado como ferramenta do ideário da promoção da saúde<sup>6</sup>, e, nesse contexto, tem se tornado mais prescritiva, mais voltada para os problemas de saúde/doença, tendo como fatores secundários para a sua ação as preocupações com a estética e o lazer, embora estes também estejam articulados com o imperativo da promoção da saúde.

---

<sup>4</sup> Optei pela utilização recorrente da expressão ‘prescrição de exercícios físicos’ e não ‘prescrição de atividades físicas’ primeiramente por entender esses conceitos no âmbito da promoção da saúde, que os diferencia de forma bem substancial, tal como pode ser observado no Glossário Temático de Promoção da Saúde (BRASIL, 2012d), que entende a atividade física como todo movimento corporal que produz gasto energético acima do nível de repouso (p.17), ou seja, praticamente todas as nossas atividades de vida diária, tais como ir ao supermercado por exemplo. E exercício físico como toda atividade física planejada, estruturada e repetitiva que tem por objetivo a melhoria e a manutenção de um ou mais componentes da aptidão física (p.22). Nessa direção, como a problematização que envolve a temática desta tese é a prescrição e os modos como o ato de prescrever ocorrem, penso que o conceito de exercício físico se ‘encaixa’ mais adequadamente. Contudo, reforço que tais conceitos são muitas vezes utilizados como sinônimos, entre o público leigo e dentro da área da Educação Física, principalmente nos estudos de cunho mais quantitativo e epidemiológico da área.

<sup>5</sup> Utilizarei a inicial maiúscula ao me referir a Educação Física como área de conhecimento sempre que o termo se fizer presente.

<sup>6</sup> Discuto mais detalhadamente o conceito e o ideário da promoção da saúde no capítulo 3.

Sobre o entendimento do conceito de saúde, sabe-se que Organização Mundial de Saúde (OMS) manteve, por muitos anos, a noção de que um dado estado de saúde seria equivalente à ausência de doenças, bem como o gozo de completo bem-estar físico, mental e social. Porém, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), percebeu-se a necessidade de mudanças referentes ao setor saúde que ultrapassavam as questões financeiras e administrativas, pois exigiam uma ampliação do conceito de saúde e sua ação institucional (BRASIL, 1986).

Nessa direção, o conceito de saúde, em seu sentido amplo, tal como foi definido na Conferência, depende da organização social a fim de diminuir as desigualdades nos níveis de vida. Além disso, de acordo com o documento, a saúde “é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p.4).

Nesse contexto, ao refletir sobre as dimensões que o conceito de saúde abrange atualmente, destaco a provocação apresentada pelos autores Marco Segre e Flávio Ferraz (1997)<sup>7</sup> sobre o tema, na direção de uma perspectiva mais crítica. Eles sugerem que a saúde seja compreendida como um “estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade” (p.542).

De acordo com essa proposta, a saúde pode ser entendida como um recurso para a vida, como um conceito positivo que enfatiza as modificações tanto sociais quanto pessoais, bem como as capacidades físicas de cada indivíduo. Assim, as práticas que envolvem a promoção da saúde vão para além de um estilo de vida saudável<sup>8</sup>, na direção de

---

<sup>7</sup> No artigo em questão, os autores discorrem de forma crítica sobre o conceito de saúde, a partir do entendimento da Organização Mundial de Saúde, ‘situação de perfeito bem-estar físico, mental e social’.

<sup>8</sup> De acordo com o Glossário temático da promoção da saúde (2012d) o conceito de estilo de vida pode ser entendido como: a “forma como as pessoas ou grupos vivenciam a realidade e fazem escolhas, que são determinadas por fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais”(p.22). Com relação ao conceito de estilo de vida saudável, destaco que autores como Alberto Madureira, Sílvia Fonseca e

um bem-estar global, não podendo ser de responsabilidade somente do setor saúde, mas uma responsabilidade compartilhada com os indivíduos (BRASIL, 2002a).

Desde o século XVIII, pode-se dizer que o corpo, as condutas e o comportamento humano passaram a integrar o sistema de funcionamento da medicina, que se expandiu cada vez mais, para além das enfermidades (FOUCAULT, 2006). No entanto, a partir do início do século XX, se ‘instituiu’ uma sociedade da norma, caracterizada por uma busca desenfreada pela normalidade, exercida principalmente pelos médicos, podendo configurar-se como uma medicalização desenfreada. Desse modo, podemos pensar no uso do termo ‘medicalização’ em alusão ao processo de expansão ilimitada do saber médico, bem como pela função política exercida pela medicina (FOUCAULT, 2006).

Para a autora Jurema Barros Dantas (2009), o uso indiscriminado e abusivo dos medicamentos, na atualidade, deve ser problematizado, pois a medicalização da vida tem se tornado um dos caminhos mais curtos – se não o melhor caminho – para amenizar os diferentes mal-estares de nossa época. A autora ainda destaca que os psicofármacos têm surgido como estratégias técnicas eficientes na busca por uma felicidade permanente imposta pela sociedade atual (DANTAS, 2009).

Embora o consumo abusivo de medicamentos e a patologização de problemas antes não considerados médicos estejam elencados como os principais tipos de tensionamentos no que tange à temática da medicalização atualmente, *nesta tese faço o uso do termo em alusão ao aumento e a adoção de diferentes prescrições cotidianamente, a fim de*

---

Maria de Fátima Maia (2003) discorrem sobre a existência dos múltiplos tipos de estilos de vida saudáveis, assim como a falta de definição sobre a expressão. Eles assumem, portanto, aquela definição que, em sua prática e conjunto, “ajuda a adicionar anos à vida e vida aos anos” (p.55), além de contar com uma menor probabilidade para a ocorrência de doenças e/ou enfermidades, assim como uma diminuição significativa no aparecimento de incapacidades.

*viver mais e melhor*. Para isso, tomo emprestada a expressão ‘medicalizar o cotidiano’, apresentada por Rogério Azize (2006), quando, em seus estudos, a utiliza a fim de explicar a crescente necessidade dos indivíduos em adotar diversas prescrições no dia a dia.

Nesse sentido, destaco que os discursos sobre a adoção de diferentes prescrições, inclusive aqueles relacionados com as mudanças no estilo de vida dos indivíduos, têm sido frequentemente associados ao gerenciamento e mapeamento dos riscos. Prescrições que visam, sobretudo, mudanças nas condutas dos indivíduos, pois tentam definir a maneira como deverão se comportar.

Na maioria das vezes, o compromisso individual e a responsabilidade que cada indivíduo tem, ou deverá ter, para com a sua própria saúde, tem se tornado o foco desses discursos. Para Alan Petersen *et al.* (2010), uma das principais ferramentas para o autogoverno dos indivíduos é o ‘risco<sup>9</sup>’, tendo em vista que, além do discurso do risco trazer o futuro para o presente, ele ainda é capaz de ditar as diretrizes dos comportamentos considerados mais adequados e saudáveis.

A partir dessas colocações iniciais, cabe pensar acerca das inúmeras prescrições que os indivíduos têm adotado a fim de potencializar seus níveis de saúde. Eles estão sempre em busca de novas alternativas a fim de sentirem-se cada vez mais próximos de uma vida saudável e sem riscos. No entanto, a otimização e a preocupação demasiada em relação aos níveis de saúde parecem estar se tornando uma obsessão, transformando os indivíduos em pré-doentes e gerenciadores da sua própria saúde (GONÇALVES, 2010; CASTIEL, GUILAM e FERREIRA, 2010; CAPONI, 2009; SIBILIA, 2002).

Entre as estratégias que podem ser consideradas como medicalizantes (pois ‘prescrevem’ a forma como os indivíduos devem se

---

<sup>9</sup> A temática do risco será retomada em maiores detalhes na seção 4.1.

comportar a fim de manterem-se mais felizes e mais saudáveis por mais tempo), ressalto novamente como a prática de exercícios físicos, de forma prescritiva e regulamentar, também pode ser considerada uma forma de medicalizar os indivíduos. Mesmo que a inserção da prática de exercícios físicos não tenha relação direta com as prescrições médicas, propriamente ditas, é importante pensar como tal medida também pode ser entendida de forma prescritiva/medicalizante.

De certo modo, a Educação Física tem sido usada como ferramenta de promoção da saúde e, nesse contexto, pode estar se tornando demasiadamente prescritiva, mais voltada na atualidade para os problemas de saúde/doença – como mencionado anteriormente. A autora Yara Carvalho (2012) problematiza, em seu texto sobre a Educação Física e a Saúde Coletiva, o quanto a Educação Física, de um modo geral, têm uma relação histórica com a área da saúde, principalmente aquela saúde que tende a reduzir os fenômenos ligados às reações determinadas biologicamente, desconsiderando muitas vezes o contexto social. Mais do que isso, “[...] tende a responsabilizar, única e exclusivamente, o indivíduo por sua condição de vida” (CARVALHO, 2012, p.19).

As mudanças nos estilos de vida, através da prescrição e da prática cotidiana de exercícios físicos, podem ser consideradas como as principais estratégias de ação da Educação Física a fim de se firmar também no campo da saúde. Mesmo que os discursos acerca das mudanças nos modos de viver não tenham surgido inicialmente dentro do escopo teórico desta área. As ideias acerca das mudanças nos modos de vida tiveram seu reconhecimento a partir do ideário da promoção da saúde, situadas no âmbito do discurso biomédico, pois visavam – e visam ainda –, a diminuição dos fatores de risco para o adoecimento, bem como a diminuição significativa nos custos gerados pelas diversas enfermidades por parte do Estado (BUSS, 2000; BRASIL, 2002a).

Ainda assim, a Educação Física (entre outras áreas) incorporou as preocupações acerca dos modos de viver das pessoas como estratégias de atuação, pois, além de ser considerada uma mudança de baixo custo – pelos menos em termos teóricos –, conta com a responsabilização pessoal como possível aliada na captação de mais adeptos.

Durante a elaboração de minha dissertação de mestrado, intitulada “*A centralidade do profissional de educação física na promoção da saúde e dos estilos de vida ativos: uma análise da revista do Conselho Federal de Educação Física*”<sup>10</sup>, as discussões acerca da necessidade da prescrição de atividades físicas<sup>11</sup> diárias como uma forma de ‘medicalizar o cotidiano’ dos indivíduos surgiram e provocaram possibilidades de tensionamentos que extrapolavam os limites da proposta de mestrado<sup>12</sup>.

Nesse sentido, percebi a necessidade de ampliar tais questionamentos procurando analisar e problematizar a inserção e a atuação dos profissionais de educação física nos diferentes ambientes de saúde, bem como, discuto como os processos de prescrição de exercícios físicos nesses ambientes podem também se constituir numa forma de medicalização do cotidiano dos usuários dos serviços. Assim, problematizo *como os processos de prescrição de exercícios físicos nos ambientes de saúde podem, também, se constituir numa forma de medicalização do cotidiano dos usuários dos serviços?*

Embora eu tenha desenvolvido grande interesse pela inserção dos educadores físicos nos ambientes de saúde, já há bastante tempo, esse não é um universo conhecido por mim enquanto profissional da área.

---

<sup>10</sup> Ver: GONÇALVES, Alana Martins (2010).

<sup>11</sup> Mantenho a expressão ‘prescrição de atividades físicas’ nessa passagem do texto, pois se trata do modo como as Revistas EF entendem a prescrição de exercícios físicos, ou seja, como sinônimos, uma situação muito corriqueira em bibliografias da área, tal como já mencionei em nota anterior.

<sup>12</sup> Penso que as discussões sobre a medicalização do cotidiano e a sua relação com a prática de atividades físicas extrapolaram a proposta de mestrado, pois promoviam novas articulações, para além daquelas referidas nas publicações da Revista EF.

Em dado momento da pesquisa, esse fato dificultou meu acesso tanto aos materiais quanto aos participantes. Do mesmo modo, ressalto que o fato de estar ‘de fora’ do contexto analisado me possibilitou observar algumas facetas sobre o campo que me surpreenderam enquanto pesquisadora, compreendendo, sobretudo, a Educação Física como uma área de interface entre a saúde e a educação.

Além disso, destaco que através do material empírico foi possível observar muitos movimentos de ‘resistência ou de fuga’ às práticas consideradas prescritivas/medicalizantes, sinalizando com isso, o quanto a atuação dos profissionais nos ambientes de saúde ainda está pautada em um processo medicalizante em curso no âmbito da sociedade. No entanto, a evidência desses movimentos ‘de fuga e resistência’, relatados pelos participantes, parece demonstrar mudanças significativas no grau de adesão aos planos terapêuticos, assim como nos níveis de saúde dos usuários dos serviços.

Para dar conta das inquietações traçadas nesta pesquisa, optei pela utilização do método de entrevistas, sendo que realizei doze (12) entrevistas semiestruturadas, em sua maioria online, com profissionais de educação física, já atuantes em ambientes de saúde da cidade de Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil. Tais profissionais foram previamente selecionados a partir do seu registro na Classificação de Ocupações em Saúde – disponível no site do DATASUS para consulta livre<sup>13</sup>.

Segundo Maria Cecília Minayo (2010), a entrevista pode ser considerada como a estratégia mais utilizada no processo de trabalho, entendendo a importância das entrevistas tanto para comunicação verbal quanto para coleta de dados científicos (IDEM, 2010). Nesse sentido, a escolha pelo método de entrevistas, justifica-se pela necessidade de entrar em contato com a realidade dos profissionais que

---

<sup>13</sup> No capítulo 2 desta tese, explico detalhadamente a forma como localizei e contatei os profissionais a partir do site do DATASUS.

estão ou estiveram atuando recentemente em saúde, utilizando as entrevistas tanto para comunicação quanto para coleta de informações necessárias para a construção desta pesquisa.

Embora eu tenha pensado em outras estratégias no decorrer da construção desta tese, as entrevistas me possibilitaram ter contato com a realidade dos profissionais, a partir da compreensão deles mesmos. Além disso, as entrevistas apresentaram importantes contribuições que auxiliaram na problematização acerca dos caminhos que a Educação Física tem tomado nos últimos anos enquanto campo de saber, e do quanto esses percursos têm influenciado as práticas nos serviços de saúde.

Para o embasamento metodológico referente à escolha pelas entrevistas fiz uso, principalmente, das obras de Uwe Flick (2009), Bauer & George Gaskell (2013), Rosa Maria Hessel Silveira (2007), Maria Cecília Minayo (2010), bem como, de trabalhos (teses e dissertações) realizados na própria Instituição – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Meu acesso a esses trabalhos se deu via LUME – repositório digital de Teses e Dissertações da UFRGS. Nas obras pesquisadas, os autores adotaram como metodologia de trabalho o uso de entrevistas com o auxílio da internet. Um exemplo desses trabalhos é a tese de Jeane Felix (2012), que utilizou entrevistas online (narrativas online) para problematizar os modos de vida de jovens soropositivos<sup>14</sup>.

A questão que envolve este trabalho não visa a discussão acerca da formação curricular em Educação Física, mesmo que, ao realizar as entrevistas, tenha sido possível observar, a partir das falas dos participantes, ‘pontos fortes’ e ‘carências’ referentes aos seus processos de formação. No entanto, optei por não me adentrar à discussão sobre os processos de formação dos profissionais, mesmo

---

<sup>14</sup> Jeane Félix da Silva (2012) escreveu sua Tese de doutorado (PPGEDU/UFRGS) a partir de entrevistas narrativas online com jovens soropositivos. Destaco que, além da tese de Jeane Félix, fiz uso de outros trabalhos, os quais comento mais adiante, especificamente na metodologia capítulo 2.

que, em alguns momentos, essa questão tenha se mostrado presente durante as entrevistas.

Contudo, ressalto que minhas intenções estão direcionadas para a forma como tem se dado a atuação desses profissionais, através da descrição e compreensão em relação às suas práticas. Desse modo, me propus a escutar as ‘vozes’ desses profissionais, visando analisar como a Educação Física, enquanto campo de saber, tem se aliado a um discurso medicalizante a fim de se constituir e se afirmar na área da saúde.

O conjunto dessas entrevistas compõe o corpo empírico desta pesquisa. Meu objetivo nesta tese é problematizar, a partir das ‘falas’ dos profissionais atuantes nos ambientes da saúde e de suas práticas, as compreensões acerca do modo como a Educação Física têm se aliado ao discurso medicalizante, promovendo-o de algum modo a fim de se constituir e se afirmar enquanto campo de saber na área da saúde.

É importante ressaltar que antes de conversar com os participantes desta pesquisa, ao criar meu guia<sup>15</sup> de entrevistas, estipulei a priori três pressupostos para possível análise das ‘falas’ dos profissionais participantes, ou seja, direcionei minhas intenções de pesquisa desde o princípio para as seguintes categorias: *1- O ideário da Promoção da Saúde; 2 – As prescrições e o processo medicalizante; e, 3 – A inserção da Educação Física na Saúde.*

Porém, mesmo elencando tais categorias a priori, realizei essas entrevistas possibilitando que as ‘vozes’ destes profissionais, que percorreram diferentes caminhos para hoje estarem atuando como trabalhadores em saúde, fossem escutadas e discutidas com a bibliografia proposta neste estudo. Assim, pude olhar e pensar sobre os percursos que a Educação Física tem traçado em sua inserção na saúde

---

<sup>15</sup> Uso o termo guia para me referir ao conjunto de perguntas previamente elaborado para a entrevista. Embora eu tenha, por diversas vezes, realizado interferências que não estavam previstas inicialmente, as fiz por julgá-las pertinentes, pois foram decorrentes das questões que surgiram durante a conversa.

e, para além disto, pensar de que forma esses caminhos têm refletido na atuação de futuros profissionais, extrapolando assim, as minhas expectativas iniciais.

Para tentar dar conta das questões e objetivos aqui traçados, organizei esta tese em cinco capítulos: 2 - *Organização Metodológica*; 3 - *O Ideário da promoção da Saúde e as práticas que envolvem os profissionais de Educação Física*; 4 - *Medicalização... Prescrição... Imposição... Proposição*; 5 - *A Educação Física e a inserção na saúde*.

O primeiro capítulo compreende a apresentação da tese, referindo as minhas principais estratégias e os caminhos percorridos para a escrita deste documento. No segundo capítulo, '*Organização Metodológica*', discorro sobre as minhas escolhas metodológicas, incluindo a apresentação do método que escolhi fazer uso para dar conta das minhas inquietações enquanto pesquisadora. Na composição do terceiro capítulo, '*Ideário da Promoção da Saúde e as práticas que envolvem os profissionais de Educação Física*', discuto, juntamente com as compreensões dos entrevistados, os principais programas e documentos que surgiram neste ideário, principalmente aqueles relacionados à Educação Física. No quarto capítulo, '*Medicalização... Prescrição... Imposição... Proposição*', apresento as principais ideias acerca do conceito de medicalização, e aproximo as discussões dos entrevistados às questões que envolvem a prescrição como parte de um processo medicalizante em curso no âmbito da sociedade. No quinto e último capítulo, '*A Educação Física e a inserção na saúde*', abordo a 'inserção' da Educação Física na saúde a partir da sua regulamentação, problematizando a atuação dos profissionais com base na bibliografia e nas colaborações dos participantes deste estudo.

Por fim, nas considerações finais, procuro reaver as principais questões que me moveram a construir este estudo, retomando, assim, os pontos de maior tensionamento, a fim de relacioná-los com os meus questionamentos iniciais. Aproveito, também, para refletir acerca dos

diferentes rumos e inquietações que surgiram durante a construção deste estudo.

## 2. ORGANIZAÇÃO METODOLÓGICA

Nos últimos anos, a Educação Física tem sido referida como uma importante aliada na condução dos modos de vida das pessoas, mais exatamente dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Pode se dizer que, desde a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006)<sup>16</sup>, a Educação Física foi convidada para atuar como parceira nas práticas de saúde implementadas pelas políticas do SUS, sobretudo a partir das estratégias de promoção da saúde (BUSS, 2000; BRASIL, 2002b; BRASIL, 2006; FRAGA *et al.*, 2013a) e da proposição das Residências Multiprofissionais Integradas (BRASIL, 2005; CECCIM, 2010)<sup>17</sup>, dos Núcleos de Apoio à saúde da Família (BRASIL, 2009; 2011b; 2012c; 2013a)<sup>18</sup> e das Academias da Saúde (BRASIL, 2013b)<sup>19</sup>.

---

<sup>16</sup> Destaco que no texto de apresentação da PNPS (2006), a necessidade da promoção da atividade física aparece como uma das estratégias do pacto em defesa da vida, nesse documento pode-se perceber certa 'convocatória' da Educação Física como profissão para atuar no SUS.

<sup>17</sup> No Brasil, as primeiras experiências de Formação em Pós-Graduação Multiprofissional em Saúde, sob a forma de Residência, datam da segunda metade da década de 1970 (CECCIM, 2010, p.19). No entanto, o autor ressalta que o tema das Residências é de certa forma 'novo' no Estado, pois ele "decorre da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde" (IBID. 2010, p.19) aprovada pelo CNS (Conselho Nacional da Saúde) a partir da Resolução nº 335 em 27 de novembro de 2003, instituída pela Portaria GM/MS nº 198 de 13 de fevereiro de 2004 (CECCIM, 2010). Corroborando com isso, as Residências em área profissional da saúde, foram criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, e são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem as profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Consulta realizada em 10/06/2013 em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&id=12501&Itemid=813](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12501&Itemid=813).

<sup>18</sup> Com a intenção de apoiar e alargar o escopo de atendimento das estratégias de saúde da família, o Ministério da Saúde criou em 24 de janeiro de 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154/2008. Contudo, o NASF caracteriza-se como uma estratégia inovadora, pois conta com a participação de diferentes profissionais (equipes multiprofissionais) que têm por compromisso atuar conjuntamente com as equipes de saúde da família. Outras portarias também têm reforçado o trabalho do NASF na atenção básica, tais como: a Portaria GM/MS nº 2.488/2011b – aprova a Política Nacional de Atenção Básica, a Portaria GM/MS nº 3.124/2012c – Redefine a vinculação dos NASF I e II e cria o NASF III e a Portaria SAS/MS nº 256/2013a que estabelece as novas regras para o cadastro CNES.

<sup>19</sup> Para corroborar com a promoção da saúde da população brasileira, além da necessidade da continuidade das ações de vigilância em saúde, a Estratégia de Saúde da Família conjuntamente com o Ministério da Saúde redefiniram, a partir da Portaria de nº 2.681 de 07 de novembro de 2013b, o

A partir da proposição e implantação das Residências Multiprofissionais Integradas, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das Academias da Saúde, a Educação Física – assim como outras áreas da saúde – passou a ter um ‘espaço’<sup>20</sup> de trabalho nas equipes de saúde. No entanto, ela parece estar se assentando nas atuais políticas de promoção de saúde brasileiras como área ‘relevante’ na proposição da adoção de estilos de vida mais saudáveis, como comportamentos desejáveis na evitação de riscos à saúde das pessoas (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2006; FRAGA, 2006).

Ao mesmo tempo em que a expansão do campo da Educação Física parece significar efeitos positivos em relação à carreira profissional e, em termos de disciplina, também pode significar um aumento na expansão da medicalização e dos conhecimentos biomédicos mais legitimados no âmbito das práticas cotidianas, como parte das recomendações acerca do que se deve fazer para se ter mais saúde.

Desse modo, conforme apresentei anteriormente, analiso e problematizo os processos que têm contribuído para a ‘atuação’ dos profissionais de educação física nos diferentes ambientes de saúde, assim como, discuto como os processos de prescrição de exercícios físicos nesses ambientes podem também se constituir numa forma de medicalização do cotidiano dos usuários dos serviços. Além disso, esta tese versa sobre como a Educação Física tem se aliado a tal discurso medicalizante promovendo-o de algum modo a fim de se constituir e se afirmar enquanto campo de saber na área da saúde.

Para tanto, realizei entrevistas semiestruturadas com profissionais de educação física, atuantes em ambientes de saúde da cidade de Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil. Os profissionais

---

programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, devendo ser implantada pelas secretarias de saúde dos municípios a partir do apoio do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de saúde.

<sup>20</sup> Abordarei, no capítulo 5, a inserção dos profissionais de educação física como trabalhadores de saúde.

foram previamente selecionados a partir dos seus registros no departamento de informática do SUS (DATASUS), mais especificamente, através da Classificação Brasileira de Ocupações<sup>21</sup>.

O DATASUS passou a integrar a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa<sup>22</sup> em 2011, a partir do decreto nº 7.530, de 21 de julho de 2011<sup>23</sup>, e, como sistema de informação, visa, sobretudo, a democratização da informação em saúde. Dentro do site do DATASUS, é possível ter contato com diferentes informações em relação aos ambientes e às ações em saúde. No site, é possível acessar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)<sup>24</sup> e, a partir do CNES, podemos ter acesso a informações referentes aos estabelecimentos de saúde e aos profissionais atuantes nos ambientes regularmente registrados em todo o Brasil, através da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)<sup>25</sup>.

Para localizar um grupo de profissionais no site do DATASUS, é necessário selecionar o Estado, o Município, a CBO ou a Família CBO – no qual aparecem todos os profissionais de uma determinada categoria. Em relação aos dados para este estudo, a Família pesquisada está descrita sob o número 2241 (que engloba todos os profissionais de educação física registrados), porém, existem profissionais de educação física que estão registrados como professores de educação física na saúde e compreendem as Famílias CBO 2344 – para Educação Física no ensino superior; 2321 no ensino médio; e, por fim, 2313 para o ensino

---

<sup>21</sup> Disponível no site do DATASUS para consulta livre – <http://cnes.datasus.gov.br/>. Na sequência, detalharei como esse procedimento é realizado e qual é a situação atual da cidade de Porto Alegre no que corresponde à quantidade de profissionais de Educação Física registrados.

<sup>22</sup> De acordo com o Portal da Saúde, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa tem como missão o fomento, a implantação e a coordenação das ações de ouvidoria e auditoria, a partir da coordenação interfederativa, visando a segurança, a gestão da informação e a equidade, com vistas à qualificação e o fortalecimento da gestão participativa, estratégica e de controle social do SUS. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br>.

<sup>23</sup> Conforme Portal do Ministério da Saúde, disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>.

<sup>24</sup> Consulta a partir do endereço: <http://cnes.datasus.gov.br/>.

<sup>25</sup> Através do ícone Relatórios – Ocupações (CBO): [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Profissional\\_com\\_CBO.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp).

fundamental<sup>26</sup>. No entanto, todos estão atuando em ambientes de saúde, independentemente do registro.

Em um primeiro acesso ao CNES, foi possível perceber que só na Família CBO 2241 havia 127 profissionais registrados no Estado do Rio Grande do Sul, sendo 28 na cidade de Porto Alegre. Tendo em vista as dificuldades em conseguir recurso financeiro para custear as despesas com viagens para este estudo, e por se tratar de uma grande quantidade de profissionais – no que se refere aos dados estaduais – pois grande parte dos profissionais registrados estão atuando em cidades do interior e região de fronteira, delimito a amostra ao município de Porto Alegre, abrindo para as demais famílias de CBO<sup>27</sup> pertencentes à Educação Física.

Assim, pude contabilizar um total de 41 profissionais de educação física registrados no respectivo cadastro e atuantes no município de Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil. De acordo com o CNES, os profissionais estão divididos entre as famílias CBO da seguinte forma: sob a família CBO 2241 – são 28 profissionais; 2344 – 6 profissionais; 2321 – 3 profissionais; e, na família CBO 2313, são 4 profissionais.

Esses profissionais estão atuando em 12 estabelecimentos de saúde – sendo que um desses profissionais está inscrito em dois ambientes diferentes –, quais sejam: Hospital de Clínicas (16); Hospital Mãe de Deus (9); Hospital Psiquiátrico São Pedro (3); IMEDE Centro Integrado de Medicina do Exercício Ltda. (3); HEPA – Hospital Espírita de Porto Alegre (3); Fundação de Proteção Especial (2); Hospital Parque Belém (1); Equipe de Matriciamento GCC (1); CAPS II Infante Juvenil Centro Casa Harmonia (1); Ambulatório Especial de Saúde Mental (1);

---

<sup>26</sup> Nos últimos anos, após a criação da CBO 2241, os municípios não estão mais conseguindo registrar os profissionais de educação física nas famílias 2344, 2321 e 2313, no entanto, aqueles que já estavam sob esse registro ainda permanecem nessa classificação.

<sup>27</sup> Refiro-me às famílias de CBO 2344, 2321 e 2313.

Clínica Gramado (1); Clínica São José (1); totalizando 42 participações em 12 espaços<sup>28</sup>.

Após o levantamento dos dados, em um primeiro momento, procurei entrar em contato com as Instituições onde esses profissionais atuavam, via telefone e e-mail para que essas tomassem conhecimento da pesquisa (APÊNDICE 1) e, ao mesmo tempo, pudessem conceder permissões para que os profissionais fossem convidados a ser entrevistados.

Como a minha pesquisa não tinha o objetivo de analisar as Instituições, mas as compreensões dos profissionais sobre a atuação e inserção da Educação Física nos espaços de saúde, associado à questão de tempo para realização da pesquisa e ao fato de que tive muitas dificuldades em localizar as pessoas com as quais eu deveria estabelecer contato, tive que fazer novas escolhas.

Como alternativa para que eu tivesse acesso aos dados pessoais dos profissionais (e-mail, telefone) sem esbarrar em questões éticas decorrentes das normatizações das Instituições de saúde onde esses atuam, recorri ao Conselho Regional de Educação Física (CREF2/RS), tendo em vista que todo indivíduo graduado na área deve estar, primeiramente, inscrito no respectivo Conselho, para que então possa atuar em qualquer campo dentro do escopo da Educação Física.

Torna-se relevante mencionar o quanto o sistema CREF/CONFED tem tentado ‘controlar’ os espaços de atuação dos profissionais de educação física, pois tal tipo de vigilância tem servido de pauta para muitas disputas no campo<sup>29</sup>. Entretanto, para fins de pesquisa sobre os

---

<sup>28</sup> Optei por manter exposto no texto os números de profissionais atuantes em cada espaço de saúde da cidade de Porto Alegre, pois estes dados são de domínio público e estão disponíveis na página do CNES – Datasus, além disso, não visam a identificação dos participantes.

<sup>29</sup> Refiro-me tanto sobre as disputas pelo mercado de trabalho que têm ocorrido no campo, como, por exemplo, o fato de alguns licenciados em Educação Física estarem atuando com o uso de liminares nos ambientes de saúde, pois o Conselho entende que esse espaço seria de domínio do bacharel (mais adiante, retomarei tal questão), bem como, sobre as constantes interdições nos estabelecimentos de prática.

dados dos profissionais, o contato com o CREF foi uma escolha pertinente e necessária.

Meu contato com o CREF aconteceu via telefone (para saber como eu deveria proceder) e por e-mail, momento em que relatei como seria a pesquisa e expliquei o tipo de informações que eu estava precisando para a realização do contato com os profissionais (APÊNDICE 2). Para facilitar a localização dos profissionais de educação física que estão atuando na saúde enviei ao Conselho uma listagem com a relação nominal dos profissionais conforme constava no site do DATASUS (ANEXO 1). Em seguida, o Conselho retornou minha solicitação disponibilizando, então, os endereços eletrônicos de 16 dos 41 profissionais listados inicialmente. Desse modo, os profissionais foram contatados e convidados através de uma carta convite (APÊNDICE 3), a participarem do estudo.

Em função de ter acesso aos dados dos profissionais via Conselho e não através das suas Instituições de atuação, como pensado inicialmente, tive que mudar a estratégia de contato. Para tanto, criei uma conta/endereço de e-mail específico para o desenvolvimento da pesquisa e, a partir disso, enviei a Carta Convite (APÊNDICE 3) para todos os 16 participantes registrados no CREF atuantes em ambientes de saúde.

Para minha surpresa, além dos 16 convidados contatados via e-mail, outros 3 profissionais<sup>30</sup> – que não estavam na listagem do CREF – demonstraram interesse em participar das entrevistas, pois tiveram conhecimento da pesquisa através de colegas que já haviam sido convidados. A fim de que a participação deles fosse formalizada, reenviei a Carta Convite (APÊNDICE 3) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 4) referentes à pesquisa para cada um deles.

---

<sup>30</sup> Esses três profissionais (que não estavam na listagem enviada pelo CREF) souberam da pesquisa e demonstraram interesse em participar a partir de conversas informais comigo e com outros colegas da área que haviam sido contatados via e-mail.

Efetivamente, tive como resposta 19 aceites de participação, no entanto, foram realizadas somente 12 entrevistas. Isso ocorreu, fundamentalmente, por questões individuais relatadas pelos entrevistados, tais como: falta de tempo disponível para a realização das entrevistas, sobrecarga de trabalho, ou ausência – férias. Inicialmente, eu havia estipulado um período de três meses (fevereiro, março e abril de 2014) para a realização das entrevistas, e, mesmo com certa flexibilidade em relação ao cronograma<sup>31</sup>, infelizmente, sete profissionais não tiveram disponibilidade para participar.

Mesmo com alguns cortes, acredito que as entrevistas realizadas se apresentam como importantes contribuições, pois auxiliaram na problematização sobre os caminhos que a Educação Física tem tomado nos últimos anos enquanto campo de saber e do quanto tais percursos têm, de fato, refletido na atuação dos profissionais nos ambientes de saúde.

Das doze (12) entrevistas realizadas, sete (7) aconteceram de forma virtual, através de ferramentas digitais, tais como: Skype, Facebook e e-mail, o que de certo modo tem sido bastante utilizado por diferentes pesquisadores (FRIEDERICHS, 2009; FELIX, 2012; ZAGO, 2013; SKOWRONSKI, 2014; DESSBESELL, 2014).

Para Flick (2009), as pesquisas de modo geral, inclusive aquelas de cunho qualitativo, estão cada vez mais envolvidas com os efeitos da revolução digital e tecnológica, pois se utilizam amplamente os computadores para a análise de dados, os gravadores de áudio e MP3 para a gravação de entrevistas e grupos focais, e a internet para publicação e busca de literatura. O autor ainda ressalta que o uso da internet e das suas ferramentas como recurso para obtenção de dados para pesquisa oferece muitas potencialidades e possibilidades, mas

---

<sup>31</sup> Refiro-me às três últimas entrevistas que acabaram extravasando o cronograma inicial, pois foram realizadas durante os meses de maio e junho de 2014.

também tem suas limitações e características éticas próprias (FLICK, 2009).

A partir da aceitação dos profissionais de educação física convidados, estes receberam o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O documento foi apresentado já no corpo do e-mail convite, permitindo que os participantes pudessem acessá-lo e, desse modo, poderiam optar pela participação ou não. Este termo – TCLE (APÊNDICE 4) – contém informações sobre a pesquisa e sobre as formas de acesso à pesquisadora para esclarecimentos posteriores, caso julgasse necessário.

Ressalto que este estudo não provocou/provocará constrangimentos ou prejuízos aos participantes, não implicando em qualquer dano em relação à saúde, à confidencialidade, anonimato e fidedignidade das pessoas envolvidas. No entanto, procurei manter os entrevistados à vontade em relação à forma que gostariam de conversar (virtual ou presencialmente), tal como, para deixar a entrevista caso se sentissem desconfortáveis em falar sobre si ou sobre as suas atividades de trabalho. Apesar disso, não tive nenhum caso de desistência durante as entrevistas.

No que diz respeito às entrevistas que realizei virtualmente, o uso da internet se deu para favorecer os entrevistados, já que eles não disponibilizavam de muito tempo. Para Flick (2009, p. 238) “[...] a internet tornou-se também parte da vida cotidiana de muitas pessoas.” Além disso, “[...] muitas pessoas têm acesso à internet em casa e muitas atividades profissionais e rotinas incorporaram o uso da internet” (p. 239).

Neste estudo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas de forma virtual e presencial, sendo em sua maioria virtual, de forma síncrona e assíncrona (FLICK, 2009), ou seja, entrevistas realizadas via Skype (em tempo real), com o entrevistado e a entrevistadora online

simultaneamente, bem como, entrevistas por e-mail, em que a pesquisadora envia as perguntas para o entrevistado sem que seja necessária a permanência online dos participantes.

Esse tipo de pesquisa online tem como vantagens a produção dos dados já disponibilizada no formato de texto – aquelas realizadas via e-mail e *Messenger* do facebook<sup>32</sup> – o que auxilia o pesquisador, pois omite a tarefa de transcrição das entrevistas (FLICK, 2009).

Como aspecto negativo desse processo, destaco algumas dificuldades de interação, argumentação e discussão mais aprofundada a respeito das questões propostas. Naquelas entrevistas realizadas por e-mail, por exemplo, mesmo com a utilização de uma metodologia mais interativa, por vezes, precisei retomar diversas questões com os entrevistados – que somaram 3 das 7 entrevistas realizadas de forma virtual.

Mesmo que o uso da internet esteja muito difundido e essa seja considerada uma excelente ferramenta para a pesquisa, “não podemos esquecer que não é todo mundo que tem ou quer ter acesso à internet” (FLICK, 2009 p. 239). Nesse sentido, foram realizadas cinco (5) entrevistas presenciais, pois alguns dos participantes não dispunham de ferramentas da internet, ou apenas não faziam uso frequente desse meio de comunicação; desse modo, optaram por realizar a entrevista de forma presencial. A fim de favorecer os participantes, no que diz respeito às questões de tempo e deslocamento, as entrevistas aconteceram nas dependências das instituições onde atuam, sem prejudicar o andamento das atividades laborais da instituição e nem dos profissionais.

---

<sup>32</sup> O uso do Facebook se deu por sugestão dos entrevistados, pois alguns colaboradores alegaram ser uma ferramenta muito utilizada no cotidiano. Após o aceite para a pesquisa via e-mail, o participante poderia sugerir qual a melhor forma de participação se presencial ou virtualmente, e, a partir dessa escolha, foram feitas as devidas solicitações de ‘amizade’ (no caso do Facebook e do Skype). Em seguida, as conversas (entrevistas) foram acontecendo de forma síncrona (na maior parte do tempo – no que se refere ao Messenger do Facebook).

As entrevistas realizadas por e-mail e Messenger do Facebook (3 no total, sendo 1 por e-mail e 2 via Messenger) foram armazenadas no formato de texto, tal como enviado pelo participante da pesquisa, todas as demais entrevistas que continham áudio – totalizando 9 entrevistas, sendo 5 presenciais e 4 via Skype – foram gravadas<sup>33</sup> para posterior transcrição.

Aproveito para ressaltar que, por se tratar de uma pesquisa qualitativa que visa, sobretudo, o conteúdo das falas e dos anseios mencionados pelos entrevistados, as conversas foram descritas na íntegra, com bastante rigor, porém sem maiores formalidades propostas pelos padrões convencionais de transcrição, pois não fiz o uso de sinais e símbolos para transcrever oscilações de voz e nem de pausas, entre outros símbolos amplamente utilizados para transcrição<sup>34</sup>.

\*\*\*\*\*

---

<sup>33</sup> Aqui me refiro à gravação de voz/som para posterior transcrição.

<sup>34</sup> Refiro-me às normatizações utilizadas para transcrição de conversas/entrevistas, como proposto em outras áreas, tal como a linguística. Ver: SCHNACK, PISONI e OSTERMANN, 2005; SILVA, ANDRADE e OSTERMANN, 2009.

Nesta pesquisa, conforme venho sinalizando, entrevistei/conversei com profissionais de educação física que estão ou estiveram recentemente inseridos em ambientes de saúde. Embora a Educação Física, enquanto área, esteja elencada como uma das profissões da saúde desde a promulgação da Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998b do CNS (Conselho Nacional de Saúde), parece não haver ampla divulgação<sup>35</sup> e inserção desses profissionais nesse mercado de trabalho atualmente, conforme pode ser visto no relato de um dos participantes da pesquisa a seguir.

*Eu não enxergo a EF tão dentro da área da saúde, para mim ela ainda não está. No sistema de saúde ela ainda não está, ela está na Educação, nos Processos Privados, mas ela não está no sistema de saúde. Cadê os profissionais? Ela não está presente ainda, a gente tem um profissional para nove mil trabalhadores, que está lá no CAPS, não sei o que ele faz lá, não tenho acesso, também não fui, talvez seja uma falha minha, mas, a gente tem doze postos de saúde e trinta e nove equipes de saúde da família e não tem nenhum profissional de EF (Entrevistado 4).*

Embora existam inúmeras dificuldades para uma maior inserção dos profissionais de educação física nos espaços de saúde, inclusive aquelas mencionadas pelo entrevistado 4 no excerto acima, é possível dizer que, nos últimos anos os profissionais da área também têm se mobilizado para atuar em saúde. Além disso, muitos processos<sup>36</sup> e programas<sup>37</sup> têm sido implementados para que essa prática seja de fato

<sup>35</sup> Faço referência ao número inexpressivo de vagas em concursos para a área, tais como: a Residência Multiprofissional (geralmente uma, quando há), bem como a falta de concursos próprios para a função de Educador Físico na Saúde.

<sup>36</sup> Existem alguns processos que ocorreram recentemente que estão colaborando para que a inserção e a atuação dos profissionais de educação física em ambientes de saúde possa se tornar uma realidade cada vez mais corriqueira. Destaco, como um dos processos mais significativos para isso a criação de um número próprio de CBO (classificação brasileira de ocupações), que permite ao profissional registrar suas atividades de acordo com a ocupação – nesse caso, profissional de educação física na saúde CBO 2241, bem como, posiciona-o como um dos profissionais pertencentes às equipes de saúde – vide: Portaria SAS/MS 256 de 11 de março de 2013a. Para aprofundar a discussão sobre a importância do CBO e o fazer em Educação Física, ver: Bueno, Alessandra Xavier, 2012.

<sup>37</sup> Em relação aos programas que têm sido implementados para corroborar com a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006), e tem colocado o profissional de educação física como ator desse processo, destaco o Programa Academia da Saúde (Portaria de nº 2.681 de 07 de novembro de 2013b – Redefine o Programa e revoga a Portaria anterior que havia instituído o Programa n.º 719 de 07/04/2011a).

muito enriquecedora e colaboradora no que diz respeito à saúde dos usuários dos serviços.

Entre os entrevistados, pude observar que a maioria não passou pelo processo de Residência Multiprofissional, participando de outros cursos de Especialização, em linhas mais específicas da área da Educação Física – Fisiologia do Exercício; Treinamento Físico; entre outros –, bem como aquelas que fazem uma intersecção entre a Educação Física e a Educação, como a Educação Física Escolar.

Apenas cinco (5) dos entrevistados realizaram Residência Multiprofissional (RM) em áreas como Saúde Mental, Saúde da Família e Atenção Básica<sup>38</sup>. Ainda que as minhas intenções não contemplem uma discussão sobre os processos de formação, parece-me que a realização de cursos mais específicos, tais como as Residências Multiprofissionais, podem proporcionar diferentes modificações na forma como os profissionais atuam nos serviços. No entanto, pode-se dizer que esse processo é, de certo modo, novo para o Estado, sendo que os programas de Residência ofertados para os educadores físicos ainda apresentam uma quantidade inexpressiva de vagas (geralmente uma).

Outro aspecto importante a ser destacado em relação ao pequeno número de profissionais de educação física com participação em programas de Residência, dentre os participantes, é o fato de que alguns (a maioria) já estavam inseridos e atuando em ambientes de saúde quando optaram pelos programas de Residência como uma possibilidade de aperfeiçoamento. Tal como destacou um dos entrevistados, ao ser questionado se teria realizado Residência,

---

<sup>38</sup> De acordo com o entrevistado 12, até o momento em que ele concluiu o programa (Março/2014), ele era o único educador físico do Estado com a formação em Residência Multiprofissional voltada para a Atenção Básica.

*Não, o meu período de fazer Residência entre aspas, eu chamo de perdi o tempo de fazer a Residência, porque quando me formei tive a oportunidade de entrar no Hospital X\* como professor. Então, quando entrei no Hospital X\* como professor seria exatamente o momento em que eu deveria, deveria entre aspas também, estar fazendo a Residência, ter a experiência de fazer a Residência. Mas não, entrei direto como profissional, como professor, e aí fui me infiltrando e trabalhei no Hospital X\* até 2011 (Entrevistado 5).*

\*\*\*\*\*

O grupo de entrevistados<sup>39</sup> caracterizou-se como misto (homens e mulheres), sendo nove (9) participantes homens e três (3) mulheres. Pude observar que uma quantidade significativa dos entrevistados – cinco (5) – está atuando ou já atuaram com a Saúde Mental, em Centros de Atendimento Psicossociais (CAPS), Ambulatórios e Hospitais destinados ao atendimento Psiquiátrico e Dependência Química (Álcool e Outras Drogas).

Tive a oportunidade de conversar/entrevistar dois profissionais de educação física que estão inseridos no setor de Gestão do Trabalho, o que possibilitou uma ampliação das discussões propostas, pois os participantes têm como principal função gerar processos de desenvolvimento e formação de trabalhadores em saúde. Corroborando com isso, destaco também o trabalho realizado por um dos participantes, denominado como entrevistado '1', pois ele participou da idealização, construção e execução do projeto de implantação de equipamentos específicos para exercícios físicos em ambiente hospitalar, voltado aos trabalhadores em saúde, fato que será mais amplamente debatido no decorrer do trabalho.

A seguir, apresento de forma breve cada um dos participantes desta pesquisa (QUADRO 1), no que diz respeito ao seu tempo de

---

<sup>39</sup> Embora as entrevistas/conversas tenham ocorrido de forma individual, ao me referir sobre alguns aspectos, características e apontamentos considerados gerais, optei por utilizar uma nomenclatura de grupo de entrevistados, fazendo as devidas ressalvas individuais quando necessário.

formação, seus percursos de atuação e as ações realizadas por eles em seus ambientes de trabalho.

| <b>Participante</b> | <b>Principais Características (tempo de formação, área de atuação, entre outros)</b>  |
|---------------------|---|
| Participante 1      | Atua com Educação Física há aproximadamente 12 anos, sendo que nos últimos anos tem se dedicado ao serviço em ambiente de saúde, mais exatamente em ambiente hospitalar. Tem como principal foco de atuação o treinamento físico e a musculação, já que sua principal ação está relacionada ao trabalho em academia voltada para os trabalhadores em saúde.   |
| Participante 2      | Trabalha com Saúde Mental há aproximadamente 1 ano e 6 meses, com grupos de adolescentes e adultos em ambiente hospitalar. Sua atuação segue um programa de atividades mais intensas (artes marciais) para os jovens, e, com os adultos ele tem promovido atividades de relaxamento e pilates.  |
| Participante 3      | Sua atuação em Educação Física se deu desde a sua graduação, porém suas experiências estavam mais voltadas às questões escolares. Há aproximadamente 4 – 5 anos, está atuando na Gestão do Trabalho em ambiente hospitalar, como técnico em Educação, atuando em processos de desenvolvimento (de forma geral) para a qualificação dos serviços e ambientes de trabalho dos profissionais de saúde da sua Instituição.  |
| Participante 4      | Trabalha com a área da Educação Física desde a sua graduação, mais intensamente após a sua formação em 2002. Sempre procurou diferentes experiências dentro da área, e, desde 2011, está atuando em ambiente hospitalar no setor de Gestão do Trabalho, onde desenvolve várias atividades. Dentre elas destaco as ações de formação e desenvolvimento para os trabalhadores em saúde. No contraturno, ainda atua como professor de Educação Física para Jovens e Adultos em ambiente escolar. |
| Participante 5      | Atua com Saúde Mental há aproximadamente 10 anos, sua experiência se deu na prática cotidiana. Atuou também como preceptor de Residência, Coordenador de Setor, entre outras funções. Atualmente, está trabalhando em ambiente hospitalar mais especificamente com dependência química em um grupo de adultos. Sua prática está mais centrada em oficinas de ressignificação da vida, boxe e também na prescrição de exercícios físicos.  |
| Participante 6      | Tem experiência na área da saúde antes mesmo da sua formação em Educação Física, pois já atuava em ambiente   |

|                 |  |
|-----------------|--|
|                 | hospitalar. Tem vivência como preceptor de campo e como docente. Sua prática tem como característica principal a inserção das práticas corporais em saúde.   |
| Participante 7  | Sua atuação está voltada para a Saúde mental, trabalha em ambiente hospitalar há 4 anos e 6 meses aproximadamente. Concluiu a Residência (RMI) e está realizando o Mestrado, pois pretende continuar aprofundando os conhecimentos em Saúde.   |
| Participante 8  | Tem experiência com a Educação Física há 4 anos, porém está atuando em uma Unidade Básica de Saúde há 1 ano. Concluiu recentemente sua Residência (RMI) e sua principal atuação na Unidade Básica de Saúde é com prescrição/indicação de exercícios físicos, pois atua como consultor de forma voluntária.   |
| Participante 9  | Tem 2 anos de atuação, cursou Residência (RMI) e atua diretamente com crianças em ambiente hospitalar. Sua prática está mais voltada para as atividades lúdicas.   |
| Participante 10 | Atua em ambiente hospitalar há 2 anos e 6 meses, em um setor voltado para o atendimento de dependência química, e já está atuando com saúde mental há aproximadamente 11 anos. Sua prática está centrada na escuta e no encaminhamento para as atividades em grupos de atividades físicas e outros mais relacionados à questão da dependência química. |
| Participante 11 | Terminou sua Residência em Saúde da Família recentemente. Tem experiência com o trabalho em NASF. Sua atuação prática tem como característica principal o trabalho introspectivo (práticas integrativas e complementares), trabalhando com o indivíduo de forma integral.  |
| Participante 12 | Concluiu sua Residência em Atenção Básica, sua maior atuação em ambientes de saúde foi diretamente com o NASF. Sua prática tem como principal característica trabalhar o indivíduo como um todo – de forma integral.   |

**Quadro 1** – Participantes

\*\*\*\*\*

Para Flick (2009), as entrevistas semiestruturadas têm se tornado mais atrativas e têm despertado maior interesse por parte dos pesquisadores, pois “é mais provável que os pontos de vista dos sujeitos entrevistados sejam expressos em uma situação de entrevista com planejamento aberto do que em uma entrevista padronizada ou em um questionário” (FLICK, 2009, p.143).

George Gaskell (2013) ressalta o quanto as entrevistas qualitativas têm sido amplamente utilizadas nas pesquisas contemporaneamente. Para Rosa Maria Hessel Silveira (2007), as entrevistas têm sido cada vez mais utilizadas como instrumento nas Ciências Humanas e na Educação; no entanto, a autora ressalta que “ela frequentemente é tomada como uma simples técnica a ser dominada, sem que se proceda a um exame radical dessa concepção e de suas importantes implicações” (SILVEIRA, 2007, p. 118).

A autora ainda problematiza como fazer com que o pesquisador olhe para as entrevistas como eventos discursivos complexos, criado a partir da interação entrevistador/entrevistado e também “[...] pelas imagens, representações, expectativas que circulam – de parte a parte – no momento e situação de realização das mesmas e, posteriormente, de sua escuta e análise” (SILVEIRA, 2007, p.118).

A construção de parte da estrutura da entrevista, quando realizada em conjunto entre o entrevistador e o entrevistado, durante a sua realização, faz da entrevista semiestruturada um componente dos dados (FLICK, 2009). No entanto, há necessidade da construção de um guia (roteiro) de entrevista previamente elaborado pelo entrevistador, a fim de conduzir a discussão de acordo com as suas questões de pesquisa (FLICK, 2009; BAUER & GASKELL, 2013).

É característico dessas entrevistas que sejam levadas perguntas mais ou menos abertas à situação de entrevista na forma de um guia de entrevista. A expectativa é de que essas perguntas sejam livremente respondidas pelo entrevistado (FLICK, 2009 p.160).

No entanto, Gaskell (2013) faz uma ressalva sobre o quanto alguns tópicos que estavam elencados como centrais durante o planejamento do guia para as entrevistas podem, no decorrer da aplicação, tornarem-se desinteressantes, tanto em relação às questões teóricas quanto em relação à falta de ter o que dizer por parte dos entrevistados. Em suma, o autor refere que, embora a preparação do guia seja de extrema importância, ele deve ser utilizado com certa flexibilidade (GASKELL, 2013).

A partir de questões abertas, o guia de entrevistas proposto neste estudo (QUADRO 2) teve como objetivo problematizar os percursos que contribuíram para a atuação dos profissionais de educação física, especificamente em ambientes de saúde, constituindo-os como trabalhadores em saúde, além disso, investigar como tem se dado tal atuação desses profissionais, por meio da descrição de suas práticas, através de questões previamente elaboradas.

Nesse sentido, cabe ressaltar que, ao construir o guia de entrevistas desta pesquisa, três pressupostos para possível análise foram pensados a priori (1- o ideário da Promoção da Saúde; 2 - As prescrições e o processo medicalizante; e 3 - a inserção da Educação Física no campo da saúde). Em outras palavras, quando elaborei as questões, já tinha em mente essas três categorias que iriam auxiliar e conduzir minhas investidas no campo. Independentemente das minhas intenções, coloquei-me à disposição durante as entrevistas para escutar as diferentes compreensões e os anseios vivenciados na prática desses profissionais.

O conjunto dessas entrevistas compõe o material empírico desta tese, juntamente com os estudos realizados em documentos e políticas de saúde, tendo como objetivo problematizar, a partir das 'falas' dos profissionais atuantes nos ambientes da saúde e suas práticas, as compreensões acerca do modo como a Educação Física tem se aliado ao

discurso medicalizante, promovendo-o de algum modo a fim de se firmar enquanto campo de saber.

A realização das entrevistas justificou-se primeiramente por uma necessidade pessoal de aproximação – a partir das compreensões apresentadas – com a ‘realidade’ da prática cotidiana dos colaboradores desta pesquisa, pois, além de ser um método bastante utilizado em pesquisas de cunho qualitativo (como já mencionado anteriormente), as entrevistas me colocaram em contato com os enfrentamentos diários de cada participante, a partir da perspectiva de cada um.

Embora eu tenha conversado com apenas 12 profissionais, penso que o material proveniente dessas conversas foi extremamente importante para que eu pudesse pensar sobre os percursos que a Educação Física tem traçado em sua inserção na saúde e de que forma esses caminhos têm refletido na atuação dos profissionais.

As entrevistas foram realizadas em forma de conversa, entre entrevistadora e entrevistado. Mesmo contando com o auxílio do guia proposto, permiti que os entrevistados simplesmente relatassem suas experiências e compreensões acerca da Educação Física – de modo geral – desde a sua formação até a sua prática nos serviços atualmente. Na medida em que as perguntas avançavam, em alguns momentos, senti a necessidade de intervir com novas indagações que poderiam ou não colaborar para que eu pudesse entender um pouco mais sobre a inserção da Educação Física nos ambientes de saúde.

Para as entrevistas realizadas de forma virtual, optei por disponibilizar para os participantes uma pergunta de cada vez, desse modo, as intervenções que não estavam previstas no guia, ocorreram na medida em que o entrevistado disponibilizava a sua ‘resposta na forma escrita’. Assim, a partir da compreensão relatada pelo participante, novas e diferentes indagações foram propostas.

Como forma de organização, e, para facilitar a tarefa de transcrição do volume de material extraído nas conversas, optei por criar uma espécie de quadro (QUADRO 2); desse modo, as entrevistas foram transcritas dentro de um mesmo estilo (pergunta – resposta). Ao transcrever as entrevistas, procurei deixar grifado em negrito tudo aquilo que pode ser considerado uma nova indagação e/ou intervenção, a fim de sinalizar para o leitor as possíveis diferenças e rumos da entrevista em relação ao guia proposto inicialmente<sup>40</sup> – ressalto que essa forma de organização do material não impediu que eu olhasse para o conteúdo das entrevistas durante a análise de forma integral.

|   |
|---|
| Para ti, enquanto profissional de educação física, quando a EF (enquanto área) entra na área da saúde? Começar contando como ou em que momento da tua formação, tu passaste a te interessar pelas questões relacionadas ao trabalho em saúde.   |
|   |
| O que entendes por promoção da saúde? E, de que forma tens atuado nos serviços em prol desse conceito?  |
|   |
| Tens alguma aproximação com o conceito de Educação e Saúde? Comente sobre seu entendimento a respeito do conceito e se consegues atuar nos serviços a partir desses preceitos.  |
|   |
| Atualmente, tem toda uma discussão sobre a medicalização, em um sentido mais amplo, pensando na medicalização como algo para além da administração de medicamentos (como algo mais prescritivo), como a EF tem atuado nos ambientes de saúde? Dá para fazer alguma relação entre esses dois aspectos? |
|   |
| Que tipo de estratégias tu utilizas na prática? Contar como acontecem as tuas práticas, se possível descrever uma ou mais situações.  |
|   |
| Na tua opinião, a inserção dos profissionais de EF nos ambientes de saúde – estaria “servindo” como uma forma de medicalização da EF? E o que tu tens a dizer sobre isso:   |
|   |

**Quadro 2** - Modelo do Guia de Entrevista - Quadro Organizacional

<sup>40</sup> Anexo a esta proposta alguns modelos de entrevistas realizadas, a fim de demonstrar ao leitor a profundidade das temáticas apresentadas e discutidas entre entrevistador e entrevistado.

Contudo, ressalto que procurei intervir o mínimo possível durante as entrevistas, a não ser por meio de novos questionamentos, dando maior liberdade para que os entrevistados falassem sobre as suas vivências, achados e percepções sobre a Educação Física enquanto área, assim como, sobre as temáticas sugeridas para discussão no guia, tais como promoção da saúde, educação e saúde e medicalização. Mesmo que as perguntas pareçam direcionar para possíveis compreensões acerca de cada uma das temáticas propostas, muitas outras questões surgiram no decorrer das próprias entrevistas, bem como das análises que levaram em consideração pontos de convergência e divergência apresentados pelos entrevistados durante as conversas, e que, de certo modo, extrapolaram as minhas expectativas.

Concluída a etapa de realização e transcrição das entrevistas, parti para as análises que constaram de muitas horas de leituras e releituras do conteúdo das entrevistas. Essas leituras permitiram que eu pudesse conhecer um pouco mais sobre a trajetória tanto dos entrevistados, como da própria Educação Física enquanto área no campo da saúde, pelo menos naquilo que diz respeito ao cenário de cada participante.

Após perceber as inúmeras recorrências e distanciamentos apresentados nas ‘falas’ dos profissionais entrevistados, minha ideia inicial era agrupar os materiais em blocos de análise. Entretanto, após as discussões e sugestões provenientes da qualificação de projeto, resolvi debruçar-me novamente sobre o material empírico, e observei a relevância de deixar a análise mais fluída, sem tantas amarras, ou seja, sem colocá-las em blocos previamente estipulados, como havia pensado inicialmente. Desse modo, procurei ‘costurar’ as colaborações dos entrevistados aos conceitos e pressupostos pensados a priori.

Para isso, como forma de organizar o grande volume de materiais provenientes das transcrições, construí um novo modelo de quadro em que todas as respostas para cada uma das perguntas elencadas no guia

pudessem ficar em um mesmo plano (QUADRO 3). Tal como exemplifico abaixo:

| Tópico 1 – EF e sua inserção na saúde                   |   |                                    |                    |
|---|---|------------------------------------|--------------------|
| Entrev.   | Como ele ingressa na saúde                | Como ele entende que a EF ingressa | Pontos de destaque |
|   |   |                                    |                    |
| Tópico 2 – EF e a promoção da saúde                     |   |                                    |                    |
| Entrev.   | Entendimento de Promoção da saúde         | Como ele atua nesta perspectiva    | Pontos de destaque |
|   |   |                                    |                    |
| Tópico 3 – EF e Educação e Saúde                        |   |                                    |                    |
| Entrev.   | Entendimento de Educação e Saúde          | Práticas em prol do conceito       | Pontos de destaque |
|   |   |                                    |                    |
| Tópico 4 – Atuação da EF e a medicalização (prescrição) |   |                                    |                    |
| Entrev.   | EF e a atuação/ aproximação medicalizante | Medicalização x EF                 | Pontos de destaque |
|   |   |                                    |                    |
| Tópico 5 – Práticas                                     |   |                                    |                    |
| Entrev.   | Quais são as práticas realizadas          |                                    | Pontos de destaque |
|   |   |                                    |                    |
| Tópico 6 – EF na saúde como forma de medicalizar a área |   |                                    |                    |
| Entrev.   | EF na saúde como forma de medicalizar?    | Entendimentos sobre isso           | Pontos de destaque |
|   |   |                                    |                    |

**QUADRO 3** – Modelo de organização para possibilitar que todas as respostas para cada uma das perguntas elencadas no guia ficassem em um mesmo plano<sup>41</sup>.

<sup>41</sup> Após cada tópico descrito no quadro 3, foram elencados os principais pontos que cada entrevistado referiu acerca do tema em uma sequência numérica crescente, desse modo, todas as colaborações acerca do tópico 1, por exemplo, mantiveram-se em sequência dentro de um mesmo plano visual (entrevistado 1, 2 ,3...). Além disso, as demais considerações importantes relatadas durante as entrevistas, mas que não necessariamente se encaixavam no tópico proposto, foram denominadas por mim como Pontos de Destaque.

Ao fazer esse exercício, pude olhar as convergências, as divergências e tudo aquilo que poderia contribuir para a pesquisa entre as ‘falas’ dos participantes. Contudo, minhas intenções não estavam direcionadas para uma análise pontual de cada pergunta. Desse modo, ao lançar meu olhar acerca do ‘todo’, pude traçar treze (13) pontos principais de tensão que se destacavam no material, quais sejam: 1. Carência da área; 2. Legislação e o ingresso da EF na saúde; 3. Inserção da EF na saúde – outras compreensões; 4. O futuro profissional; 5. Prescrição; 6. Principais pontos para atuar em saúde; 7. Dar sentido as práticas; 8. Trabalho multiprofissional; 9. Promoção da saúde; 10. SUS e a promoção da saúde; 11. Vínculo do usuário; 12. Liberdade de escolha e autonomia; e, 13. Medicalização x prescrição.

A partir disso, retomei meus pressupostos iniciais, redirecionando esses 13 pontos considerados como principais para discussão dentro das seguintes categorias: 1) O ideário da Promoção da Saúde; 2) As prescrições e o processo medicalizante; e, 3) A inserção da Educação Física no campo da Saúde. É importante ressaltar que, embora essas categorias tenham sido elencadas a priori, – o que na maioria das vezes pode influenciar e direcionar o olhar do pesquisador – ressalto que as compreensões apresentadas pelos entrevistados serviram tanto para reiterar minhas suposições quanto para problematizá-las, bem como contribuíram para ampliar meus questionamentos.

### 3. O IDEÁRIO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E AS PRÁTICAS QUE ENVOLVEM OS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO FÍSICA

*Promoção de saúde na área da saúde, ela é quase que um horizonte, é algo que as pessoas imaginam que querem atingir, mas tem quase convicção de que nunca vão alcançar (Entrevistado 6).*

Início este capítulo trazendo a compreensão crítica acerca do ideário da Promoção da Saúde apresentada por um dos participantes desta pesquisa. É minha intenção contextualizar e problematizar o quanto esse 'horizonte da promoção da saúde – quase utópico' tem influenciado as práticas cotidianas dos serviços e mobilizado as profissões que atuam no campo da saúde, tendo como foco a Educação Física.

Com a intenção de complementar as discussões deste capítulo, optei por utilizar alguns pontos do texto sobre as Cartas de promoção da saúde como 'pano de fundo' para auxiliar nesta contextualização, além de outros materiais e documentos que abordam a temática. Tal utilização se faz necessária, pois a temática da promoção de saúde tem suas imbricações com o surgimento de programas e ações na saúde como um todo e também nas políticas públicas de saúde brasileiras.

Embora o termo 'promoção da saúde' tenha sido mencionado pela primeira vez em 1946 por Henry Sigerist, ao “definir as quatro tarefas essenciais da medicina: promoção da saúde, prevenção das doenças, recuperação de enfermos e reabilitação” (BUSS, 2003, p.17), como proposta, a promoção da saúde teve seu início somente na década de 1970, ao ser referenciada em documentos oficiais, tendo se consolidado a partir dos anos de 1980. O movimento moderno de promoção da saúde surgiu no Canadá em 1974, a partir da divulgação do documento também conhecido como Informe Lalonde – o documento apontava novas perspectivas de vida para os Canadenses, pois, após apresentar uma série de argumentos significativos, Lalonde reforçou seus

questionamentos acerca do papel exclusivo da medicina no que diz respeito aos problemas de saúde e, a partir desse Informe, percebeu-se que, mesmo com muito investimento no setor da saúde, havia a necessidade de mudanças em outros componentes do campo da saúde, mais exatamente no estilo de vida e nos ambientes (BUSS, 2000; FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2007).

Mesmo contando com uma quantidade significativa de encontros, conferências e documentos, até os dias de hoje, as propostas de promoção de saúde tornaram-se mundialmente conhecidas a partir da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa – Canadá, 1986. Pode-se dizer que, ainda hoje, a Carta de Ottawa (1986) é o documento mais utilizado como referência para a Promoção da Saúde mundialmente.

A promoção de saúde é entendida na carta de Ottawa como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002a, p.19). Mais do que isso, para que o completo estado de bem-estar físico, mental e social fosse alcançado, tornava-se necessário que os indivíduos e grupos soubessem identificar suas aspirações, a fim de satisfazer suas necessidades, modificando favoravelmente o meio ambiente (BRASIL, 2002a). Nesse contexto, a saúde não deve ser entendida como um objetivo da vida, mas como um recurso para ela, como um conceito positivo que tende a salientar recursos pessoais, sociais e as capacidades físicas (BRASIL, 2002a), além disso, “[...] o entendimento a respeito do que seja a saúde requer a participação dos sujeitos (indivíduos e grupos)” (FRAGA *et al.*, 2013a p.17).

A saúde, em seu sentido mais amplo, resulta de um conjunto de condições necessárias, tais como: educação, alimentação, habitação, renda, trabalho, emprego, transporte, liberdade, lazer, entre outros (BRASIL, 1986). Entrementes, a saúde irá se definir a partir do contexto

histórico de cada sociedade em um dado momento de seu desenvolvimento (IDEM, 1986). Nesse contexto, uma vez que a saúde passa a ser mais do que somente a ausência de doenças e passa a ser uma *fonte de vida*, para Dora Oliveira (2005), a “educação em saúde já não se destina apenas a prevenir doenças, mas a preparar o indivíduo para a luta por uma vida mais saudável” (p.425). Desse modo, os indivíduos precisam ser estimulados para gerir a própria vida, gerando uma noção de autogoverno e autonomia (OLIVEIRA, 2005).

Dina Czeresnia (2009) refere-se à ideia de fortalecimento da autonomia, tanto dos indivíduos como dos grupos sociais, como um dos eixos básicos do discurso da promoção da saúde. Porém, a autora ainda ressalta a importância de se levar em conta que tipo de concepção de autonomia tem sido de fato construída. Czeresnia (2009) também analisa como os conhecimentos e as práticas têm se formado, possibilitando novas configurações científicas e culturais, resignando, de certo modo, os indivíduos para a prática de uma autonomia regulada.

A fim de colaborar com essa ideia de promover o autogoverno, a autonomia e o autocuidado nos indivíduos, aproveito para destacar a reflexão sobre saúde e sua promoção apresentada pelo entrevistado 11:

*Acho que, para dizer o que entendo por Promoção da Saúde eu vou ter que dizer o que entendo por saúde, porque enfim, tu vais ver a maioria dos conceitos assim: a saúde como consciência de bem estar completo, não quer dizer grande coisa, não quer dizer nada, totalmente utópico, saúde como uma resultante de condicionantes sociais. [...] dizer o que influencia na saúde, a tua faixa etária, cor, tua raça, coisas que influenciam na saúde, mas não é a saúde. Eu entendo saúde como a potência de tu retomares o equilíbrio [...] se tu estás mal se tu não estás te sentindo bem, se tu estás em sofrimento, se tu estás doente, qualquer tipo de sofrimento, enfim, essa possibilidade de retornar a um equilíbrio, fazer frente a isso, às pressões da vida e do mundo interno e externo para mim isso é saúde, se tu perdes isso tu estás doente e aí tu ficas doente dentro da concepção que a gente tem de doença. [...] saúde é isso, essa força, e essa força*

*te permite ter vida, te permite estar bem, te permite enfrentar as coisas, te permite dançar, [...] promover saúde é tu despertares nas pessoas e na gente mesmo essa capacidade de viver (Entrevista 11).*

A partir da reflexão apresentada pelo entrevistado 11, é possível perceber como a saúde pode ser entendida de diferentes formas pelas pessoas, pois

[...] o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas (SCLiar, 2007 p.30).

Cabe pensar acerca das diferentes possibilidades que o conceito de saúde pode abranger e do quanto essa multiplicidade de entendimentos pode propiciar novas formas de atuação para aqueles trabalhadores que têm como meta promover saúde. Tendo em vista o excerto com o qual inicio este capítulo, que refere a promoção da saúde como um *'horizonte quase inatingível'*, parece-me pertinente questionar – Como os profissionais poderiam pensar em promover saúde nesta perspectiva? Como atender as demandas tanto da população quanto das políticas públicas em saúde? Não tenho a intenção de ter respostas para essas e outras perguntas, mas pensar criticamente a partir delas sobre o quanto as estratégias de promover saúde apontadas nos documentos, aqui referenciados podem estar ainda em um *horizonte* muito distante da prática cotidiana.

\*\*\*\*\*

As Conferências que ocorreram após o primeiro grande movimento em Ottawa (Adelaide, 1988; Sundsväl, 1991; Santafé de Bogotá, 1992; Jacarta, 1997; México, 2000; Bangkok, 2005; Nairobi, 2009; Helsinque, 2013) retomaram as propostas de atuação que se centravam nas mudanças dos cinco campos previstos em Ottawa, quais sejam, a elaboração e a implementação de políticas públicas saudáveis;

a criação de ambientes favoráveis à saúde; o reforço da ação comunitária; o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde. Além de reforçar os debates sobre a importância e os efeitos da globalização, principalmente através da revolução tecnológica da informação (BUSS, 2000; BRASIL, 2002a; FRAGA *et al.*, 2013a).

Cada uma dessas conferências subsequentes à Ottawa se centrou, basicamente, na discussão e na elaboração de estratégias para cada um desses cinco campos. Porém, na Conferência de Jacarta (1997), percebeu-se que as estratégias de melhorias para a promoção da saúde da população deveriam ter como foco de atuação os cinco campos conjuntamente, e não mais fragmentados, como vinham sendo trabalhados até então (BUSS, 2000; FRAGA *et al.*, 2013a). As ideias provenientes das Conferências em prol da promoção da saúde se disseminaram para outros países de forma relativamente rápida, embora este ideário tenha surgido a partir das necessidades e características do Canadá, como já mencionado, onde a conjuntura social e a situação econômica e política se diferiam e ainda se diferem da grande maioria dos demais países que adotaram tais estratégias, como, por exemplo, o Brasil.

No Brasil, em 1986, mesmo ano da Conferência de Ottawa, realizava-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, que, mesmo no contexto pós-ditadura, propôs bases muito semelhantes aos conceitos centrais da promoção da saúde, para o que ficou conhecido como Reforma Sanitária, contando com a participação de diversos profissionais, cidadãos e gestores (BUSS e CARVALHO, 2009). A VIII Conferência Nacional de Saúde caracterizou-se também como um espaço de luta, principalmente pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação das políticas sociais que tivessem como foco o cuidado à vida (BRASIL, 2006). Os conceitos da promoção da saúde foram então agregados à Constituição Federal de 1988 e outorgados pela Assembleia Nacional (BUSS, 2003).

A partir da Constituição Federal de 1988, o estado brasileiro se comprometeu, principalmente, com a redução da desigualdade social, além da promoção do bem estar geral e da construção de uma sociedade sem discriminação. Assim, o acesso universal e igualitário dos indivíduos aos serviços de saúde, bem como a necessidade da formulação de políticas econômicas e sociais para a redução dos riscos à saúde passaram a ser questões relativas à garantia de saúde – direitos do cidadão e dever do Estado (BRASIL, 1988; 2006). Embora o direito à saúde estivesse, a partir desse momento, formalizado na Constituição Federal, a materialização dele se daria em razão do Estado assumir uma política de saúde de forma integrada às políticas sociais e econômicas vigentes (BRASIL, 1986).

Praticamente no mesmo período, entrava em vigor a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 – em consonância com a Constituição Federal Brasileira –, que formalizava e regulava o Sistema Único de Saúde (SUS) no país, tendo como principais disposições o direito ao acesso universal e o dever do Estado em prover as condições de saúde para a população (BRASIL, 1990)<sup>42</sup>. Para Telma Menicucci (2009),

a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerada uma “carta fundadora” de uma nova ordem social no âmbito da saúde, baseada nos princípios da universalidade e igualdade, e organizado sob as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (MENICUCCI, 2009, p.1620).

No contexto da formulação do SUS, encontra-se a necessidade da criação e promoção de políticas públicas, o conceito ampliado de saúde, além da necessidade da participação da sociedade para a construção do sistema e de suas políticas. Contudo, o SUS,

[...] como política do estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde,

---

<sup>42</sup> Consulta à legislação na íntegra, disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm), acessado em 10/06/2013.

dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde (BRASIL, 2006, p.10).

A promoção da saúde atua como ação estratégica na produção da própria saúde; em outras palavras, ela atua como um modo de reflexão e de atuação em relação às demais tecnologias e políticas do sistema de saúde brasileiro, contribuindo, sobretudo, às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2006). Ainda, de acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006,

[...] no SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso País – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde (p.10).

No entanto, um dos primeiros programas brasileiros que contou com a inspiração do ideário da promoção da saúde nas propostas e passou a operar com os seus princípios surgiu em 1992, dentro de um contexto da atenção básica de saúde, conhecido como Programa de Saúde da Família (PSF) (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006). Entretanto, à época, esse programa surgiu de forma mais 'lenta', inicialmente como uma possibilidade de reestruturação do modelo assistencial, atuando em unidades básicas de saúde com equipes multiprofissionais, a partir de ações de prevenção, promoção de saúde, recuperação e reabilitação (BUSS e CARVALHO, 2009).

A Atenção Básica tem por característica de atuação o conjunto de ações relativas à saúde coletiva e individual, abrangendo a proteção e a promoção da saúde, além da prevenção dos riscos, a partir do diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. Tem como objetivo, sobretudo, o desenvolvimento de uma atenção integral que promova certo impacto sob a situação de saúde e autonomia dos

indivíduos, bem como sob os determinantes e condicionantes de saúde coletivos (BRASIL, 2012a), desenvolvendo-se com alto grau de descentralização e capilaridade, alocada nas proximidades da vida das pessoas. “Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2012a p. 9). Desse modo, a Atenção Básica tem como orientação para a sua atuação os princípios da “universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2012a, p.9).

Recentemente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/2012a) introduziu elementos às Redes de Atenção. Nesse sentido, a atenção básica (AB) passou a atender um contingente maior de populações da realidade brasileira através de diferentes equipes, ou seja, além da diversidade de formatos das estratégias de saúde da família (ESF)<sup>43</sup>, incluiu-se também um novo tipo de equipe de atenção básica destinada ao atendimento de moradores de rua através dos Consultórios de Rua (ECR)<sup>44</sup>. Proporcionou também o aumento na quantidade de municípios que podem contar com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), além de facilitar e simplificar os processos de criação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) Fluviais, assim como, as ESF para populações Ribeirinhas (BRASIL, 2012a).

Por outro lado, com um olhar mais crítico sobre as ações e princípios do sistema de saúde como um todo, principalmente sobre a potencialidade da Atenção Básica de capilaridade e proximidade com a vida das pessoas, questões como a possibilidade da criação de um

---

<sup>43</sup> As equipes de saúde da família (ESF) são compostas, em seu formato mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando a ESF for de formato ampliado, acrescenta-se: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

<sup>44</sup> De acordo com o artigo 4º da Portaria n.º 122 de 25 de janeiro de 2012b, as equipes dos consultórios de rua (ECR) poderão ser compostas por enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal, além da possibilidade de agregar agentes comunitários de saúde, independentemente da modalidade (I, II ou III).

vínculo perpétuo com o sistema de saúde, e do quanto esse vínculo pode ser considerado como uma forma de controle pode ser percebida no excerto abaixo:

*[...] vínculo não é se vincular para um projeto terapêutico, é um vínculo para permanecer a vida inteira ligado ao serviço de saúde. [...] tenho um pouco de dúvida do quanto isso não é um mecanismo muito perverso de ficar controlando a vida das pessoas. De uma maneira muito sorridente e acolhedora, mas é um baita controle. A maioria dos profissionais da saúde que eu conheço não frequenta o serviço de saúde, por que não querem ficar prestando contas da sua saúde. [...] mas, cria uma crença no usuário que tem que ficar colado no serviço. [...] por isso que a relação com a saúde para mim é o estágio que talvez tu faças um desapego da área da saúde propriamente dita para a vida, só que atualmente não sei se a gente tem clareza desse limite, e acaba vinculando todo mundo ao serviço de saúde compulsoriamente, atenção básica, saúde da família, a saúde mental faz muito isso. O hospital é o que mais desapega, mas talvez por que ele nunca se apegou, a pessoa entra e sai (Entrevistado 6).*

As compreensões acerca da possibilidade de um mecanismo de controle sob os usuários do sistema de saúde e da criação de um vínculo para além do plano terapêutico, apresentadas pelo entrevistado 6, parecem aproximar-se das problematizações amplamente referidas por Foucault em suas obras sobre a biopolítica e as suas estratégias. Embora eu não vá aprofundar a discussão acerca da biopolítica, cabe dizer que a biopolítica abrange as ações políticas que atuam na direção de governar a vida, governar os grupamentos populacionais através do poder sobre a vida – os biopoderes. A biopolítica visa, sobretudo, a população, porém, é na medida em que suas estratégias incidem sobre o corpo de cada um que as biopolíticas funcionam. Por biopoder, pode-se literalmente considerar o poder sobre a vida, visando à população. Ele opera, por exemplo, por meio dos fatores de risco que a população está ou estará sujeita enquanto espécie. Nesse sentido, pode-se falar do biopoder como uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo (FOUCAULT, 2008).

Nessa direção, a suposição realizada pelo entrevistado 6, ao mencionar a possibilidade de um sistema ‘perverso’ de controle sobre a vida dos usuários dos serviços, parece estar bem próximo deste tipo de estratégia política em prol da vida, que se utiliza, muitas vezes, de subterfúgios que tem como base os possíveis fatores de risco de adoecimento como forma de ‘atrair’ os usuários. Mesmo contando com tais estratégias de ‘persuasão e controle’, cabe esclarecer que, no meu entendimento, a biopolítica ou as políticas em prol da vida, não são necessariamente ‘perversas’.

Autores como Nikolas Rose e Paul Rabinow (2006) sugerem a compreensão do conceito de biopoder através da relação entre três dimensões, quais sejam: os discursos de verdade acerca dos processos vitais dos indivíduos e as autoridades consideradas aptas para proferir tais discursos; as diferentes estratégias que permitem que ocorram intervenções em prol da vida ou da morte; e, por fim, os modos de subjetivação, que fazem com que os indivíduos atuem sobre si mesmos incorporando os discursos de verdade.

Com relação ao comentário do participante 6 sobre o apego/desapego entre usuários e as Instituições de saúde, penso que os escritos de Denise Sant’Anna (2001) podem colaborar na tarefa de tentar entender um pouco melhor a ideia de que o hospital seria o ambiente de maior desapego, segundo o entrevistado. Assim retomo, quando a autora discute as semelhanças entre o ‘*Paciente e o Passageiro*’, mais especificamente, quando a autora problematiza as questões que envolvem o hospital e as internações. Ao referir que os indivíduos, quando internados, rompem de forma abrupta com o seu cotidiano, “como se ele ficasse repentinamente em déficit para com o mundo: separa-se da família, da residência, do bairro, do trabalho, dos amigos e começa a experimentar um constante desfazer de suas certezas [...]” (SANT’ANNA, 2001, p. 31). Mais do que isto, a autora ainda ressalta o quanto o corpo do indivíduo hospitalizado sofre com as manipulações e fragmentações constantes, pois nesta situação o

indivíduo passa a ser tratado, na maioria das vezes, em partes, nas palavras da autora, “a subjetividade do paciente é reduzida à identificação de elementos corporais – sangue, genes, óvulos, espermatozoides, órgãos, ossos, etc. – passíveis de mensuração e avaliação científica” (IDEM, 2001, p. 32).

Talvez as preocupações apresentadas pelo colaborador 6 sejam aquelas vivenciadas por ele na prática ou apenas especulações. No entanto, com a amplitude que o sistema pretende atingir, pensamentos acerca da existência de um mecanismo de controle através dos serviços de saúde da população não só se fazem pertinentes, como parecem se materializar ao conhecer um pouco mais sobre o cotidiano de quem procura os serviços. Tal como referiu o colaborador 5, ao contar sobre a sua experiência quando a esposa estava gestante, que, ao procurar por atendimento na Rede, foi encaminhado de forma ‘compulsória’ para outros grupos de trabalho,

*[...] o posto de saúde trabalha um pouco melhor com isso, mas uma coisa assim meio obrigada, pois tu só vais consultar com o obstetra se tu passares por 2-3 grupos antes, então o pessoal acaba passando, só que eu não sei o quanto disposto estão estes usuários a passar por isso e, aquela ação ser realmente efetiva. Isso não só na questão de gestantes, mas no grupo de tabagismo, de hipertensão (Entrevistado 5).*

Saliento que não estou condenando tais práticas e muito menos procurando me tornar uma porta voz delas, mas penso que trazer estas experiências pode auxiliar a pensar melhor sobre o quanto o sistema de saúde pode, ao mesmo tempo, passar a ideia de promover saúde para todos de forma igualitária, mas, por outro lado, pode ser visto como uma forma de controlar e ditar a maneira como os indivíduos devem cuidar da própria vida, principalmente no que diz respeito à ocorrência de doenças.

Não obstante, Paulo Buss e Alberto Pellegrini Filho (2007), referem que, após o sucesso na erradicação de doenças, como a varíola

na década de 1950, as práticas de prevenção e controle de doenças foram significativamente ampliadas. E, embora Dina Czeresnia (2009) discuta de forma muito enfática a diferença entre promoção de saúde e prevenção de doenças, cabe ressaltar que esses conceitos ainda aparecem como semelhantes no âmbito da Organização Mundial de Saúde, o que porventura poderá influenciar as práticas oriundas de políticas implementadas por essa agência.

Ao tensionar as compreensões apontadas pelos entrevistados acerca das formas de ‘controle e governo’ dos corpos dos usuários dos serviços, parece-me que os apontamentos realizados por Rose (1998), ao problematizar a questão do governo a partir da *expertise*, estão intrinsecamente relacionados. Para o autor, os especialistas são aqueles que fornecem um elo entre o governo das autoridades sobre os indivíduos, no que se refere às suas escolhas e na sua conduta, possibilitando uma distância entre a formalidade da lei e da polícia, obtendo, assim, seus objetivos não sob o efeito da violência e do constrangimento físico, mas pela persuasão, pelo estímulo de ansiedades e pelas suas normas (ROSE, 1998). Em outras palavras, pode-se dizer que o indivíduo é ‘conduzido’, principalmente através daquilo que Rose (1998) denominou de *governo da alma*, sendo que, para que tal governo opere, é necessário que nos reconheçamos como pessoa, como ideal ou certo potencial de pessoa, dependendo dos desconfortos que possam ocorrer por meio do julgamento normativo que deixa claro a distância entre aquilo que somos e o que poderíamos ser. Desse modo, são incansáveis os estímulos oferecidos para que o indivíduo diminua essa distância, obviamente se ele seguir os avisos dos *especialistas no governo do eu* (ROSE, 1998).

Ainda segundo Rose (1998), o mais irônico disso tudo é o quanto acreditamos, ao modificarmos nossa subjetividade, nossas avaliações políticas e nossa ética, que estamos livres para escolher em direção à ‘nossa liberdade’. Para os especialistas da subjetividade, tornou-se fundamental a forma como somos governados e como governamos a nós

mesmos, pois o governamento da subjetividade vai exigir, de certo modo, que as autoridades atuem indiretamente sobre as escolhas, os anseios e a conduta das pessoas (ROSE, 1998).

Corroborando com isso, abaixo apresento a perspectiva do colaborador 12 sobre a forma controladora que trabalhamos com a promoção da saúde e as suas estratégias.

*[...] acho que a forma como a gente traz (a promoção da saúde) ainda é policialesca, a forma como a gente traz é ainda bastante controladora. É a formação de graduação, a formação de vida e a formação de escola que a gente tem extremamente controladora, [...] tu aprendes a controlar e ser controlado a vida toda, e tu saíres disso é um salto quântico absurdo e uma sensação de liberdade incrível, é uma possibilidade, mas tem que haver um trabalho muito intenso, muito profundo (Entrevistado 12).*

Nessa direção, cabe ressaltar o quanto os Estados têm atuado a partir do planejamento, regulação e da prevenção, implementando políticas em 'prol da vida', a fim de intervir nas condições de vida das pessoas, ditando regras e modificando a maneira como os indivíduos vivem (SIBILIA, 2002). Contudo, a forma policialesca de trabalhar com a promoção da saúde, apontada pelo colaborador 12, talvez tenha certa referência com a necessidade da construção de um vínculo entre usuário e serviços, como relatado pelo entrevistado 6, ou por uma questão organizacional, de governamento e de controle como mencionada nas contribuições dos participantes 5 e 6. Para tanto, me parece interessante suspeitar tanto das compreensões aqui apresentadas, quanto das normatizações presentes nas estratégias de promoção da saúde, pois, como questionei anteriormente, como promover algo ainda *inatingível* ou de certo modo *'utópico'*? Através de estratégias de controle e/ou da obrigatoriedade? Ou ainda, através da criação de um vínculo eterno?

\*\*\*\*\*

Embora a América Latina só tenha ingressado formalmente no cenário da promoção da saúde a partir da Declaração de Bogotá (1992), momento em que se estipulou (dentre outros fatores) que a promoção da saúde deveria garantir o bem-estar geral como questão crucial para o desenvolvimento, a América Latina assumia então, nesse momento, como um desafio a transformação das relações desiguais, procurando conciliar os interesses econômicos e sociais na busca de uma equidade social (BUSS, 2000; BRASIL, 2002a).

É importante destacar que, no Brasil, já havia uma movimentação nesse sentido, desde a VIII Conferência Nacional em Saúde (1986), a Constituição Federal (1988), com o surgimento do SUS (1990) e do primeiro programa de saúde da família (1992). A promoção da saúde passa a ser introduzida formalmente como tema de debate no Brasil e institucionalizada pelo Ministério da Saúde a partir de 1998 - 1999. Isso se deve às inúmeras publicações sobre o tema que ganharam destaque a partir desse momento, entre elas a Revista Promoção da Saúde (1999-2002) e a tradução das Cartas de promoção da Saúde, entre outros (BUSS e CARVALHO, 2009).

Inúmeros documentos foram surgindo no decorrer das formulações de programas relacionados ao ideário da promoção de saúde no Brasil, relacionados com as melhorias na saúde da população, ao consumo de alimentos, ao tabaco, à obesidade, ao envelhecimento, ao aleitamento materno, entre muitos outros. No entanto, destaco o documento Agita Brasil<sup>45</sup>, publicado em 2002, que surge como iniciativa do Ministério da Saúde, a fim de potencializar o conhecimento e a adesão dos indivíduos às atividades físicas, bem como aos benefícios da prática regular como forma de promoção de saúde. Esse programa objetivava, principalmente, a mudança dos modos de vida dos

---

<sup>45</sup> Programa lançado em 2002, pelo Ministério da Saúde, que visa, sobretudo, a mudança nos estilos de vida da população, através da promoção de atividade física e da mudança nos hábitos alimentares. O Programa propõe mudanças simples na rotina dos adeptos, como, por exemplo: a inserção de pequenas substituições alimentares, além da inserção de pequenas 'doses' de atividades físicas diárias, tais como ir caminhando ao trabalho, trocar o ônibus pela bicicleta, subir de escada ao invés de utilizar o elevador, entre outras.

indivíduos, através de hábitos alimentares saudáveis e do aumento nos níveis de atividade física individuais. Ou seja, o indivíduo sedentário tornar-se-ia pouco ativo, o pouco ativo regularmente ativo e assim por diante (BRASIL, 2002b).

Evidencio que o programa Agita Brasil surgiu a partir de uma demanda relacionada à situação de saúde da população à época, tendo em vista que os motivos para a implantação do programa fundamentaram-se principalmente na quantidade elevada de indivíduos com hipertensão e diabetes, além de outras doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2002b). Com isso, o programa Agita Brasil emerge como uma estratégia de ação do Ministério da Saúde para a conscientização sobre a importância da mudança dos estilos de vida da população.

Mesmo que esse programa tenha surgido a partir de um ideário que buscava dar conta das propostas de promoção da saúde, na prática, sua formulação apresentava forte associação com as ações de prevenção de doenças, o que difere do que se propunham os documentos oficiais, como, por exemplo, as Cartas de promoção da saúde. Como refere Buss (2009), diferentemente da promoção, as ações relacionadas à prevenção tem como principais metas a “detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades ou de uma enfermidade específica;”(p.37), tendo como foco a doença, bem como, as estratégias de controle dela, atuando sobre os fatores que podem desencadeá-las.

Retomo, salientando ainda que o programa Agita Brasil tinha como mote principal a lógica informacional, ou seja, da proliferação da informação sobre a importância da mudança nos estilos de vida, a partir da prática de atividades físicas por 30 minutos diários como

forma de diminuir os riscos de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis<sup>46</sup>.

As estratégias apresentadas em programas como o Agita Brasil, parecem reforçar certa confusão entre os conceitos de promoção e prevenção. Isso se dá em função de uma exaltação em prol das modificações comportamentais dos indivíduos, presente ainda em alguns programas ditos como de promoção, além de centralizar as ações quase que exclusivamente, para a redução de fatores de risco de diferentes enfermidades (BUSS, 2009). Para Buss (2009), a origem desse direcionamento de foco para o comportamento individual está amparada pelo paradigma biomédico e de intervenção clínica. Em outras palavras, o indivíduo pode ser visto como principal responsável por seu estado de saúde (IDEM, 2009).

Ainda em relação à elaboração de documentos que tratam sobre a importância da disseminação das ideias acerca da promoção de saúde, destaco o documento elaborado pelo Ministério da Saúde em 2006, denominado “Política Nacional de Promoção da Saúde”. A “Política Nacional de Promoção da Saúde” surge à época, como um esforço do Ministério da Saúde na tentativa de ‘sanar’ os desafios da produção em saúde, tornando-se, cada vez mais, necessárias as discussões, as reflexões e a qualificação do sistema de saúde e de suas práticas (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, a Política Nacional de Promoção da Saúde visava, sobretudo, a sua expansão no biênio de 2006-2007, em que a política tinha como ações prioritárias a sua divulgação e implementação; a alimentação saudável; a prática corporal/atividade física; a prevenção e o controle do tabagismo; a redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; a prevenção da violência e

---

<sup>46</sup> A tese de Alex Branco Fraga (2005), aprofunda a discussão acerca do programa de promoção da atividade física ‘Agita São Paulo’, no que diz respeito à forma como o estilo de vida ativo se constitui/dissemina como objeto de valor na educação dos corpos.

o estímulo à cultura de paz; bem como, a promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006).

Em relação ao Programa de Saúde da Família (PSF) inicialmente proposto em 1992, juntamente com o Programa de Agentes Comunitários, ressalto que, em sua configuração inicial, este voltava-se para as populações mais empobrecidas e que careciam de ações básicas, tendo como foco principal a redução da mortalidade infantil.

No entanto, a partir do êxito evidente do Programa, este passou a se chamar Estratégia da Saúde da Família (ESF), tendo como tarefa converter o modelo assistencial do sistema de saúde, através da expansão do programa e dos preceitos da Integralidade<sup>47</sup> e da qualidade da atenção aos seus usuários (BUSS e CARVALHO, 2009). Mesmo a partir do aparente êxito do programa destacado por diferentes autores, e de uma grande expansão do modelo proposto inicialmente, conforme o colaborador 12, as ações na prática ainda se dão muito na perspectiva de controle básico de mortalidade, tal como segue no excerto abaixo:

*[...] há uma vontade, mas não há uma intenção, e talvez ainda exista uma intenção, mas não exista a visão, a pessoa não consegue ver e realmente fazer aquilo, por que se apresenta muito a questão de vamos apagar incêndio [...] tem questões muito básicas para lidar [...] tipo as crianças não podem morrer mais de diarreia [...]. Foca-se muito ainda na questão da infância, principalmente até dois anos e gestação, ou seja, mantendo a vida no básico, tipo não deixar que as crianças morram e fazer com que elas nasçam bem, nascer e evitar a morte. Então a gente lida com isso, fazer viver (no início) e evitar morte (no fim, ou no meio ou em algum momento), principalmente morte por causas externas (Entrevistado 12).*

<sup>47</sup> Integralidade no entendimento proposto pela Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) que diz que esta implicaria na articulação entre as estratégias de produção da saúde, além da ampliação da escuta dos trabalhadores em saúde em relação aos usuários, podendo ocorrer de forma individualizada ou coletiva. A escuta deve ser ampliada no sentido de um deslocamento para além da atenção somente da doença e dos seus sintomas, mas para o acolhimento do usuário, da sua história de vida e de sua condição de saúde, considerando que tais especificidades têm relação direta com a organização e a manutenção do trabalho em saúde (BRASIL, 2006).

É interessante analisar como a fala de um colaborador que está atuando no sistema de saúde pode apresentar um tom mais ‘ácido’ acerca da veracidade das ações cotidianas. Não quer dizer que a mortalidade infantil não deva ser realmente uma preocupação, mas perceber que, se olharmos exclusivamente para os documentos que normatizam os programas e políticas de saúde, essas questões, como disse o colaborador de ‘*apagar incêndio*’, aparentemente já estariam de fato superadas. Mais do que isto, a fala do colaborador vai ao encontro do que Czeresnia (2009) menciona como as dificuldades que surgem no momento da prática cotidiana, na operacionalização de projetos que têm como ideário a promoção da saúde. A autora ressalta que as complexidades surgem como “inconsistências, contradições e pontos obscuros e, na maioria das vezes, não se distinguem claramente das estratégias de promoção das práticas preventivas tradicionais” (p.44).

Penso ser importante destacar também a argumentação do colaborador sobre a necessidade de fazer viver e evitar a morte, o que se aproxima das reflexões apresentadas e amplamente debatidas na obra de Michel Foucault. Ressalto que não tenho a intenção de aprofundar essa discussão do poder sobre a vida, mas apenas apontar os entendimentos acerca desse tema na perspectiva Foucaultiana. Desse modo, Foucault (1999) nos diz que na soberania clássica (séc. XVI-XVII), o soberano era o portador do poder sobre a vida de seus súditos e o exercia nesse contexto, fazendo-o morrer ou deixando-o viver.

Com o passar dos anos, ocorreu uma série de transformações que envolveram o direito político do século XIX. Dentre as transformações, destacam-se as mudanças em relação ao direito da soberania, que se transformou no poder de cada vez menos deixar morrer, de cada vez mais fazer viver, e, de intervir para esse fim, possibilitando com isso, o aumento das intervenções e preocupações acerca da maneira de viver (FOUCAULT, 1999).

Entendo que esse poder de fazer viver e de deixar morrer – estendendo ao máximo a vida – tem sido exercido a partir de diferentes estratégias, como referiu o entrevistado 12. Os discursos vinculados às formas de prolongar a vida, de promoção de saúde e da adoção de estilos de vida mais saudáveis como comportamentos desejáveis na evitação de riscos, podem ser considerados como exemplos de como esse poder tem se manifestado.

Essas estratégias têm apresentado em seus discursos modos mais eficientes de informar aos indivíduos sobre como eles devem viver e sobre as condutas que devem seguir a fim de viver mais e melhor<sup>48</sup>. Todavia, não podemos esquecer que a promoção da saúde, conforme ressaltou Buss (2009), mostra-se como uma forma de intermediar as relações entre as pessoas e o ambiente, ou seja, ela pretende combinar tanto as escolhas individuais quanto a questão da responsabilidade social sobre a saúde. Pressupondo desse modo que, “as estratégias de promoção da saúde são mais integradas e intersetoriais, bem como supõem uma efetiva participação da população desde a sua formulação até a sua implementação” (p.39).

A Estratégia de Saúde da Família visa, sobretudo, a reorganização da atenção básica, atuando de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Mesmo que na prática (como relatou o colaborador 12) as ações ainda estejam em uma linha mais preventiva e, de certo modo, aquém de um ideal proposto pela ESF, a mesma tem sido vista como principal meio para qualificação, expansão e consolidação da atenção básica, pois ela apresenta grande potencial para ampliar a resolutividade gerando impacto na situação de saúde dos indivíduos e coletividades (BRASIL, 2012a). Para isso, as equipes multiprofissionais atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas

---

<sup>48</sup> Refiro-me aqui à noção de vitalidade que tem sido empregada nos discursos sobre adoção de estilos de vida. Alberto Madureira, Sílvio Fonseca e Maria de Fátima Maia (2003) comentam sobre a existência dos múltiplos tipos de estilos de vida saudáveis, assim como a falta de definição sobre a expressão. Eles assumem, no entanto, aquela definição que, em sua prática e conjunto, “ajuda a adicionar anos à vida e vida aos anos” (p.55).

residências e na comunidade em geral, sendo que, elas atendem cerca de quatro mil pessoas, dependendo da região (BUSS e CARVALHO, 2009; BRASIL, 2012a).

A fim de qualificar os serviços e dar conta das demandas de saúde da população, a Política Nacional de Atenção Básica prevê que as equipes multiprofissionais contem com uma composição mínima de trabalhadores. Desse modo, geralmente, as equipes dispõem de médico generalista ou especialista em saúde da família/comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde<sup>49</sup>. Além disso, pode-se acrescentar à equipe multiprofissional, profissionais de saúde bucal, como cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012a).

Com a intenção de apoiar e alargar o escopo de atendimento das Estratégias de Saúde da Família, o Ministério da Saúde criou, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154/2008 (BRASIL, 2009)<sup>50</sup>. O NASF caracteriza-se como uma estratégia inovadora, pois conta com a participação de diferentes profissionais (equipes multiprofissionais) que têm por compromisso atuar de maneira integrada com vistas a apoiar as equipes de saúde da família, as equipes de atenção básica para populações específicas e academia da saúde (BRASIL, 2012a).

Embora os NASF façam parte da atenção básica, eles não são considerados como serviços de livre acesso para atendimentos

---

<sup>49</sup> Os agentes comunitários são pessoas da própria comunidade que passam por um processo de formação e auxiliam nas estratégias de promoção de saúde e prevenção de doenças na comunidade.

<sup>50</sup> É importante salientar que, a partir da Portaria GM/MS nº 2.488 de 2011b, aprova-se a Política Nacional de Atenção Básica – da qual o NASF participa, bem como, em 28 de dezembro de 2012c, na Portaria GM/MS nº 3.124, redefine-se a vinculação dos NASFs I e II e cria-se o NASF III.

individuais e/ou coletivos<sup>51</sup>, pois eles não se constituem como unidades físicas especiais ou independentes, no entanto, atuam de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços, para tanto, devem realizar um trabalho conjunto com as equipes e academia da saúde (CAPS, Ambulatórios especializados, Redes comunitárias, entre outros) (BRASIL, 2012a). Como pressupostos de atuação, além da responsabilidade pelo desenvolvimento das habilidades relativas à saúde da família e o acompanhamento de um número previamente determinado de equipes<sup>52</sup>, os NASFs devem

[...] buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários (BRASIL, 2012a p. 70).

As ações desenvolvidas pelo NASF são orientadas por seus princípios e diretrizes, quais sejam: a integralidade, o território, a educação popular em saúde, a interdisciplinaridade, a participação social, a intersetorialidade, a Educação Permanente em Saúde, a humanização, e a promoção da saúde (BRASIL, 2009).

Sem a intenção de enaltecer somente um dos princípios e diretrizes do NASF, pois a ação conjunta é o que parece fortalecer o trabalho desenvolvido pelo núcleo, destaco a promoção da saúde por caracterizar-se como uma das estratégias de gestão e organização das práticas na saúde, tendo como maior contribuição a possibilidade de compreender “que os modos de viver de homens e mulheres são

---

<sup>51</sup> De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2012a, p.69) os atendimentos individualizados e/ou coletivos podem ser realizados pela equipe do NASF quando necessário, desde que sejam regulados pelas equipes de atenção básica.

<sup>52</sup> A partir da Portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família estarão vinculados às equipes de acordo com a sua modalidade. O NASF 1, deverá estar vinculado a no mínimo 5 equipes e no máximo 9; o NASF 2 deverá estar vinculado a no mínimo 3 e no máximo 4 equipes; e o NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 e no máximo 2 equipes. Sendo que as equipes podem ser: Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios de Rua, Equipes Ribeirinhas e Fluviais).

produtos e produtores de transformações econômicas, políticas, sociais e culturais” (BRASIL, 2009, p.19).

Entretanto, apesar das dádivas que a promoção da saúde parece propiciar tanto para os trabalhadores quanto para os usuários, no que diz respeito as suas estratégias de gestão e de organização das práticas em saúde, ao conversar com colaboradores que tiveram experiência prática em NASF<sup>53</sup>, tornou-se visível certa animosidade entre o que se espera e o que se consegue executar na prática.

*[...] eu vejo que tem pessoas que estão lá na Unidade tentando atender pessoas, e dentro do NASF o pessoal já está muito cansado, muitos desistem, muitos entram com uma intenção, ou grande vontade de fazer muitas coisas, mas o discurso perde a força (Entrevistado 12).*

Além do cansaço e provável desistência dos trabalhadores, como evidenciou o excerto acima, outras questões também poderiam estar complicando as ações em prol do que se propõe a promoção da saúde. Como, por exemplo, a falta de um parâmetro mais adequado para se avaliar as ações de promoção da saúde, pois os indicadores utilizados para aferir os possíveis avanços e conquistas, ainda estão muito relacionados com as questões quantitativas do que qualitativas, como destaca o excerto abaixo,

*[...] a gestão quer que se faça muitas coisas, mas os indicadores que se usa não são indicadores que vão chamar a atenção para isso (promoção da saúde), são indicadores tipo quantas consultas se fez na enfermagem, se o hospital teve atendimento, [...] os indicadores estão por aí, mas daria para criar indicadores qualitativos que expressam mais a promoção da saúde, do que os que estão sendo utilizados (Entrevistado 12).*

A partir das compreensões apresentadas, pode-se dizer que a promoção da saúde tem sido mencionada, muitas vezes, como uma

<sup>53</sup> Até o momento final da realização das entrevistas (junho/2014), apenas três (3) participantes desta pesquisa alegaram ter experiência anterior em NASF. Talvez pelo fato de que o NASF ainda não estivesse formalizado na cidade de Porto Alegre, onde muitos residem e trabalham, ou também pelas dificuldades já mencionadas em relação ao número de vagas para atuar nesse espaço.

'bandeira' dos diferentes programas e políticas que tem surgido no âmbito da saúde pública, porém, os indicadores e marcadores que 'contabilizam' as influências da adoção de diferentes práticas nesta direção ainda são basicamente quantitativos.

De acordo com Samuel Moysés, Simone Moysés e Márcia Krempel (2004), as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), previstas no Relatório do Grupo de Trabalho desde 1998, documento que determina a necessidade de se levar em conta quatro aspectos – Participação; Múltiplos métodos; Capacitação; e, Adequação<sup>54</sup> – para auxiliar na avaliação dos projetos que têm como foco as estratégias de promoção da saúde ainda precisam ser mais específicas, tendo em vista a complexidade que envolve as ações em prol da promoção da saúde.

Os autores também reforçam a importância de se avaliar as ações de promoção da saúde a partir das suas influências estruturais e sociais acerca dos determinantes da saúde previstos desde a Carta de Ottawa. Além disso, os autores ainda partilham as suas experiências de avaliação qualitativa sobre as ações em prol da promoção de saúde da cidade de Curitiba. Entretanto, as justificativas utilizadas pela maioria dos programas de saúde pública tendem a se aproximar com maior frequência dos dados epidemiológicos acerca de diferentes fatores de risco para DCNT como base para implantação e/ou manutenção dos diferentes programas. Como por exemplo, o programa Agita Brasil, já mencionado anteriormente, que tinha como principais metas o combate ao sedentarismo em razão do aumento de indivíduos hipertensos, diabéticos e cardiopatas.

---

<sup>54</sup> De acordo com Moysés, S. J; Moysés, S.T; Krempel, M. (2004), os quatro aspectos que devem ser levados em conta ao realizar processos avaliativos sobre os programas que visam a Promoção da Saúde, podem ser assim entendidos: Participação – refere-se ao envolvimento de todos aqueles que apresentam reais interesses na ação avaliada; Múltiplos métodos – corresponde à utilização de diversos métodos e procedimentos para coleta de dados; Capacitação – concentra-se no aprimoramento das capacidades de indivíduos e governos para questionar e equacionar as fragilidades dos programas de promoção da saúde; Adequação – está relacionada com a elaboração de planejamentos que levem em conta as complexidades e os impactos a longo prazo.

Com relação às diretrizes do NASF, os modos de viver social, político e econômico, devem ser tomados como práticas sociais em constante transformação, e não apenas como contexto passível de intervenção. Impondo, desse modo, a necessidade de constantes reflexões acerca das práticas em saúde (BRASIL, 2009). Mais do que isso, na perspectiva da promoção da saúde, os direitos à cidadania e à produção da autonomia dos indivíduos e das comunidades devem estar assegurados (BRASIL, 2009).

Trata-se de desenvolver ações cotidianas que preservem e aumentem o potencial individual e social de eleger formas de vida mais saudáveis. Ações que ocorrerão tanto ao nível da clínica quanto na realização e/ou condução de grupos participativos sobre as suas necessidades específicas ou na comunidade (BRASIL, 2009, p. 19).

Parece-me interessante mencionar o quanto as questões como a produção de autonomia dos indivíduos esteve presente na fala de diferentes participantes. Em sua grande maioria, essa questão apareceu como uma preocupação dos profissionais em tentar produzir autonomia nos usuários dos serviços, às vezes para gerar um vínculo, às vezes por uma questão de ideais, e ainda pela própria característica que a área da saúde apresenta, como pode ser visto na fala do entrevistado 6:

*[...] ela (saúde) tem uma autorização para produzir doença, mas também tem autorização para permitir saúde. [...] a saúde dá uma autonomia para quem está propondo, ela até propõe uma autonomia para o usuário, mas ela dá muito mais autonomia para o profissional (Entrevistado 6).*

Apesar de o relato acima expor toda uma autonomia que a área da saúde parece oferecer, tanto para os profissionais quanto para os usuários, muitas das ações práticas mencionadas por alguns colaboradores desta pesquisa ainda estão fortemente vinculadas às questões de conscientização para a necessidade do autocuidado. Mesmo com aspectos individuais de cada ambiente de atuação e das diferentes formas de abordagem, ainda é possível perceber certo direcionamento

das propostas para o gerenciamento do risco<sup>55</sup> de doenças e para a mudança nos modos de viver.

É necessário dizer que esse posicionamento aparentemente mais ‘vinculado’ à bibliografia ofertada pelas políticas públicas, e até de certa confusão entre promoção e prevenção, também apresenta um contraponto bem marcante, pois ao mesmo tempo em que entende as ações de promoção da saúde como ações de conscientização, em outro momento reforça a necessidade de proporcionar práticas que tenham sentido para os usuários<sup>56</sup>. A fim de ilustrar algumas dessas impressões acerca das falas dos participantes, relaciono-as abaixo:

*[...] oportunizar espaços ou ações de conscientização, não sei nem se seria esse o termo de educação? Mas de conscientização para que as pessoas possam ter um autocuidado com mais qualidade, conforme o contexto em que ele está inserido (Entrevistado 4).*

*[...] promoção da saúde é incentivar as pessoas a ter uma vida saudável e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida (Entrevistado 9).*

*[...] promover saúde para mim significa contribuir de forma coletiva e individual para a autonomia dos sujeitos, promover ações que ajudem as pessoas a se conhecerem, a conhecerem e reconhecerem seus direitos e deveres. Reconhecerem suas dificuldades, ajudar a entenderem de que forma lidar com elas e principalmente reconhecerem suas potencialidades e possibilidades, além de desenvolvê-las através de estímulo e cuidado. Promover saúde é oportunizar a todo cidadão o direito ao acesso aos serviços de saúde em todos seus níveis, ter acesso à moradia, a viver em um ambiente com condições sanitárias adequadas, ter acesso à educação, ao esporte, a cultura e ao lazer, aos serviços de assistência social. É acolher a todos sem distinção de raça, religião, gênero, opção sexual, idade, nível econômico. É incentivar a participação das pessoas na construção de uma sociedade melhor, que o controle social existe e pode ser realizado por todos (Entrevistado 10).*

<sup>55</sup> Retomarei a questão do Risco no capítulo 4, especificamente na seção 4.1.

<sup>56</sup> Falarei mais sobre as práticas que ‘trazem sentido’, e do quanto tal preocupação tem sido uma questão bem reforçada pelos entrevistados no capítulo 5.

*[...] eu entendo que uma proposta de saúde, [...] ela tem que passar para as pessoas aprenderem novas formas de viver, então para a pessoa estar mais inteira, estar mais equilibrada e aprender a lidar com os desafios da vida, ela tem que aprender novas formas de si. E isso é um processo educacional, para mim esse é o processo da educação. Tu aprenderes a viver e aprenderes coisas que estejam relacionadas com a tua vida para viver bem (Entrevistado 11).*

Reforço que minha intenção não é julgar a forma como os profissionais têm trabalhado essas questões na prática dos serviços, mas pensar sobre elas, mostrar como os materiais bibliográficos que normatizam as ações em saúde podem estar exercendo grandes influências sobre os profissionais e, conseqüentemente, sobre a constituição da Educação Física no âmbito da saúde, pelo menos no que diz respeito à reprodução de conceitos.

Essa questão tornou-se evidente durante as entrevistas, pois pude perceber que, ao perguntar sobre o entendimento acerca da promoção da saúde, diferentes compreensões foram relatadas, mas se pode dizer que muitas podem ser classificadas quase como uma repetição do conteúdo descrito pelas políticas públicas. Aparentemente sem uma discussão e um olhar mais crítico acerca do ideário da promoção da saúde.

Porém, ao provocar um aprofundamento da discussão, ressalto que, em vários momentos, também foi possível observar as intenções de romper com essas ‘amarras’, ou seja, de deixar de seguir um modelo previsto de atuação e permitir-se propor novas formas de pensar e atuar sobre a atividade física nos ambientes de saúde. As intenções de ruptura e as ações que têm ocorrido em prol disso, no meu entendimento, direcionam para outras discussões que ultrapassam as formulações propostas neste capítulo, mas de fato acredito que devem

ser mais exploradas, tendo em vista que tratarei mais adiante dessas questões<sup>57</sup>.

\*\*\*\*\*

Em relação à formulação do NASF, no que diz respeito à sua composição de profissionais, os gestores municipais deverão seguir os critérios de prioridade previamente identificados epidemiologicamente no território de abrangência, estes deverão levar em consideração as necessidades locais das equipes que serão apoiadas pelos núcleos. No entanto, respeitando as normatizações previstas na Política Nacional de Atenção Básica (2012a), destaco como possibilidades de composição para os NASF as seguintes profissões pertencentes à Classificação Brasileira de Ocupações (CBO):

[...] médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); e profissional de saúde sanitaria (BRASIL, 2012a, p. 72).

Dentre os programas que compõem a Política Nacional de Atenção Básica (2012a), na perspectiva de atenção integral<sup>58</sup> à saúde das crianças e jovens do ensino público, chamo a atenção para o Programa Saúde na Escola (PSE)<sup>59</sup>, que surge como uma política intersetorial entre os Ministérios da Educação e da Saúde.

O PSE visa, sobretudo, a integração e a articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando a melhoria da qualidade de vida da população brasileira (BRASIL, 2014a). Levando em consideração as vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de

---

<sup>57</sup> No capítulo 5, apresento as ações que têm ocorrido em campo a partir das compreensões relatadas pelos entrevistados.

<sup>58</sup> Atenção Integral na perspectiva da Política Nacional de Atenção Básica pode ser compreendida como as ações que visam, sobretudo, promover, prevenir, diagnosticar e recuperar a saúde, além da formação. Vide: PNAB, 2012a, p. 75.

<sup>59</sup> Instituído em 5 de dezembro de 2007 através do Decreto Presidencial nº 6.286.

crianças e jovens da rede pública de ensino, o programa tem como principal objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde<sup>60</sup>.

As ações previstas pelo PSE deverão ser realizadas de forma integrada entre as equipes de saúde da atenção básica e educação, como principais ações do programa destacam-se, além da avaliação clínica e psicossocial, as ações de promoção e prevenção que articulem práticas de formação tanto educativas quanto de saúde, tais como: a promoção da alimentação saudável, de práticas corporais, da prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outras atividades, inclusive a educação permanente para qualificação dos profissionais tanto da saúde quanto da educação envolvidos no processo de formação dos jovens (BRASIL, 2012a; 2014a).

Nenhum dos participantes desta pesquisa relatou ter experiência de atuação com o PSE. Talvez por se tratar de um programa relativamente novo<sup>61</sup>, ou ainda, por não ter relação com os ambientes onde estes participantes estão atuando. Em função disso, mesmo que muitos destes profissionais conheçam o programa e saibam das suas normatizações, não realizamos nenhum aprofundamento desta temática durante as entrevistas. Porém, destaco que o PSE tem sido pauta de discussões<sup>62</sup> em outros espaços, principalmente no que diz respeito à forma como este programa tem sido implementado.

---

<sup>60</sup> Para maiores informações ver: Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Manual para Adesão. Brasília, 2014a.

<sup>61</sup> O PSE teve seu início em 2007, mas desde lá já passou por diferentes reformulações. Além disso, como se trata de um programa que pretende a articulação de dois grandes setores como a Educação e a Saúde gerando a necessidade de mobilização conjunta, este tem sido considerado recente e passível de modificações constantes.

<sup>62</sup> Refiro-me às dificuldades que têm sido discutidas, tanto sobre as tarefas que cada setor deverá realizar ao colocar em prática o programa, já que ele deverá ser uma ação conjunta entre os setores da saúde e da educação, quanto à forma como as ações tem ocorrido na prática. Aparentemente, essas ações parecem estar sendo realizadas com um caráter mais de controle, pautando-se somente nas ações primárias do programa como, por exemplo, a avaliação física e a detecção de possíveis problemas de saúde. Recentemente (novembro de 2014) participei de uma mesa de trabalho (com quatro colegas, a saber: Sandro F. Bortolazzo, Camilo Darsie de Souza, Zenilda Cardozo Sartori, e Roseli Belmonte Machado) no XVII Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino - Endipe, em que discutíamos essa

Além dos programas já mencionados, que visam corroborar com a promoção da saúde da população brasileira, com a produção do cuidado e dos modos de vida saudáveis, da necessidade da continuidade das ações de vigilância em saúde, e da integração e ininterruptão das ações de atenção básica, prevenção e atenção de doenças e agravos não transmissíveis, torna-se de extrema importância destacar o programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. A partir da redefinição recentemente ocorrida na Portaria de nº 2.681, de 07 de novembro de 2013b<sup>63</sup>, as Academias da Saúde devem ser implantadas pelas secretarias de saúde dos municípios com o apoio do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde<sup>64</sup>.

O Programa Academia da Saúde conta com a implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados, construídos em espaços públicos, que deverão servir para o desenvolvimento das ações previstas no programa. Tem como objetivo geral a promoção da saúde, a produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população.

Como objetivos específicos do programa, destaco a ampliação do acesso às políticas públicas de promoção da saúde; a potencialização das ações nos âmbitos da atenção básica, da vigilância em saúde e da promoção da saúde; o fortalecimento da promoção da saúde como estratégia produtora de saúde; a ampliação da autonomia dos sujeitos em relação às escolhas de estilos de vida mais saudáveis; e o aumento do nível de atividade física da população; entre outros (BRASIL, 2013b).

---

questão, com o painel intitulado: A Produção de sujeitos e espaços escolares saudáveis: uma interlocução entre o Programa Saúde na Escola (PSE) e o quadro “Medida Certa” do Fantástico. Disponível em: [eventos.uece.br](http://eventos.uece.br). Além disso, destaco outro trabalho que também chama a atenção para a necessidade de um olhar crítico em relação à saúde na escola. Ver: FIGUEIREDO; MACHADO e ABREU (2010).

<sup>63</sup> O Programa Academia da Saúde foi instituído inicialmente em 07 de abril de 2011 a partir da Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011a, no entanto, essa portaria foi recentemente revogada, sofrendo redefinição a partir da Portaria GM/MS 2.681 de 07 de novembro de 2013b.

<sup>64</sup> A consulta à Portaria na íntegra está disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681\\_07\\_11\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html) em 09/09/2014.

O programa Academia da Saúde tem como principais eixos para o desenvolvimento de suas atividades: as práticas corporais<sup>65</sup> e atividades físicas; a produção do cuidado e dos modos de vida saudáveis; a promoção da alimentação saudável; as práticas artísticas e culturais; as práticas integrativas e complementares<sup>66</sup>; a educação em saúde; a mobilização da comunidade, bem como, o planejamento e a gestão (BRASIL, 2013b). Dentre as principais ações do programa, ressalto como característica importante a forte associação entre os objetivos propostos e as possibilidades de atuação dos profissionais de educação física neste ambiente de saúde, colocando-o, de certo modo, como um dos principais atores para o andamento do programa.

Cabe explicitar que não há nenhum registro na Portaria nº 2.684/GM/MS (BRASIL, 2013b), que mencione uma obrigatoriedade acerca da necessidade de inserção dos profissionais de educação física – no que concerne à atuação desses como possíveis ‘atores principais’ – nos polos do Programa Academia da Saúde. Esta definição sobre quais especialidades profissionais deveriam compor a equipe do programa, a partir de sua CBO, foi definida a partir da publicação em 14 de março de 2014b da Portaria nº186/SAS/MS. Porém, essa nova portaria relaciona o profissional de educação física como uma das treze ocupações que deverão/poderão compor a equipe do programa, e em nenhum momento define a obrigatoriedade de uma ou outra área, somente apresenta as diferentes ocupações profissionais da saúde considerados como aptos para atuar nos polos.

Ao pensar sobre um programa que tem como nome Academia da Saúde, talvez a primeira impressão nos direcione a imaginar que o

---

<sup>65</sup> De acordo com o Glossário Temático da Promoção da Saúde (BRASIL, 2012d), o termo práticas corporais é entendido como “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)” (p.28).

<sup>66</sup> Práticas integrativas e complementares – entendidas como “abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade” (BRASIL, 2012d, p. 28).

profissional de educação física seja de fato o ator principal, pois não é difícil relativizar o nome proposto pelo programa com aquelas ações práticas da área em locais conhecidos como academias de ginástica. No entanto, o programa não visa reproduzir a lógica de atividades físicas voltadas para o desempenho físico, e sim estimular a promoção da saúde, a produção do cuidado e de modos de vida saudáveis. Para isso, “a ideia não é fazer dos polos um setor de aglutinação de diversos profissionais da saúde” SKOWRONSKI (2014, p.32), assim, sugere-se que os profissionais contratados para atuar nos polos tenham vínculo com a Atenção Básica e ou NASF<sup>67</sup>, cumprindo com as demandas e funcionando nos dois turnos, mais do que isso, que esses trabalhadores também possam circular por outros espaços da comunidade.

Ainda em relação à Academia da Saúde, o entrevistado 12 chama a atenção para a configuração desse programa, pois parece que, na prática, as ações podem acabar por direcionar o foco para uma questão mais preventiva e de controle, tal como pode ser visto no excerto abaixo:

*[...] a academia da saúde está na DANTS então está em um departamento supercontrolador, os indicadores da Academia da Saúde são hipertensão, diabetes, e de coisas que entendemos mais como prevenção do que de promoção, não tem indicador de saúde para promoção da saúde, na verdade a gente não tem nenhum indicador de saúde, só temos indicadores de doença. Então a unidade de saúde acaba virando um ambiente de doença, e o foco é a reabilitação (Entrevistado 12).*

Além da ressalva sobre o possível redirecionamento do foco do programa para uma questão mais preventiva, como destaca o excerto, o entrevistado 12 ainda retoma a falta de indicadores acerca da promoção da saúde e comenta sobre o quanto a unidade que deveria ser de saúde torna-se frequentemente um ambiente de doença. Esse e outros

<sup>67</sup> Entre as exigências para o funcionamento e financiamento do polo, de acordo com a Portaria nº 2.681/GM/MS (BRASIL, 2013b), ficaram estabelecidas a necessidade de contratação de um ou dois profissionais de nível superior registrados na área da saúde para cumprir 40h semanais ou dois que contemplem 20h semanais, e a obrigatoriedade do polo estar vinculado a algum estabelecimento de Atenção Básica ou NASF do município.

apontamentos realizados pelos entrevistados neste capítulo acerca do ideário da promoção da saúde parecem reforçar, mais uma vez, o início deste capítulo, em que um dos colaboradores coloca a *‘promoção da saúde como um horizonte ainda inatingível’*.

Nessa direção, parece pertinente retomar a reflexão realizada por Buss (2009), quando ele refere a necessidade do aprofundamento acerca do conceito de promoção da saúde, suas práticas e métodos, pois, desse modo, seria possível traçar novas alternativas para prolongar a vida, potencializar a saúde e, principalmente, modificar o modelo assistencial ainda muito presente.

Atualmente, sabe-se que existem muitos programas e ações formulados e incorporados pelo setor de saúde brasileiro que estão imbricados com a promoção da saúde – enquanto política pública<sup>68</sup>. No entanto, optei por apresentar aqui aqueles que têm maior relevância no que diz respeito a este trabalho, ou seja, aqueles que possibilitam de alguma forma a inserção dos profissionais de educação física como trabalhadores em saúde.

---

<sup>68</sup> Refiro-me a todos os programas que têm sido implantados no contexto brasileiro, principalmente àqueles que têm relação com a promoção da saúde da população. Cito como exemplo os programas de Atenção à saúde da Mulher; o Programa de Aleitamento Materno; o Programa de Educação Alimentar; Controle ao Tabagismo; entre muitos outros. Vide: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/342/acoes-e-programas.html>

#### 4. MEDICALIZAÇÃO... PRESCRIÇÃO... IMPOSIÇÃO... PROPOSIÇÃO

*[...] se a gente pensar na medicalização nesta linha de prescrição, então medicalizar é tu chegares e prescrever para um cara um negócio que é bom para ele. Pensando nesta lógica a linha que separa a imposição e a proposição pode ser muito tênue, pode não ser muito clara (Entrevistado 11).*

Abro este capítulo com a fala do entrevistado 11, logo abaixo de um título que considero bastante ‘instigante’, pois não coloquei uma delimitação da temática a ser discutida ao trazer quatro possibilidades separadas somente por reticências. Essa escolha se justifica na medida em que eu não irei me deter na discussão acerca da medicalização ou da antimedicalização. Minha intenção é pensar a partir da medicalização por meio da lógica mencionada pelo entrevistado no excerto acima, ou seja, em uma lógica que permeia a linha tênue entre prescrição, imposição e proposição.

Nos últimos anos, a medicalização tem sido amplamente mencionada nos diferentes meios de comunicação, tal como evidenciado na apresentação deste trabalho<sup>69</sup>. Para Rafaela Zorzanelli, Francisco Ortega e Benilton Júnior (2014), o conceito de medicalização tem ganhado grande notoriedade nas últimas décadas, tendo em vista a proliferação da temática nas publicações produzidas nos contextos das ciências sociais e humanas. A fim de conhecer como o tema tem se expandido no meio acadêmico, realizei uma breve pesquisa no site da Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme)<sup>70</sup>, nos meses de julho de 2013 e julho de 2014<sup>71</sup>. Assim, pude constatar que, no ano de 2013, existiam 188 artigos publicados sobre o assunto, sendo que 23 textos estavam relacionados à educação, no entanto, eles sofreram um acréscimo de

<sup>69</sup> Refiro-me aqui às inúmeras reportagens que fazem menção ao tema, e que têm circulado na mídia, mesmo àquelas em que o discurso medicalizante é de fato reverenciado e endossado, como, por exemplo, os programas de televisão, as propagandas publicitárias de medicamentos, além das diversas matérias impressas em jornais e revistas.

<sup>70</sup> Pesquisa realizada no site: [www.bireme.br](http://www.bireme.br) em 03/06/2013, a partir dos descritores – medicalização e saúde; medicalização da vida.

<sup>71</sup> Pesquisas realizadas no site: [www.bireme.br](http://www.bireme.br) em 03/06/2013 e na data de 17/07/2014.

aproximadamente 26%<sup>72</sup>, ou seja, 238 artigos encontrados, sendo que 40 desses estão relacionados com a educação. Esses resultados indicam, sobretudo, um crescimento e mudanças no que se refere às discussões sobre a medicalização.

Entre a variedade de documentos que falam sobre a medicalização, destaco a Carta da Medicalização da Vida, resultante do encontro interdisciplinar<sup>73</sup> entre fóruns sobre a medicalização no Brasil e na Argentina. Pode-se dizer que esse documento caracteriza-se como um marco inicial da articulação desses países, no que diz respeito aos profissionais de educação e saúde. Desse modo, esses profissionais se dizem comprometidos com a ética, com a ciência e principalmente com a defesa da vida<sup>74</sup>.

Embora o documento faça referência à medicalização da infância e da educação, penso ser de extrema importância destacar alguns tópicos que se aproximam deste movimento que emerge envolvendo a medicalização como um todo.

As expressões medicalização e patologização designam processos que transformam, artificialmente, questões não médicas em problemas médicos. Problemas de diferentes ordens são apresentados como “doenças”, “transtornos”, “distúrbios” que escamoteiam as grandes questões políticas, sociais, culturais, afetivas que afligem a vida das pessoas. Questões coletivas são tomadas como individuais; problemas sociais e políticos são tornados biológicos (CARTA SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA, 2011).

Os tópicos mencionados na Carta sobre a medicalização da vida (2011) acerca da patologização e medicalização excessivas, no que se refere à problemas considerados como não médicos, vão ao encontro da

---

<sup>72</sup> Para a versão final da tese, recorri novamente ao site da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), para saber se havia modificações nos dados obtidos na pesquisa realizada em julho de 2014 acerca do tema medicalização. Contudo, optei por manter os dados anteriores no texto, pois as mudanças ocorridas não foram significativas quanto ao número de artigos publicados até o momento (238 artigos em julho; 240 artigos em fevereiro). Pesquisa realizada em 18/02/2015.

<sup>73</sup> Encontro realizado entre os dias 2 e 4 de junho de 2011 em Buenos Aires, esse evento reuniu integrantes de diversas áreas do Brasil e da Argentina, conforme site [www.medicalizacao.org.br](http://www.medicalizacao.org.br), disponível em 20/05/2013.

<sup>74</sup> Fonte: [www.medicalizacao.org.br/carta-sobre-medicalizacao-da-vida](http://www.medicalizacao.org.br/carta-sobre-medicalizacao-da-vida), disponível em 20/05/2013.

definição apresentada pelo sociólogo Peter Conrad (2007). Conrad entende a medicalização como um processo de transformação de problemas até então não considerados como médicos, em problemas passíveis de tratamento e intervenção clínica. Essa questão pode ser tensionada a partir das considerações de um dos participantes desta pesquisa, no que se refere ao que temos entendido e construído como doença na atualidade, tal como apresento no excerto a seguir.

*[...] qual a nossa concepção de doença? Isso que a gente entende como doença não existe. Isso que a gente diz: o cara está doente e ele tem que acabar com aquilo. Existe sofrimento, existe o sofrimento que pode ser mental, físico, emocional, social, cultural e pode ser tudo junto e misturado. Mas, isso é sofrimento, ele está sofrendo, é da vida, e se tu ficares muito tempo nisso tu vais ficar mal [...] eu estava vendo esses dias uma reportagem muito boa que falava sobre a síndrome de não sei o que, que é aquela em que a pessoa quer estar mais bonita sempre, ela se acha gorda, mas não são essas síndromes do emagrecimento, é uma síndrome em que a pessoa se acha feia e quer estar mais bonita, então ela faz cirurgia plástica e ela faz tudo para estar bonita. E aí tem um nome para esta síndrome, já deve até estar no CID, e também tem tratamento para esta síndrome que é psicoterapia e medicamento para ansiedade. Daí eu fiquei pensando, óbvio, tu fazes milhões de programas e revistas para as pessoas se acharem feias, por que o padrão de beleza é esse, ninguém nunca vai chegar lá, só pelo Photoshop, e aí depois da pessoa se sentir feia e já ter comprado muitos produtos de beleza, aí tu vendes uns remédios para ela, porque ela está doente, então é uma piração total, uma construção total de doença (Entrevista 11).*

A partir do excerto acima, em que o Entrevistado 11 comenta o seu entendimento de doença e de toda uma ideia de sua construção, parece-me pertinente pensar que estes processos, além de provocarem sofrimentos psíquicos, possibilitam uma maior responsabilização do indivíduo por suas escolhas<sup>75</sup>. Mais do que isso, estariam posicionando-o como um pré-doente. Discussão muito semelhante ao que Luis David

<sup>75</sup> Tema que retomarei mais adiante, mais especificamente na seção sobre Risco.

Castiel e Carlos Diaz (2007a) apresentaram no livro ‘A saúde persecutória’<sup>76</sup>, ao relacionarem a ideia de uma prevenção antecipada com o conto de ficção científica (que também deu origem ao filme *Minority Report*) do escritor Philip Kindred Dick.

Mesmo que o conto não esteja diretamente relacionado com a ideia de saúde, ele se desenvolve no ano de 2054, em uma delegacia de pré-crime, onde existe a possibilidade de prever crimes através da vidência, e com isso conter (prendendo e julgando) aqueles indivíduos considerados como pré-criminosos. A partir da relação apresentada no conto, de prever situações e atuar sobre elas antes que se tornem de fato ‘reais’, os autores Castiel e Diaz (2007a) discorrem principalmente, sobre os crescentes diagnósticos acerca do surgimento de uma série de pré-doenças, o que, segundo os autores, tem sido uma prática contemporânea da medicina.

Segundo os autores da Carta sobre a Medicalização da Vida, quando igualamos as questões sociais com as biológicas, estamos isentando de responsabilidades as diferentes instâncias de poder, pois igualamos o mundo da vida ao mundo da natureza. Desse modo, “tudo se passa como se as pessoas é que tivessem ‘problemas’, fossem ‘disfuncionais’, ‘não se adaptassem’, fossem ‘doentes’, sendo, até mesmo, judicializadas” (CARTA SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA, 2011)<sup>77</sup>.

Por mais que as ideias apontadas nesse documento possibilitem maiores discussões sobre a medicalização na atualidade, não podemos negar que a Carta – assim como qualquer documento dessa natureza – tem, sobretudo, uma função de manifesto, e com isso parece querer apontar culpados para esta proliferação da medicalização. Sendo que, no excerto do Entrevistado 11 (p.81) esta ideia de achar um ou mais culpados também se torna evidente, ao explicitar seu ponto de vista

---

<sup>76</sup> Aqui, me refiro especificamente ao texto do capítulo 1 – ‘O Informe Minoritário e a Prevenção do Crime Baseada em Vidências’ (p. 21-23).

<sup>77</sup> Fonte: [www.medicalizacao.org.br/carta-sobre-medicalizacao-da-vida](http://www.medicalizacao.org.br/carta-sobre-medicalizacao-da-vida), disponível em 20/05/2013.

quanto à maneira como estamos vivendo hoje, acerca da ‘criação exacerbada’ de diferentes padrões de saúde/doença, medicamentos e tratamentos.

Jurema Dantas (2009) alerta para o crescente uso indiscriminado dos medicamentos na atualidade. A autora chama a atenção para o quanto a medicalização da vida parece ter se tornado um caminho mais curto para amenizar os diferentes mal-estares de nossa época. Ela ainda ressalta o quanto os psicofármacos têm surgido como estratégias técnicas, aparentemente eficientes na busca pela felicidade permanente imposta pela sociedade atual (DANTAS, 2009). Ressalto que o fato de ter ou não alguma enfermidade, não justifica por si só o uso de medicamentos, lembrando que os parâmetros que definem quem pode ser considerado ‘doente’ além de estarem em constante mudança, parecem não ser assim tão claros, principalmente ao se tratar de transtornos psíquicos.

Como contraponto a toda essa exacerbção da medicalização, existe uma corrente paralela que tem discutido também processos considerados como antimedicalizantes. Nesse sentido, pode-se ainda pensar no quanto esses processos de medicalização ou não medicalização podem ser também entendidos como possibilidades de intervenção, em que os sujeitos envolvidos possam estar dispostos a aderir ou não, tal como referido pelo entrevistado 11:

*[...] os processos não são bipolares, medicalização e não medicalização. É uma coisa toda que acontece nas relações das pessoas. [...] tem pessoas que são muito abertas para isso e tem pessoas que esperam que tu proponhas coisas (Entrevistado11).*

As considerações apontadas pelo entrevistado 11 aproximam-se das reflexões apresentadas por Vivian Ignácio e Henrique Nardi (2007), ao entenderem a medicalização como “interior à biopolítica” (p.90). Desse modo, segundo Ignácio e Nardi (2007), a medicalização emerge como um dispositivo que atua como uma forma de individualização do

poder, isso ocorre, na medida em que a administração de medicamentos “se constitui em uma tecnologia de si” (p.90). Para os autores, assim como a biopolítica foucaultiana visa o controle dos corpos na mesma medida em que controla a população, a medicalização “também adquire esta dupla faceta, ao controlar os corpos individualmente e ao utilizar as ferramentas de gestão da população” (p.90).

Como exemplo disso, os autores referem as campanhas de controle de natalidade para comunidades mais empobrecidas (IGNÁCIO e NARDI, 2007). Mais do que isso, a ideia de dispositivo de medicalização pode ser também entendida para além do consumo de medicamentos, de forma ampliada, tal como referiu Luís Henrique S. dos Santos (2014), “na direção de entender que esse dispositivo institui modos que permitem que nos narremos e que façamos determinadas coisas com nossos corpos [...] em nome da medicalização” (p.29).

Nessa direção, pode-se pensar acerca da adesão desenfreada por parte de alguns indivíduos ao uso indiscriminado de diferentes substâncias/psicofármacos, independentemente do aparecimento de alguma enfermidade, pois essa utilização se justificaria apenas para fins de aprimoramento físico. Essa necessidade de aperfeiçoamento corporal constante parece permear alguns discursos que referem o cuidado com o corpo como uma possibilidade para o melhoramento do ‘eu’.

Nesse sentido, pode-se pensar na otimização corporal como uma das responsáveis por criar a ideia de uma garantia futura acerca da manutenção da saúde, da beleza e de uma felicidade adicional. Talvez tal necessidade de aperfeiçoamento constante tenha certa imbricação com a produção de indivíduos cada vez mais comprometidos com a sua saúde, entendendo que a saúde não se limita à ausência de doenças, mas a algo para além de um estado sem enfermidades, como ressalta Ribeiro (2003), a saúde como um mais.

Ao encontro desta necessidade da busca constante por níveis cada vez mais altos de saúde ou de aprimoramento corporal, independente do uso de psicofármacos, penso que cabe retomar os apontamentos realizados por Sant'Anna (2001), ao problematizar a exacerbação das constantes modificações corporais. Nas palavras da autora

Depois do direito ao rejuvenescimento, o direito à permanência. Nem que para permanecer seja preciso trocar de sexo, de sangue, de cabelo, em suma, de corpo. E não apenas uma única vez, nem de uma vez por todas. Trocar de corpo sem cessar, de acordo com as circunstâncias, como quem troca de *site*, de roupa, de *shampoo* (SANT'ANNA, 2001, p. 24).

Edvaldo Souza Couto (2009) analisa como o corpo tem sido 'alimentado' e 'administrado' quimicamente através dos modos de ser e estar no mundo. Para o autor, o uso de diferentes fármacos estaria promovendo e garantindo a felicidade de sujeitos cada vez mais dopados<sup>78</sup> (IDEM, 2009). Na perspectiva do autor, são aqueles sujeitos que, a partir da estimulação química, 'se controlam' e 'ampliam' seu desempenho mental e físico. Embora as pessoas busquem incessantemente o bem-estar, a qualidade de vida, as modificações na aparência e as adaptações corporais, o que mais tem mobilizado as pessoas nessa busca pela felicidade total é, segundo Couto (2009), o conforto psíquico.

Ainda que muitos indivíduos façam o uso de medicamentos, como salientou Couto, a fim de um conforto psíquico ou em busca de níveis superiores de felicidade. Penso que há uma quantidade significativa de sujeitos que também fazem o uso de diferentes fármacos, talvez isso ocorra por não conseguirem conviver com as suas frustrações, e, em função disso, façam o uso frequente de alguma 'fórmula' que 'prometa' não exatamente proporcionar felicidade, mas permitir que as pessoas

---

<sup>78</sup> Mantenho o termo '*dopados*', utilizado pelo autor Edvaldo Souza Couto (2009) para referir àqueles indivíduos que utilizam cada vez mais medicamentos e/ou substâncias a fim de manter o controle ou para ampliar o seu desempenho tanto físico como mental a partir da estimulação química. Ressalto que a utilização desse termo não tem a intenção de estigmatizar indivíduos que fazem o uso de diferentes drogas.

possam conviver com o seu sofrimento diário de maneira ‘não-ansiosa’, ‘não-triste’ e, ‘não-depressiva’. Segundo Couto (2009), a medicalização através da administração de drogas farmacêuticas, mesmo apresentando efeitos deletérios, tem sido considerada como alternativa de fuga das enfermidades, assim como uma forma de postergar ao máximo a morte.

Mais do que isso, para Dantas (2009), os medicamentos têm sido entendidos como possíveis ‘fórmulas mágicas’, capazes de reverter qualquer que seja o mal-estar ou incômodo. Assim, o discurso medicalizante promete explicar os nossos modos de ser e estar no mundo, e, além disso, proporcionar as soluções para todas as nossas inquietações (DANTAS, 2009).

As estratégias mais conhecidas acerca da medicalização parecem remeter às questões de prescrição, administração e consumo de medicamentos, cada vez mais comuns entre muitas pessoas (AZIZE, 2006; DANTAS, 2009). No entanto, cabe pensar no quanto a adoção de inúmeras prescrições – amplamente divulgadas na mídia em geral, que têm como objetivo potencializar a saúde dos indivíduos, principalmente aquelas relacionadas à Educação Física – por ser o campo de estudo deste trabalho – também pode ser considerada uma forma de medicalização, pois parecem buscar através de seus discursos a melhora no estilo de vida dos indivíduos e nos seus níveis de saúde e felicidade.

Para exemplificar, ressalto como a necessidade da inserção da prática de atividades físicas<sup>79</sup>, orientadas por profissionais habilitados, no cotidiano dos indivíduos, tem sido amplamente explorada na mídia

---

<sup>79</sup> Utilizo o termo atividades físicas e não exercícios físicos nesta passagem do texto justamente para dar a dimensão de como diferentes instâncias têm procurado, cada vez mais, balizar e controlar todo e qualquer movimento corporal executado pelos indivíduos.

voltada para profissionais e o público em geral<sup>80</sup>. Tal como pode ser visto na fala do participante 10:

*[...] não tem como não trabalhar com este discurso da medicalização no dia a dia [...] porque a mídia mostra todo o dia, o Globo Repórter traz toda a sexta-feira. Por que tem que fazer isso, por que se tu fizeres tantas vezes, ou se correr é melhor do que caminhar, ou faz a caminhada de tal jeito, na velocidade tal, por que diminui riscos e doenças crônicas (Entrevistado10).*

Novamente, parece que o apontamento do entrevistado acima nos remete às compreensões referidas por Santos (2014) ao discutir a medicalização como um dispositivo, pois, para o autor, essa busca demasiada por medicalização não “nasce’ de um sujeito com necessidades pré-existentes no mundo, mas, antes disso, que tais necessidades são criadas no próprio momento em que se passa a ‘dizer’, ‘falar’ sobre elas em diferentes instâncias” (p.30).

Embora os participantes desta pesquisa comentem a frequente associação entre a prescrição e a medicalização nos serviços, como exposto no excerto acima, torna-se possível perceber que ao mesmo tempo há uma descrença acerca da adoção desenfreada de diferentes prescrições. Percebe-se isso quando o participante complementa a sua fala sobre a existência desta ‘pressão’ midiática, expondo também as fragilidades desse tipo de abordagem mais prescritiva na prática, como exemplifico abaixo:

*[...] não que não seja uma verdade, mas só esse discurso ele é fraco, não só fraco, ele não dá a dimensão do que o trabalho com o corpo e com as práticas e os diferentes tipos e formas de movimento tem, as possibilidades que realmente tem (Entrevistado10).*

<sup>80</sup> Aqui, refiro-me aos programas de televisão, revistas e jornais que têm explorado com frequência a temática da importância da atividade física cotidiana, tais como: Globo Repórter (Programa televisivo semanal); Bem Estar (Programa televisivo diário); Vida e Saúde (Programa televisivo semanal); Boa Forma (Revista); Época (Revista); Nova (Revista); Caderno Vida e Donna (ambos da Zero Hora), entre outros disponíveis na mídia em geral, bem como as publicações das Revistas EF (Revista do Conselho Federal de Educação Física), pois estas apresentam a necessidade da Prática de atividades físicas orientadas de forma muito contundente, esses dados foram analisados em minha dissertação de mestrado (UFRGS/2010).

Diferentes entendimentos sobre a ideia da medicalização para além do uso de medicamentos foram relatados entre participantes desta pesquisa. Embora exista uma associação midiática entre as condutas mais prescritivas com as ações realizadas pelos profissionais de educação física, pode-se dizer que as impressões acerca dessa temática se diferem entre os entrevistados, pois alguns relatam sua fragilidade e outros apontam as possibilidades advindas desse discurso. Como demonstram os seguintes excertos:

*[...] eu acho que alguns norteadores como sugestão são diferentes de prescrições, e acho que prescrições estão ocorrendo a rodo dentro da nossa área (Entrevistado 1).*

*[...] compreendo as práticas de atividade física de uma maneira bastante prescritiva. [...] precisamos fazer exercício físico, precisamos brincar, precisamos ter atividades físicas ou atividades lúdicas, para não nos deprimirmos, para aumentar a quantidade de liberação de neurotransmissores, um conjunto de coisas, porque se não um ambiente corrido ou o contexto corrido da atualidade também nos afeta (Entrevistado 3).*

*[...] eu acho que talvez seja um prejuízo, até para os hábitos de qualidade de vida das pessoas, porque se a gente coloca todo mundo dentro do mesmo saco a gente não tem qualidade e, é o que se faz hoje. [...] tu colocas todo mundo no mesmo saco, tu queres emagrecer é isso aqui que tens que fazer. Na saúde: se és hipertenso, tens que parar de comer sal, tens que fazer exercício, tens que reduzir o peso, tens que tomar medicamentos, mas e o contexto? (Entrevistado 4).*

*[...] a área da saúde tem essa marca da medicalização, e ela tem essa marca porque funciona para várias coisas, e responde a muitas questões da área da saúde, ela é muito pragmática. Tu não ficas avaliando todos os efeitos possíveis e imagináveis dos medicamentos. Se tu tomas uma medicação para X e tu resolve X, mesmo que isso cause Y, aí tu tomas outro remédio que é do Y para o Y, é uma coisa mais linear essa lógica (Entrevistado 6).*

*[...] tu vais com aquela ideia de prescrição no dia a dia, só que quando tu vais para o campo, quando estás trabalhando, tu vê que aquilo ali muitas vezes não se cola à realidade daquela pessoa, e também não faz sentido. Se não atrelares essas prescrições com a questão do desejo da pessoa, do que ela dá valor, o que chama a atenção dela, o que tem sentido, por que se não, eu não vou querer estar participando daquele grupo, não vou querer estar fazendo essa atividade (Entrevistado10).*

*[...] a gente vem de uma experiência acadêmica, em que a academia está certa, então, isso é assim e assado, tem que fazer assim e assado. Para o cara perder peso, tem que caminhar com tantos por cento dos batimentos cardíacos, etc., então a gente aprendeu muitas certezas e muitas verdades. Mas, quando eu cheguei na prática não faziam muito sentido, porque pesquisar em um laboratório e depois querer botar para as pessoas na vida é outra realidade, e tem muitas coisas que não acontecem no laboratório que acontecem na vida, e que se tu não pensares naquilo, aquela pesquisa não serve para grande coisa (Entrevistado11).*

*[...] quando cheguei ao NASF e comecei a observar a realidade do que estava rolando e do que dava para fazer, o grupo fazia sempre uma escolha para tentar abranger o máximo de unidades, sempre pensando grande, mais do que pensar atendimento, pensar o grande, que possa abranger mais pessoas, e aí eu pensei o que posso fazer dentro da experiência que eu tenho [...] vou incentivar grupos de caminhada nestas unidades. [...] por um lado é muito fácil pensar assim: estão sempre prescrevendo caminhada para as pessoas, por outro lado, foram tão bons aqueles grupos, as pessoas de fato se sentiam bem, de fato precisavam daquilo, de fato se constituía como um espaço de encontro, e era o possível (Entrevistado11).*

Com base nas argumentações dos entrevistados, pode-se perceber a aproximação entre a adoção de condutas mais prescritivas com as discussões acerca da medicalização desenfreada. Inclusive, fica complicado perceber quais seriam as diferenças, na prática, entre a proposição, a imposição, a prescrição e a medicalização. Tendo em vista que a atividade física, em alguns contextos, tem sido entendida como uma alternativa de tratamento para muitos problemas. Com isso, não quero dizer que as práticas voltadas para o físico não tenham suas implicações nos níveis de saúde, pois sabe-se que a prática regular pode

trazer grandes benefícios para a saúde dos indivíduos<sup>81</sup>. No entanto, a ideia aqui é colocar em suspeita as formas como essas atividades são, de fato, ofertadas para a população, principalmente, saber se elas têm se utilizado deste discurso medicalizante como meio de justificativa para ‘conquistar’ a adesão dos usuários.

Rogério Lopes Azize (2006) comenta a frequente associação que tem sido feita entre a doença, a saúde e os chamados ‘medicamentos do estilo de vida’. Embora o autor faça o uso de exemplos relacionados ao consumo demasiado de medicamentos (remédios) e suas relações com determinadas patologias, ele também aponta para as questões desse consumo que vão para além do combate às doenças, passando por uma noção de saúde que tem, por vezes, ‘escapado’ do discurso biomédico – pelo menos oficialmente.

Nesse sentido, Azize (2006) discorre acerca do discurso biomédico presente na divulgação sobre uso de medicamentos, ou ainda, daqueles fármacos considerados como ‘medicamentos do estilo de vida’. Para ele, há uma construção publicitária que envolve a venda e o consumo dos chamados ‘medicamentos do estilo de vida’, que remete à ideia de qualidade de vida e estilo de vida.

Em outras palavras, o autor questiona a forma como medicamentos antes considerados somente como potentes drogas farmacêuticas indicadas para o controle da obesidade, da depressão e da impotência sexual (Xenical, Prozac e Viagra), tornaram-se, a partir dessa construção publicitária, ‘medicamentos do estilo de vida’, pois a administração dessas substâncias no cotidiano, além de tratar as patologias envolvidas, estaria intrinsecamente relacionada com o

---

<sup>81</sup> Ressalto que minha pesquisa não tem como foco questionar os benefícios e/ou malefícios da prática de exercícios físicos, e, por esse motivo, optei por não ampliar essa discussão. Contudo, refiro-me aos benefícios mais usualmente conhecidos: melhora da circulação do sangue; oxigenação das células e do organismo como um todo; normalização da pressão arterial; fortalecimento dos músculos; contribuição para uma melhor digestão e funcionamento intestinal; aumento à resistência, evitando a fadiga; favorecimento à perda de gordura corporal e do excesso de colesterol; melhora do sono; aumento da autoestima; entre outros.

aumento da autoestima e da qualidade de vida dos usuários (AZIZE, 2006).

Azize (2006) ainda refere que os diferentes discursos que circulam entre os laboratórios farmacêuticos, o público leigo e os diferentes profissionais da área biomédica têm promovido uma ideia de ‘super-saúde’, gerando novos usos tanto para os medicamentos quanto para a adoção de diferentes prescrições: “tratar-se-ia de um fenômeno que vem ganhando visibilidade, ao qual podemos chamar de ‘medicalização do cotidiano’, ‘da saúde’ ou ainda da vida” (AZIZE, 2006, p.03).

Perante todas as atuais possibilidades terapêuticas que têm sido oferecidas pelos medicamentos, bem como as exigências dos corpos contemporâneos, há uma nova forma de ‘pensar’ sobre o uso de medicamentos. “O uso dos remédios não precisa mais de justificativa; a sua existência já é justificativa o bastante. O que precisa ser justificado, na verdade, é a resistência a esse consumo” (AZIZE, 2006, p.14).

Para Azize (2006) o sucesso comercial de diferentes medicamentos tem como bandeira a ideia de aprimorar a qualidade de vida, e, com isso, a produção e o consumo desses medicamentos têm ganhado grande visibilidade. O autor ainda reforça o quanto essa situação se torna evidente ao comentar os apontamentos da sua pesquisa, em que seus informantes justificam o consumo de medicamentos apenas pelo fato da sua existência (AZIZE, 2006). Desse modo, cabe pensar que os indivíduos podem ser influenciados nas suas escolhas entre fazer o uso de pílulas capazes de ‘modificar’ situações da vida cotidiana, mesmo que tais situações ainda não sejam consideradas como patológicas.

Embora o foco das discussões dos autores explorados neste capítulo esteja voltado para o crescente consumo de medicamentos, em diferentes momentos os autores também referem o consumo abusivo de fármacos como subterfugio para além do controle de doenças, em uma

perspectiva direcionada para atingir níveis superiores de felicidade, bem-estar e qualidade de vida. Nesse sentido, parece-me que há certa imbricação com a temática discutida neste trabalho, qual seja de pensar na medicalização relacionada com a adoção de diferentes prescrições, como, por exemplo, a prática de exercícios físicos, a fim de viver mais e melhor.

Zorzaneli, Ortega e Júnior (2014) ressaltam o quanto as discussões acerca do conceito da medicalização têm se deslocado da definição exclusiva de doença e se aproximado da definição de sensação e ou sofrimento que a envolve, ou seja, “[...] de um estado cujas características passam a ser reconhecidas pela medicina, pelos pacientes e pela cultura como alvo legítimo de intervenção médica, terapêutica, profilática ou restauradora” (ZORZANELLI; ORTEGA; JÚNIOR, 2014 p. 1866).

Em outras palavras, é como se o nome/categoria/título da doença não fosse mais a única forma pela qual a medicalização se justificaria, pois, mesmo que os múltiplos diagnósticos possam facilitar o exercício da medicalização, para os autores ela “[...] envolveria a transformação do *pathos* em experiências medicamente descritas e manejadas” (ZORZANELLI; ORTEGA; JÚNIOR, 2014 p. 1866).

A crescente necessidade em adotar novas prescrições, a fim de manter-se mais ativo e mais feliz por mais tempo, aponta para o que Azize (2006) referiu como ‘medicalização do cotidiano’, aspecto relacionado à ideia de ‘super-saúde’. Para o autor, dentre as classes médias urbanas, passou-se a vivenciar uma cultura do bem-estar e da promoção da saúde. Nesse sentido, circula, entre o discurso leigo, a profusão de uma cultura da ‘qualidade de vida’ e da ‘promoção da saúde’, perpassada por diferentes estratégias que justificam as intervenções no corpo, não apenas nos estados de doença, como também nos estados de saúde (AZIZE, 2006). É como se as pessoas estivessem sempre em ‘débito’ com a sua saúde, buscando não apenas

‘a cura’ ou o não adoecimento, mas, como destaca Ribeiro (2003), buscando um ‘mais’, um incremento de saúde – para além de um estágio inicial sem doença ou anterior a ela.

A partir dessas colocações, cabe pensar acerca das inúmeras prescrições que os indivíduos têm adotado a fim de potencializar seus níveis de saúde. Assim, eles estão sempre em busca de novas alternativas a fim de sentirem-se cada vez mais próximos de uma vida saudável e sem riscos.

No entanto, a otimização da saúde e a patologização de problemas antes considerados como não médicos parece estar se tornando uma obsessão, transformando os indivíduos em pré-doentes, tal como evidenciado no excerto correspondente a entrevista 11 (p.81), diferentemente das condutas adotadas anteriormente que visavam, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Contudo, torna-se importante ressaltar o âmbito medicalizante em que as estratégias de promoção da saúde têm sido efetuadas e pactuadas, lembrando que essas estratégias surgem e se assentam dentro de um ideário político em prol da vida; nessa direção, elas não estão desconectadas desse contexto, ou seja, estamos vivendo sob os efeitos de uma forma específica de gerenciamento da vida – de fazer viver e de intervir para tal.

Para Foucault (2006), desde o século XVIII, o corpo, as condutas e o comportamento humano passaram a integrar o sistema de funcionamento da medicina, que se expandiu cada vez mais para além das enfermidades. De certo modo, o foco da intervenção médica é a saúde, ainda que o olhar da medicina esteja voltado para o seu contraponto, ou seja, para a doença, para o desequilíbrio e para a desordem, a justificativa para as suas intervenções estão baseados na busca por níveis de saúde, e tudo o que pode garantir essa saúde para os indivíduos, como, por exemplo, as questões sanitárias, que, na

atualidade, também são consideradas questões médicas (FOUCAULT, 2010).

Contudo, segundo Foucault (2010) a medicina estaria dotada de autoridade com funções normalizadoras, que vão para além das enfermidades. Mesmo que hoje não se tenha uma clareza sobre quais seriam os padrões de normalidade, cabe pensar acerca dessa busca, exercida pelos médicos, sobretudo, desde o início do século XX – em que se ‘instituiu’ uma sociedade da norma. Nesse sentido, o que governa a sociedade não são mais as leis, mas a busca pela restituição da normalidade, ou, ainda, pela manutenção de padrões de comportamento aceitáveis (FOUCAULT, 2010).

Segundo Foucault (2010), a medicina sempre se preocupou com aspectos para além dos doentes e das doenças e por isso ‘rompeu’ com o bloqueio epistemológico no final do século XVIII. Foucault (2010) ainda ressalta que, no século XIX, “a medicina tinha um exterior e se podia conceber a existência de uma prática corporal, uma higiene, uma moral da sexualidade, etc., não controladas pela medicina” (p.183). No entanto, o autor ainda ressalta que, nos últimos decênios a medicina parece não ter mais campo exterior.

Em outras palavras, até o século XVIII, a medicina estava, de certo modo, estagnada (científica e terapêutica), mas, quando começou a levar em conta outras questões além dos doentes, quando partiu para campos de interesse diferentes das doenças, a medicina deixou de ser essencialmente clínica e passou a ser social (FOUCAULT, 2010). Para o autor, não há medicina que não seja social, além disso, na situação atual, não há mais exterior à medicina, tudo aquilo que se quer recorrer já foi, de alguma maneira, medicalizado (FOUCAULT, 2010). Assim, pode-se pensar no uso do termo ‘medicalização’ em alusão ao processo caracterizado por uma expansão ilimitada do saber médico, como também pela função política exercida pela medicina (FOUCAULT, 2006).

Dentre as estratégias que podem ser consideradas como prescritivas/medicalizantes, ressalto que a prática de exercícios físicos – de forma prescritiva e regulamentar – também pode ser considerada uma forma de medicalizar os indivíduos. Mesmo que a inserção da prática de exercícios físicos não tenha nenhuma relação com o uso de algum tipo de medicamento (remédio), cabe pensar como tal medida também pode ser entendida de forma prescritiva/medicalizante.

De certo modo, a Educação Física tem sido usada como ferramenta de Promoção da Saúde e, nesse contexto, tem se tornado prescritiva, mais voltada, na atualidade, para os problemas de saúde/doença<sup>82</sup>, deixando as questões de lazer e estética como fatores secundários, mesmo que essas questões também estejam articuladas com o imperativo da promoção da saúde.

Corroborando com isso, aproveito para destacar o comentário do colaborador 2, ao relatar sua compreensão acerca da relação exercício físico *versus* medicação:

*[...] eu sempre costumo colocar que o exercício físico é como um remédio, mas ele não é um remédio, ele é como um remédio (Entrevistado 2).*

Embora a prática de exercícios físicos seja entendida por algumas pessoas como um remédio para os diferentes problemas, como exemplifica o excerto acima, Castiel, Guilam e Ferreira (2010) comentam que não é raro, também no contexto da atividade física, buscar a motivação para a prática em outro que não nela mesma. Desse modo, “considerar a atividade física como remédio é destituir-lhe seu caráter hedonista, inserindo-a numa lógica dita pragmática” (p. 63).

---

<sup>82</sup> Refiro-me, de modo amplo, ao que talvez possa caracterizar as variações dos objetivos e incentivos para a prática de exercícios físicos regulares. Até bem pouco tempo atrás, preconizava-se o fitness, através do condicionamento aeróbico, como principal objetivo da prática física (com objetivos primeiramente estéticos ou de lazer), o que, por vezes, parece dar lugar atualmente aos discursos sobre a questão do bem-estar e da qualidade de vida.

Para os autores, os medicamentos/remédios são utilizados para combater doenças e geralmente são amargos, ou seja, geralmente não causam nenhum tipo de prazer, salvo os casos em que são utilizados como motivação para a cura de doenças (IDEM, 2010). Ainda para os autores, a prescrição de atividades físicas como remédios e a patologização inerente do sedentarismo pouco tem servido ou ajudado para a promoção das atividades físicas como forma de prazer, mas muito tem colaborado para a manifestação cada vez maior da medicina no cotidiano das pessoas (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010).

Além disso, ressalto o quanto essa aproximação da Educação Física<sup>83</sup> com a medicalização e com as ações de ordem mais prescritiva está imersa em um contexto biomédico, ainda muito presente dentro da área, tal como exposto nos excertos mencionados anteriormente (p. 88-89). Talvez uma justificativa para a necessidade dessa ‘forte’ aproximação da área com uma postura mais prescritiva, seja ainda um reflexo de antigas concepções sobre a área da saúde que, em dado momento histórico, possibilitaram que ela ganhasse um notório destaque.

Tal como ressaltam Marco Aurélio DaRos, Ricardo Vieira e Luiz Roberto Cutolo (2005), ao mencionarem que a hegemonia do modelo biomédico se deu há mais de cem anos (1910), a partir do modelo Flexner. Lembrando que esse momento também foi marcado pela fragmentação, pela concepção positivista do processo saúde/doença, pela negação do social e do psicológico, ou seja, pela transformação do indivíduo em algo meramente biológico.

Além disso, os autores chamam a atenção para a ideia de fazer saúde somente a partir da prescrição de medicamentos e exames, enaltecendo a figura do profissional de saúde como o detentor do saber, “[...] tornando-o um ditador de regras” (DaROS; VIEIRA; CUTOLO, 2005

---

<sup>83</sup> Mais adiante, no capítulo 5, retomarei as questões referentes à Educação Física de forma mais aprofundada.

p.111). Discussão que vai ao encontro dos apontamentos referidos por Rose (1998) ao tensionar novas formas de governo a partir da *expertise*, ou seja, acerca dos especialistas<sup>84</sup>.

DaRos, Vieira e Cutolo (2005) ainda destacam que tal concepção acerca da sobreposição do biológico já sofreu grandes avanços e mudanças desde a primeira metade do século XX, com o surgimento de diferentes pesquisas, assim como pelo movimento da reforma sanitária no Brasil, contribuindo para que os profissionais e pesquisadores percebessem a evidente relação do determinante social para o processo saúde/doença (DaROS; VIEIRA; CUTOLO, 2005). Na intenção de ilustrar as contribuições de DaRos, Vieira e Cutolo, (2005), apresento as colaborações do entrevistado 5, quando refere a necessidade de ‘olhar’ e ‘tratar’ o indivíduo para além do biológico.

*[...] acho que a ação da EF, acrítica, sem muita crítica, é muito fácil a EF cair nessa lógica (medicalizante), pois a EF está totalmente capturada por isso. É o que gestores, é o que administradores, é o que os usuários esperam, e, é o que muitos profissionais acabam fazendo, [...] a ação da EF em muitos espaços de saúde ela é medicalizadora e prescritiva, e ela vem com o seguinte discurso, ‘é mais ou menos assim’: imagina um professor de EF com um bloco de receitas, sentado numa mesa e aí o indivíduo chega e o professor de EF, exatamente como uma ação que é do médico, por história, é caricata, de caricatura do médico, ele o professor de EF vai lá e diz assim: tu vais correr três vezes por semana, 15 minutos, numa marcha moderada, e vamos monitorar a tua frequência cardíaca, tu vais trabalhar na zona de 60 a 70% da tua frequência cardíaca máxima, que a gente calculou na avaliação, então tu tens que correr e a tua frequência tem que ficar entre 150 – 170 batimentos, se passar disso tu voltas aqui semana que vem que a gente reavalia. E aí tira o papel e entrega para o cara e pronto (Entrevistado 5).*

Mesmo que essa ‘postura’ mais prescritiva, e até ‘caricata’, como aponta o entrevistado acima, seja ‘questionada’ e ‘desprestigiada’ pelos próprios profissionais participantes desta pesquisa, ela parece ter

---

<sup>84</sup> Esta temática já foi mencionada no capítulo 3, durante as discussões acerca do Ideário da Promoção da Saúde.

permitido e favorecido o ingresso dos seus profissionais no campo da saúde, mais exatamente nos ambientes de saúde, tal como mencionado por alguns dos entrevistados.

*[...] entendo que a medicalização, ou que as práticas de medicalização que os profissionais de EF desenvolvem quando se inserem num setor, ou num serviço de saúde, elas não são práticas isoladas, elas são práticas que estão vinculadas a um próprio modo como a EF está sendo vista no Brasil, e que isso passa por discursos de Estado, por discursos das Instituições que formam profissionais para a área da saúde, então, a EF ao ser incorporada como uma das profissões do setor saúde no Brasil, predominantemente, vai se orientando para práticas que a identificam com a medicalização (Entrevista 3).*

*[...] a entrada da EF na saúde por mais que ela tenha sido legítima, ela seguiu e segue ainda fortemente os preceitos da medicina, que é o corpo biológico, uma visão mais biológica (Entrevistado 5).*

*[...] a gente ingressou, entrou nesse contexto da saúde muito por esse viés biológico, biomédico, mas, também acho que se não fosse isso a gente não teria a oportunidade de poder mostrar outras possibilidades (Entrevista 10).*

Os excertos acima, além de demonstrarem algumas das compreensões dos participantes sobre a Educação Física e seu viés medicalizante, apontam também para as possibilidades que têm sido criadas pelos profissionais para ‘quebrar’ esse modelo biologicista ainda muito presente na área. Cabe pensar no quanto essa questão biologicista e prescritiva da área têm favorecido os profissionais permitindo que eles ‘possam’ atuar em saúde, mas ao mesmo tempo muitos desses profissionais têm se utilizado dessa estratégia de ingresso para então agregar novas e diferentes possibilidades de atuação.

Desse modo, penso que talvez esteja ocorrendo um movimento muito relevante que deve ser observado e tensionado, pois embora a medicalização do cotidiano (entendida aqui como a adoção de inúmeras prescrições) possa parecer uma prática bem aceita e comum entre os

profissionais de educação física inseridos na saúde, ela de fato tem sido entendida muito mais como uma estratégia utilizada por eles ao ingressar nos ambientes. Isso significa dizer que tem servido como uma espécie de ‘carta de aceite’ para atuar em saúde, pois, segundo a grande maioria dos entrevistados, a prática medicalizante/prescritiva não se sustenta por muito tempo nesses espaços. Tal como pode ser observado nos excertos abaixo:

*[...] eu vejo o movimento de mudar isso, ele existe, tem bastante gente, tem mais gente trabalhando nesse sentido, fazendo críticas, fazendo análises de trabalhos na assistência em relação a esses conceitos de medicalização. [...] mas, a EF está sim capturada por isso e enfim, acho que o trabalho é longo e acho que isso ainda vai ser carregado pela EF por bastante tempo (Entrevistado 5).*

*[...] primeiro se ela (EF) vai entrar numa lógica da medicalização na saúde, ela vai ser muito criticada, não por que as pessoas não gostam, mas é por que ela é furada, por que tem gente que fica fora. É bem uma noção estatística, tem uns que ficam fora da curva e aí se torna um problema, por que tu queres resolver o problema de todo mundo, então a medicalização na saúde ela se torna problemática por que ela fura (Entrevistado 6).*

*[...] a impressão que eu tenho e do que eu vejo é assim, o profissional de EF quando ele faz essa vinculação com esse modelo mais prescritor e mais medicalizador, ele faz, na minha leitura, muito mais por uma questão de querer se sentir seguro e se afirmar na área, não por que ele efetivamente ache interessante (Entrevistado 6).*

*[...] acho que vai fazer e vai não fazer (medicalizante), depende da intenção, depende do profissional. Acho que tem muitos movimentos para que isso se desconstrua, e é uma caminhada que, enfim, ao mesmo tempo é e não é, é em alguns lugares e não é em outros, é numa pessoa e não é em outra. Às vezes na mesma pessoa é num momento e não é noutro e o discurso é muito forte (Entrevistado 11).*

A partir da possibilidade de ingresso nos ambientes de saúde, pode-se dizer que os profissionais de educação física têm tido a oportunidade de apresentar outras práticas, ou seja, outras

possibilidades de trabalhar o corpo, que levam em consideração as questões sociais, territoriais, culturais e, que, principalmente, tenham algum sentido para os usuários<sup>85</sup>.

Como pesquisadora, não posso negar minha surpresa ao perceber tal movimentação por parte dos profissionais em busca de novos 'horizontes' de trabalho no campo da saúde, pois, antes de ter contato com os relatos dos entrevistados, minhas impressões eram outras. Como não atuo com Educação Física em ambientes de saúde, e minha fonte de interesse era justamente saber como se dá a atuação nesses espaços, inicialmente cogitei, com base na minha história pessoal e profissional e dos poucos contatos que tive com profissionais que estavam atuando em ambientes de saúde, que este viés biologicista e medicalizante da área fosse a única – ou pelo menos a mais provável – realidade a ser encontrada.

No entanto, a partir dos relatos, notei que a grande maioria dos participantes percebe e se sente incomodada com o perfil prescritivo que muitos profissionais de Educação Física ainda têm demonstrado na prática e, a partir disso, buscam outros modos de atuar. Como aspecto bem importante, destaco que, em muitos locais, as atividades prescritivas ainda são solicitadas como necessidade pelos usuários, porém, os profissionais também demonstraram certa preocupação de ir além do meramente prescritivo, mesmo quando a atividade em si parece não permitir tamanha amplitude. Como pode ser visto na fala do entrevistado 10:

---

<sup>85</sup> Retomarei essas questões no capítulo 5 sobre a Educação Física.

*[...] às vezes, a prática ela faz tu te despir de uma série de coisas, a gente chegou com uma coisa e conseguimos modificar outras, para essas práticas em outros serviços, mas a gente também teve que olhar, por que o desejo daquelas pessoas lá (usuários dos serviços, mais especificamente pessoas que estavam em tratamento para dependência de álcool e outras drogas) era exercício físico prescrito, e aí como que a gente vai usar o exercício físico prescrito, a dose, dose resposta, a carga, como ferramenta para poder os fazer ampliarem o pensamento em relação a isso, então a gente foi buscar outras coisas (Entrevistado 10).*

Tendo como base os relatos de doze profissionais que atuam nos serviços de saúde da cidade de Porto Alegre, parece-me que a prática prescritiva e medicalizante ainda se faz presente em muitos espaços de saúde, em função de alguns aspectos bem significativos. Em relação aos profissionais, entendo que pode servir como uma possibilidade de ingresso, como uma ‘carta de aceite’, como uma porta de entrada para atuar nos serviços, e, ainda, como uma forma de conquistar um espaço de ‘trabalho e de mudança’, como evidenciaram os comentários acima (p.99).

No que diz respeito aos usuários, penso que a busca por atividades mais prescritivas parecem ser reforçadas por diferentes situações, como, por exemplo, a pressão midiática, o medo de adoecer e de não ter autonomia, enfim, de uma constituição do discurso da saúde baseado no risco, como abordarei na seção a seguir.

#### 4.1. O RISCO E A ADOÇÃO DE DIFERENTES PRESCRIÇÕES

Os discursos sobre a adoção de diferentes prescrições, inclusive aqueles relacionados com as mudanças no estilo de vida dos indivíduos, têm sido frequentemente associados ao gerenciamento e mapeamento de riscos. Prescrições que visam, sobretudo, mudanças nas condutas das pessoas, pois tentam definir a maneira como devemos nos comportar, incluindo desde a forma de como se escova os dentes, até a maneira de administrar relacionamentos. Essas inúmeras prescrições também têm permeado a atuação dos profissionais de educação física em diferentes espaços, como relatam os participantes 1 e 12:

*[...] infelizmente é o que acontece, eu acho que em ambientes de saúde é onde menos acontece, onde mais acontece são nas mídias, nas revistas e na TV. Em tudo que é lugar tem a receitinha de bolo, de como fazer isso, como fazer aquele outro (Entrevistado1).*

*[...] apesar da intenção está tomado, para mim a ideia da prescrição está dentro da ideia de controle e daí não está só dentro da saúde, está no trabalho que eu posso fazer de personal, está no que eu vi na academia, entre outros (Entrevistado12).*

Embora os participantes 1 e 12 tenham ressaltado que as atividades prescritivas parecem não ter tanto espaço nos ambientes de saúde onde eles atuam, cabe pensar no quanto o compromisso individual e a responsabilidade que cada indivíduo tem, ou deverá ter, com a sua própria saúde, tem de fato permeado algumas práticas, tornando-se, desse modo, o foco desses discursos que visam, sobretudo, a diminuição de risco a partir do autocuidado e da autogestão. Como pode ser visto no comentário do participante 5:

*[...] capacitar a pessoa, para que ela tenha condições na vida dela, que ela possa se cuidar um pouco melhor (Entrevistado 5).*

Ainda que a ideia apresentada pelo entrevistado 5, no excerto acima, não esteja diretamente relacionada com a condução dos modos

de viver das pessoas, neste comentário ele salienta a necessidade de capacitar os usuários dos serviços a fim de que estes possam, com o tempo, se auto gestarem. Aproximando-se, com isso, de um amplo discurso com base no risco e no grau de responsabilidade de cada um, lembrando o conceito de risco tal como Deborah Lupton destacou: o risco é uma tecnologia moral que subjuga o presente e coloniza o futuro (LUPTON, 1999).

Nesse sentido, o conceito de risco antecede uma ideia de futuro, a partir de probabilidades, tal como pode ser entendido na epidemiologia, “como uma forma de compreender e medir a probabilidade de ocorrência de agravos à saúde” (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010 p. 38). Desse modo, calcula-se que situações ocorridas no presente e/ou passado possam se repetir no futuro (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010).

Exemplifico como as ideias de autocuidado estão imbricadas com o gerenciamento do risco, retomando a fala do entrevistado 5 (p. 102), pois a necessidade em capacitar as pessoas para o autocuidado parece anteceder possíveis patologias que acometeriam os usuários que ‘não sabem cuidar de si’. Retomo, de certo modo, a ideia já discutida anteriormente de uma prevenção antecipada, mais relacionada com a possibilidade de transformar os indivíduos em pré-doentes.

Para Francisco Ortega (2008), o discurso médico tende a enfatizar a responsabilidade individual e o risco. Como exemplo disso, o autor refere o lugar em que a mulher é frequentemente posicionada nesse discurso: ‘mulher boa’ e ‘mulher má’. Sendo que a ‘mulher boa’ é aquela que se autovigia, que se cuida, que não quer onerar o sistema de saúde e nem ser um fardo para a família. Em contrapartida, a ‘mulher má’ é o oposto, a irresponsável, a que não se vigia, a que não se importa em ser uma carga para os demais.

Nesse contexto, Dagmar Meyer, Luís Henrique dos Santos, Dora de Oliveira e Daniela Wilhelms (2004), ao abordarem a temática do uso de preservativos a partir de anúncios televisivos na ótica de agentes comunitários de saúde de Porto Alegre, destacaram as interpretações sobre o que vem a ser uma “mulher sem-vergonha” e um “traidor responsável”, designações que enfatizam a responsabilidade individual e o risco, tanto do homem que trai, como da mulher que não deve ter vergonha de exigir o uso de preservativos.

Essa análise nos permite pensar acerca das representações ‘morais’ que cercam os discursos com base no risco, como, por exemplo, algumas interpretações reveladas pelos agentes participantes sobre a iniciativa do uso de preservativos por parte das mulheres, definindo tal atitude como algo de caráter duvidoso, como uma referência de promiscuidade.

Corroborando com isso, chamo a atenção para as diferentes justificativas, amplamente utilizadas e divulgadas, para o surgimento de inúmeros programas do ideário da promoção da saúde. Tendo em vista que a grande maioria dos programas implementados a fim de promover saúde têm como base para sua implantação os índices relativos ao acometimento de doenças. Em outras palavras, a base para a implantação desses índices leva em consideração o risco de adoecimento da população, o grau de dependência e a possível oneração por parte do Estado. Distanciando-se, desse modo, dos preceitos que norteiam o ideário da promoção da saúde e aproximando-se do conceito de prevenção de doenças (BUSS, 2003; 2009 e CZERESNIA, 2003; 2009).

Como exemplo disso, destaco o programa Agita Brasil (BRASIL, 2002b), que tem como ‘bandeira’ a promoção de saúde, mas as justificativas para a sua implantação e manutenção estão baseadas em parâmetros quantitativos, relacionados ao acometimento de doenças e

ao risco de morte e/ou invalidez por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Para Alan Petersen *et al.* (2010), o ‘risco’ tem servido como uma ferramenta para o autogovernamento, pois informa as diretrizes dos comportamentos tidos como saudáveis; além disso, o discurso do risco traz o futuro para o presente. No entanto, Castiel, Guilam e Ferreira (2010) ressaltam que a transformação e a restrição das condutas e dos comportamentos das pessoas através da proposição de estratégias com base no risco produzem ansiedades e inseguranças. Porém, os autores esclarecem que

[...] não se trata aqui de fazer a apologia incauta e displicente da exposição desenfreada a reconhecidas ameaças à saúde e à vida, mas de mostrar como esse ambiente ‘riscofóbico’ pode configurar uma estratégia limitante [...] (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010 p. 9).

Segundo Sérgio Carvalho (2004), o conceito de risco pode ser considerado como estruturante do ideário da promoção da saúde contemporânea, pois, ele subsidia as estratégias e as múltiplas ações que tem objetivado as contribuições e as escolhas individuais em relação aos hábitos de vida saudáveis, ações que tem como referência as Políticas Públicas Saudáveis<sup>86</sup>. O autor ainda refere que, as Políticas Públicas Saudáveis são entendidas como estratégias políticas que visam à promoção da saúde da população e têm como principais pontos para análise de tais estratégias, as categorias de risco e empoderamento (CARVALHO, 2004).

Mesmo que tais categorias (risco e empoderamento) sejam consideradas como pontos principais para análise, na visão de Carvalho (2004), pode-se dizer que elas atuam como parâmetros das políticas de saúde. Em outras palavras, o risco de adoecimento e acometimento de diferentes patologias serve como um ‘termômetro’ para a elaboração e

---

<sup>86</sup> Entende-se por Políticas Públicas Saudáveis, as estratégias políticas que visam à promoção da saúde da população, tendo como pontos para análise de tais estratégias as categorias de risco e empoderamento. Vide: Carvalho, 2004.

construção de novas estratégias, enquanto o empoderamento traz consigo uma ideia de dar maior autonomia para os indivíduos a partir da inserção e participação destes na implantação de novas estratégias. Para Dora Oliveira (2005), o fato de ser ou estar *empowered*<sup>87</sup>, “significa ter autonomia para fazer escolhas informadas, objetivo primordial da promoção da saúde” (p.428).

Nesse contexto, a prevenção estaria atuando como um tipo de mapeamento dos possíveis riscos. No entanto, esse risco não estaria relacionado com um determinado perigo previamente imposto por algo ou alguém, mas à relação associada de um conjunto de fatores que o tornarão possível (RABINOW, 1999). Assim, a prevenção moderna atua como vigilância, sem focar no indivíduo diretamente, mas nas prováveis ocorrências de patologias, de comportamentos reprováveis a serem minimizados e de comportamentos saudáveis a serem cada vez mais maximizados (RABINOW, 1999). Mesmo contando com toda essa vigilância, torna-se importante frisar que nem sempre as previsões são corretas e imediatas, logo, não existem garantias de proteção eterna, pois “[...] o risco é uma entidade probabilística” (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010 p. 12).

As diferentes formas de prevenção dos riscos têm ressaltado, cada vez mais, a necessidade da produção de um indivíduo que é capaz de gerir a sua própria vida, um ‘autor da sua própria saúde’, tendo como prêmio, pela sua devoção e comprometimento, uma longevidade mais saudável (CASTIEL e GUILAM, 2007b). Mesmo que esses indivíduos não possam viver por mais anos, promete-se a eles, mais vida aos anos<sup>88</sup>. Em outras palavras, agrega-se aos discursos toda uma noção de vitalidade para aqueles que adotarem as infinitas prescrições acerca da incorporação de comportamentos mais aceitáveis na evitação dos riscos.

---

<sup>87</sup> Mantenho o termo *empowered*, conforme utilizado pela autora Dora L. Oliveira (2005).

<sup>88</sup> Conceito amplamente difundido por diversos autores que têm trabalhado com as questões sobre estilo de vida, os quais referem que há toda uma multiplicidade de conceitos para definir o que seria um estilo de vida saudável. No entanto, eles assumem como conceito aquele que em sua prática e conjunto “ajuda a adicionar anos à vida e vida aos anos” (MADUREIRA, FONSECA e MAIA, 2003 p.55).

Nesse ideário do gerenciamento do risco e da expansão do mercado biomédico, os indivíduos têm como tarefa o autogovernamento, responsabilizando-se pelas suas ações em relação às suas formas de agir, optando pelas melhores escolhas e pelas medidas preventivas consideradas mais adequadas (PETERSEN *et al.*, 2010).

Os incentivos para a adoção de comportamentos mais apropriados têm, de certo modo, se utilizado da produção do sentimento de culpa como um de seus grandes aliados na busca por mais adeptos, assim como podem também fazer o uso de outro tipo de componente da culpa, com características mais transitórias e, com menos intensidade, mas que costumam favorecer o “senso de ridículo – o sentimento de vergonha” (CASTIEL e GUILAM, 2007b, p. 160). Por exemplo, as chacotas que têm por finalidade ridicularizar as pessoas que sofrem de algum tipo de transtorno de imagem corporal que podem gerar o sentimento de vergonha, causando maior sofrimento para esses indivíduos (CASTIEL e GUILAM, 2007b).

A culpabilização referente ao fracasso recorrente da impossibilidade de alcançar/manter os ideais de saúde coloca os indivíduos, na maioria das vezes, em posições de sujeitos ‘fracos de vontade’, como destacou Francisco Ortega (2008). Com isso, eles têm sido vistos como culpados da sua condição de doente, pois fizeram escolhas, reduzindo, desse modo, o sofrimento alheio, colocando esses indivíduos no alvo de uma repulsa moral.

Nesse sentido, as opções de escolhas em relação à adoção de comportamentos aceitáveis para desviar os possíveis riscos parecem estar tomando o lugar das antigas preocupações dos indivíduos que se centravam, na maioria das vezes, nos meios de prevenção às grandes epidemias (LUPTON, 2000; CASTIEL e DIAZ, 2007a; VAZ *et al.*, 2007).

Para Carvalho (2004), os indivíduos têm certa tendência ao fazer as suas ‘escolhas’, pois acabam – na maioria das vezes – por seguir as

normas e regras já previamente reguladas e concebidas pelos parâmetros formulados pelas Políticas Públicas Saudáveis (CARVALHO, 2004). Cabe ressaltar que essas escolhas – se é que podem ser consideradas como tal – não ocorrem por acaso, no vácuo, pois se referem ao contexto social em que são previamente determinadas, sendo que o ambiente nos impõe certos limites para escolher (OLIVEIRA, 2005).

Desse modo, como refere Oliveira (2005), independente da escolha que se faça, “seria uma ilusão pensar no ‘ato de escolher’ como resultado de um estado de pura liberdade” (p. 429). No que diz respeito às escolhas relacionadas ao modo de viver, Castiel, Guilam e Ferreira (2010) ressaltam que nós estamos em um momento em que não há como não escolher, tendo em vista a grande quantidade de opções que nos interpelam ao longo do dia. Para eles, “não apenas seguimos estilos de vida, mas somos obrigados a fazê-lo – não há outra escolha que não seja escolher – algo deve ser escolhido” (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p. 48). Por outro lado, cabe pensar no quanto essa necessidade de escolha, de forma compulsória, parece reforçar alguns movimentos extremistas, como, por exemplo, o apoio ao califado, ou o retorno da ditadura militar<sup>89</sup>.

No que se refere às práticas realizadas pelos profissionais de educação física nos ambientes de saúde, o ato de ‘escolher’ parece ter ganhado um status bastante significativo, pois percebe-se que, para os entrevistados, esse ‘ato’ definirá se o indivíduo deseja ou não participar dos processos terapêuticos disponíveis. Como demonstro abaixo:

*[...] o trabalho em saúde é muito desafiador, por que depende de muita coisa e no final das contas depende da escolha do usuário (Entrevistado 11).*

<sup>89</sup> Ressalto aqui o comentário realizado pelo professor Doutor Alex Branco Fraga, durante minha qualificação (nov. 2014), acerca da necessidade de escolher, de forma compulsória, como um reforço para os movimentos extremistas, como, por exemplo, o apoio ao califado ou o retorno da ditadura militar.

As cobranças em relação à vigilância da própria saúde e de como as diferentes escolhas poderão ‘mudar’ o futuro dos indivíduos têm se apresentado em diversos meios. Sendo que, tais situações nos interpelam quando olhamos uma revista, uma propaganda de televisão, no supermercado, na internet, entre outros. Como exemplo, ressalto uma campanha apresentada na internet e na televisão em Portugal, denominada – “Muda as estatísticas<sup>90</sup>”, promovida por uma marca de refrigerantes, que, embora comercialize um produto que não pode ser considerado saudável, apresenta em sua campanha diversas estatísticas previstas para 2030. Essas estatísticas apontam para um futuro de dependência, obesidade, estresse, entre outros problemas, causados pela falta de comportamentos entendidos como saudáveis. Todavia, a ideia central da campanha é propor que todas as estatísticas podem ser ‘mudadas’ quando os indivíduos mudam também as suas escolhas e comportamentos.

O mais interessante desse tipo de campanha é a forma como o indivíduo passa a ser responsabilizado pelas suas escolhas, e de como tais escolhas poderão afetar não só a ele, mas a população em geral. No caso da campanha citada, o mesmo produto que parece causar danos à saúde propõe aos seus consumidores mudanças em relação aos hábitos de vida, todavia, eles deverão permanecer consumindo o seu produto. Esse tipo de estratégia tem sido frequentemente adotada nas diferentes campanhas publicitárias, principalmente naquelas vinculadas aos produtos considerados como não saudáveis.

Percebe-se que tais campanhas buscam oferecer ‘possibilidades<sup>91</sup>’ – nem sempre reais – de o indivíduo continuar consumindo os seus produtos considerados como não saudáveis, e fazendo outras ‘escolhas’

---

<sup>90</sup> A campanha “Muda as Estatísticas” foi promovida pela marca Coca-Cola em Portugal, e provavelmente deverá se expandir para outros lugares do mundo, por ser uma marca mundial. A campanha pode ser visualizada no site: <http://youtube/pbgW7IE6EmU>, disponível em 05/06/2013.

<sup>91</sup> Refiro-me às inúmeras vezes em que diferentes produtos como refrigerantes e outros propõem em suas campanhas que os indivíduos pratiquem atividades físicas regularmente e tenham uma alimentação balanceada, como possibilidades de manter uma vida mais saudável e equilibrada.

capazes de melhorar a sua condição de saúde, pois, de certa forma, eles ‘escapariam’ de quaisquer responsabilidades pelos efeitos dos seus produtos nos consumidores.

Mais do que isso, há toda uma rede de informações para que o indivíduo se torne um vigilante da sua própria saúde. Como exemplo, pode-se pensar acerca das embalagens dos alimentos que apresentam uma série de informações, incluindo desde os valores energéticos, até os ingredientes utilizados na confecção dos produtos. Nessa perspectiva, o indivíduo tem se tornado cada vez mais responsável pelas suas escolhas, tendo em vista que ele foi informado sobre o que estaria consumindo.

Reforço ainda que a responsabilização pessoal acerca das escolhas se torna evidente ao retomar a compreensão do entrevistado 11 (p.108), quando menciona a necessidade imposta para o usuário – independente de esse sujeito ter ou não condições para isso – de escolher se deseja ou não se comprometer com o ‘plano terapêutico ofertado’. Porém, a transformação dos indivíduos em vigilantes e autores da sua própria saúde tem como contraponto o descontentamento, ou seja, o aumento das insatisfações em relação às infundáveis cobranças que ele se impõe.

Para Maria Elisa Ferreira *et al.* (2005), cria-se um círculo vicioso baseado na cobrança pessoal, ou seja, quanto mais o indivíduo se concentra nas mudanças corporais, mais insatisfeito ele fica. Nessa direção, retomo a fala do entrevistado 11 (p. 81), pois o participante questiona o quanto as exigências impostas pela mídia em geral, bem como os discursos acerca das mudanças corporais têm colaborado para a produção de novos modos de pensar sobre o que seria estar saudável/doente.

Ao conversar com os participantes desta pesquisa em relação à autonomia e ao autocuidado, pude perceber que entre os entrevistados

há uma ideia comum em relação ao cuidado em saúde. Os participantes entendem como ponto importante do plano terapêutico, possibilitar que os indivíduos desenvolvam suas tarefas diárias com maior autonomia e autocuidado, a partir das atividades realizadas nos serviços, sejam elas quais forem (grupos de conversa, ginástica, pilates, boxe, musculação, entre outras), como exemplifico no excerto a seguir:

*[...] o cuidado em saúde onde há troca de informações, de conhecimento, onde se busca estabelecer vínculos de confiança e afeto, onde existe uma relação horizontal. A ideia é através da troca de conhecimentos construir novas possibilidades, onde o usuário se responsabiliza junto com os profissionais que o acolhem na resolução das demandas trazidas por ele, que o atendimento prestado pela equipe de saúde estimule a autonomia dos usuários (Entrevistado 10).*

A ideia explicitada no excerto acima de proporcionar através das práticas maiores níveis de autonomia e autocuidado, tem seu aspecto positivo, principalmente, quando isso ocorre a partir das demandas dos usuários, como referiu o entrevistado 10. Na fala do participante, também aparece a ideia de que o usuário deverá se responsabilizar pela sua saúde, embora essa responsabilização apareça aqui de forma aparentemente conjunta, ou seja, entre usuário e equipe. Contudo, cabe pensar se na prática cotidiana essa ‘responsabilidade de manter os níveis de saúde’ não acaba recaindo somente sobre o usuário, em função das suas escolhas, do seu estilo de vida, do seu grau de adesão, entre outros.

A mesma rede que transforma os indivíduos em vigilantes e responsáveis por suas escolhas também oferece cada vez mais opções de risco, como relata Rui Gomes (2009), ao dizer que “são cada vez maiores as opções e as ofertas de estilos de vida que promovem o álcool, os estimulantes, as drogas de lazer e a vida sedentária” (GOMES, 2009, p. 24). Além disso, existem aqueles sujeitos que buscam – com prazer – estilos mais arriscados de viver, através de atividades sexuais sem proteção, de automutilações, de esportes de alto risco, de concursos de

sobrevivência em condições extremas, entre outros tipos de riscos (ORTEGA, 2008; GOMES, 2009).

No entanto, assim como alguns sujeitos são capturados pelos discursos de responsabilização pessoal e acabam tornando-se eternos vigilantes, existem aqueles que resistem e que se opõem a essa máxima da vida cotidiana. Nas palavras de Deborah Lupton,

[...] as pessoas podem não aceitar os conselhos de saúde pública ou de promoção de saúde devido a um sentimento consciente de frustração, ressentimento ou tristeza, ou porque elas obtêm maior prazer e satisfação através de outras práticas de si, ou porque experimentam uma necessidade inconsciente que as faz assumir posições de sujeito e práticas corporais alternativas (LUPTON, 2000, p.18).

Para exemplificar a falta de aceitação quanto às investidas da saúde pública mencionada por Lupton (2000), destaco o fato da existência de indivíduos que tanto transmitem como desejam – ou pelo menos se colocam em situação de contato de forma consentida – a infecção por doenças sexualmente transmissíveis, tais como o HIV. Mesmo com todos os ‘avisos’ da saúde pública sobre os riscos que esses sujeitos estão expostos, eles geralmente associam-se em grupos que buscam o mesmo tipo de prazer ou simplesmente ignoram toda e qualquer orientação advinda da saúde pública, mais conhecidos como *roleta russa do sexo*<sup>92</sup> e o *clube do carimbo*<sup>93</sup>.

A resistência à adoção de comportamentos mais aceitáveis a fim de evitar os riscos não impede que o indivíduo não seja culpabilizado

---

<sup>92</sup> A prática conhecida como roleta russa do sexo, acontece quando um ou dois integrantes do grupo (de 5 pessoas, por exemplo) têm diagnóstico comprovado de HIV, e em um determinado momento, todos se relacionam sexualmente sem proteção, deixando o contágio ocorrer como uma ‘surpresa’, semelhante à roleta russa tradicionalmente conhecida, em que uma arma de fogo é carregada somente com uma bala e todos os integrantes devem puxar o gatilho de forma aleatória, sendo que o objetivo é manter-se vivo.

<sup>93</sup> Recentemente, ocorreram denúncias na mídia em geral sobre o que foi denominado como clube do carimbo, que se configura como um grupo de indivíduos que possuem diagnóstico de soropositivo e alegam ter relações sexuais desprotegidas com o maior número de pessoas, a fim de ‘carimbar’ o maior número de indivíduos, com consentimento ou não daqueles que são ‘infectados’.

pela sua condição de saúde, bem como, ele poderá ser ‘acusado’ de onerar o Estado por resistir às investidas de toda essa rede que tem amparado os diferentes discursos sobre a manutenção da saúde corporal.

Nesse contexto, Vaz *et al.* (2007) referem que principalmente para o saber médico é como se o indivíduo contraísse uma dívida, podendo ser cobrada na forma de adoecimento ou morte precoce. Esse discurso de manutenção e responsabilização pessoal posiciona os indivíduos como empresários, empresários de si mesmos, como refere Paula Sibilia:

[...] tornando-se gestores de si, planejando as próprias vidas como os empresários delinham as estratégias de seus negócios, avaliando os riscos e fazendo escolhas que visem maximizar a sua qualidade de vida, otimizar seus recursos pessoais e privados, gerenciando as opções de acordo com parâmetros de custo benefício, *performance* e eficiência [promete-se àqueles que se engajam nisso “mais vida”] (SIBILIA, 2002, p.197).

Independentemente de ter alguma garantia de ‘mais vida’, ou ‘créditos de vida’, a dúvida sobre as reais consequências em resistir aos discursos da adoção de comportamentos mais aceitáveis na evitação dos riscos favorece a captura de muitos adeptos às modalidades de gestores de si ou empresários de si. Esse talvez seja um dos fatores mais significativos da adequação dos sujeitos no cuidado de si, mas, essa modalidade exige muita força de vontade e disciplinamento dos indivíduos, pois “a moralização decorrente chega a ser implacável no julgamento àqueles que não conseguem se *adequar*: os indolentes, os incapazes, os fracos” (SIBILIA, 2009, p.36).

Embora eu não vá prolongar a discussão acerca do consumo de diferentes substâncias, caberia aqui referir, como um exemplo dessa situação, a relação do consumo de cigarro atualmente. Pode-se dizer que, nos últimos anos, ocorreram mudanças significativas em relação ao consumo desse produto, ou seja, o discurso que antes referia o uso

de cigarros como uma forma de ‘status’, agora repreende e controla cada vez mais aqueles que os utilizam. Em outras palavras, os ‘mesmos’ indivíduos que outrora foram incentivados a consumir cigarros, hoje sofrem com as restrições de espaços para o consumo, além de serem responsabilizados e culpabilizados pelos seus possíveis problemas de saúde.

Autores como Ortega (2008) e Gomes (2009) comentam que a autogestão e o automonitoramento têm como características a autoperitagem, ou seja, o indivíduo assume como compromisso pessoal conhecer e controlar as suas taxas corporais – níveis de glicose; colesterol; triglicerídeos; e outros. Em outras palavras, os conhecimentos que antes eram entendidos como propriedades exclusivas das ciências da saúde e dos seus especialistas, hoje circulam livremente pela mídia em geral e são monitorados pelos indivíduos.

Para Gomes (2009), “a autogestão da saúde põs o sujeito diante da necessidade de gerir a economia do seu próprio corpo” (p.26). Convém pensar no quanto os indivíduos têm sido interpelados com informações sobre os níveis ideais de saúde, ou seja, mais do que simplesmente conhecer esses dados, os indivíduos são convidados a assumir como responsabilidade diferentes prescrições a fim de atingir tais níveis, assumindo assim uma postura de gestor de si, tal como referiu Sibilía (2002).

Para Ortega (2008), o olhar censurador do outro é o que modela tanto o corpo quanto o ‘self’<sup>94</sup>, provocando nos indivíduos uma introjeção do risco. Tal situação tem como resultado a constituição de sujeitos mais controlados, mais responsáveis, e que buscam através das suas escolhas condições de saúde mais aceitáveis, além do aperfeiçoamento estético do corpo e o distanciamento dos riscos. Embora eu não vá alongar essa discussão com relação ao olhar do

---

<sup>94</sup> Mantenho o termo ‘self’, utilizado pelo autor Francisco Ortega (2008), para representar o ‘eu’, ‘ego’, como um ‘eu interior’.

outro, penso que a constituição do risco, tal como Ortega discute, pode estar imbricada com a produção de sujeitos mais ‘interessados e comprometidos’ com a sua própria saúde.

Assim, penso que o grau de adesão aos diferentes programas terapêuticos que visam sobretudo a promoção da saúde, mesmo que se apresentem mais relacionados com um discurso da prevenção de doenças, podem ser influenciados. Desse modo, entendo que as práticas ofertadas pelos profissionais de educação física nos espaços de saúde podem ser de algum modo alteradas, de forma positiva ou negativa. Como meio de ilustrar essa ideia, saliento a compreensão do entrevistado 12, ao relatar como as estratégias relacionadas à promoção da saúde estão de algum modo atreladas ao grau de envolvimento dos indivíduos.

*[...] a promoção da saúde no fim é a busca de vida e amor, e se a pessoa já não está numa certa caminhada nisso, não tem como ele passar para muitas pessoas. Se tu não vives, não faz sentido, não tem como passar para o outro, se não vive a promoção da saúde, ela não vai ter sentido e tu não vais fazer nem para ti nem para os outros. O externo são reflexos de ti sempre, e daí neste sentido acaba não acontecendo muita coisa (Entrevistado12).*

Ao pensar sobre esse ideário que permeia a adoção de inúmeras prescrições com base no risco e do quanto essas prescrições podem ser entendidas como estratégias medicalizantes, discuto, no capítulo a seguir, como a Educação Física tem atuado nos serviços de saúde a partir de sua regulamentação e inserção no campo.

## 5. A EDUCAÇÃO FÍSICA E A INSERÇÃO NA SAÚDE

*[...] a EF entra, ela por si só entra na saúde, ela não chegou batendo na porta da medicina, da enfermagem, da biologia, dizendo olha eu também sou da área da saúde, eu quero... Não, ela não precisou bater na porta e pedir para entrar, ela simplesmente entrou a partir da sua essência, do seu fazer (Entrevistado 5).*

Início este capítulo trazendo a fala do entrevistado 5 a fim de ilustrar as questões sobre as quais procurei me debruçar durante a construção desta tese, no que compete aos caminhos que a Educação Física tem traçado enquanto campo de saber, principalmente a partir da sua regulamentação e sua inserção no campo da saúde.

A Educação Física tornou-se profissão regulamentada em 1º de setembro de 1998, a partir da Lei 9696/98, sendo que nesse mesmo momento instituíram-se também os respectivos Conselhos da área, o Conselho Federal de Educação Física (CONFEF) e os Conselhos Regionais (CREFs). Dando continuidade a todo o processo de regulamentação e reconhecimento, nesse mesmo ano, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a partir da Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998, redimensiona a posição da Educação Física, colocando-a entre as quatorze (14) áreas da saúde, possibilitando com isso que a Educação Física passe a ter um espaço de atuação no SUS (BRASIL, 1998a; 1998b).

Na Lei 9696/98, mais especificamente no artigo 3º, ficaram estabelecidas as competências do profissional de educação física: coordenar; planejar; programar; supervisionar; dinamizar; dirigir; organizar; avaliar e executar trabalhos; programas, planos e projetos, como também prestar serviços de auditoria, consultoria e assessoria, realizar treinamentos especializados, participar de equipes multidisciplinares e interdisciplinares e elaborar informes técnicos, científicos e pedagógicos, todos nas áreas de atividades físicas e do desporto (BRASIL, 1998a). Tais competências foram revisadas e

complementadas pelo Conselho Federal de Educação Física em 18 de fevereiro de 2002, a partir da Resolução do CONFEF nº 046, no art. 1º, tal como segue:

Art. 1º - O Profissional de Educação Física é especialista em atividades físicas, nas suas diversas manifestações - ginásticas, exercícios físicos, desportos, jogos, lutas, capoeira, artes marciais, danças, atividades rítmicas, expressivas e acrobáticas, musculação, lazer, recreação, reabilitação, ergonomia, relaxamento corporal, ioga, exercícios compensatórios à atividade laboral e do cotidiano e outras práticas corporais, tendo como propósito prestar serviços que favoreçam o desenvolvimento da educação e da saúde, contribuindo para a capacitação e/ou restabelecimento de níveis adequados de desempenho e condicionamento fisiocorporal dos seus beneficiários, visando à consecução do bem-estar e da qualidade de vida, da consciência, da expressão e estética do movimento, da prevenção de doenças, de acidentes, de problemas posturais, da compensação de distúrbios funcionais, contribuindo ainda, para consecução da autonomia, da autoestima, da cooperação, da solidariedade, da integração, da cidadania, das relações sociais e a preservação do meio ambiente, observados os preceitos de responsabilidade, segurança, qualidade técnica e ética no atendimento individual e coletivo (CONFEF, 2002)<sup>95</sup>.

A partir desse documento, o Conselho pretendia, sobretudo, reafirmar e estabelecer as formas de intervenção profissional e os campos de atuação dos profissionais de educação física. Considerando, no entanto, que para que os profissionais pudessem exercer sua profissão em qualquer instância previamente determinada nessa Resolução, eles deveriam estar – além de diplomados em Educação Física – devidamente registrados nos respectivos Conselhos, Federal e Regional. Entretanto, tal situação de obrigatoriedade quanto ao registro profissional e os campos de atuação têm servido de mote para muitas disputas no campo, principalmente entre aqueles que discordam e os

---

<sup>95</sup> Resolução disponível no site do Conselho: [http://www.confef.org.br/extra/resolucoes/conteudo.asp?cd\\_resol=82](http://www.confef.org.br/extra/resolucoes/conteudo.asp?cd_resol=82), em 17 de junho de 2013.

que concordam com tais normatizações impostas pelo respectivo Conselho<sup>96</sup>.

Toda a movimentação e publicação recorrente da regulamentação da área da Educação Física tem apresentado diferentes vertentes, basicamente dividindo-se entre aqueles que são contra tal regulamentação e os que apoiaram e continuam a defender as formas de atuação dos respectivos Conselhos<sup>97</sup>. Não tenho a pretensão de enaltecer e nem de desmerecer nenhuma das vertentes, mas pretendo discutir como algumas questões referentes ao campo da Educação Física têm de fato impulsionado a emergência dessa área como uma importante parceira das políticas públicas de saúde no que diz respeito às mudanças nos modos de vida dos indivíduos na prevenção de riscos à saúde.

Não posso negar que existem alguns pontos da regulamentação que me causam certa estranheza, principalmente no que diz respeito às ações de vigilância realizadas pelos respectivos Conselhos. Não que elas não possam existir, mas questiono como essas ações de controle e diligência têm sido executadas e os motivos pelos quais essas ações de policiamento dos profissionais e espaços têm ocorrido.

Assim, reforço a ideia apresentada por Alexandre Vaz (2001) ao dizer que entre as motivações da regulamentação está implicada a necessidade de uma demarcação do mercado de trabalho dos profissionais de educação física, como “mola propulsora da vida deles” (VAZ, 2001, p.21). Para o autor, não é a preocupação com o mercado que incomoda, mas a adesão incondicional, ou o que ele chama de *servidão voluntária*, de quanto os profissionais se tornam insensíveis ao visualizar a sua profissão respeitada e reconhecida.

---

<sup>96</sup> Em anexo, apresento alguns exemplos das investidas do CONFEF/CREF acerca da necessidade de registro e escopo de atuação, tal como aparecem nas publicações (REVISTA EF) enviadas aos profissionais de educação física.

<sup>97</sup> Refiro-me às diferentes publicações que podem ser acessadas no site do Conselho Federal de Educação Física (CONFEF) <http://www.confef.org.br/extra/conteudo/default.asp?id=346> e no blog do Movimento Nacional Contra a Regulamentação (MNCR) <http://mncref.blogspot.com>.

Mesmo que essa discussão acerca de uma ‘*servidão voluntária*’ da forma como foi apontada por Vaz (2001) possa estar um pouco desatualizada perante as publicações mais recentes da área, que têm mostrado novas opções de mercado e campo de atuação para a Educação Física, entre os entrevistados nesta tese, a busca por um espaço de trabalho reconhecido no campo da saúde, bem como, o futuro desse profissional nesses espaços, ainda parece ser um ponto de ‘preocupação’, tal como destacam os excertos abaixo:

*[...] considero o profissional da EF bastante tímido, bastante restrito nesses espaços, [...] composto por hospitais, postos de saúde, farmácias populares, laboratórios (Entrevistado 3).*

*[...] eu ainda não vejo uma definição sobre o futuro profissional da EF na área da saúde. Acho que a saúde tem convocado mais clareza, até por que a saúde precisa resolver o problema prático (Entrevistado 6).*

A timidez e a indefinição sobre o futuro desse profissional mencionada nos excertos em destaque parecem estar relacionadas com o fazer da Educação Física no campo da saúde, em como esse ‘fazer’ poderá gerar novos rumos para a profissão, entre eles, novas oportunidades de inserção no campo<sup>98</sup>. Sem querer aprofundar essa discussão, outra possibilidade de tensionamento acerca da necessidade da demarcação de espaço profissional é o ‘ideário da especialidade profissional’, amplamente difundido pelo CONFEF.

Em outras palavras, o Conselho entende que toda atividade relacionada com a área da Educação Física, como as atividades físicas, seriam de exclusividade dessa especialidade profissional, ou seja, de domínio exclusivo da Educação Física. Sendo que o trabalho em saúde enseja profissionais mais generalistas, com uma visão mais ampliada

<sup>98</sup> Retomarei mais adiante a questão sobre o fazer da Educação Física na Saúde de acordo com as colaborações dos entrevistados.

acerca da promoção da saúde da população, isto é, espera-se que os profissionais inseridos nos ambientes de saúde sejam trabalhadores em saúde, antes de qualquer outro título ou especialidade. Além disso, tal questão também vai ao encontro dos apontamentos realizados por Rose (1998), já mencionados anteriormente, acerca dos especialistas<sup>99</sup>.

Outra questão abordada por Vaz (2001) nas discussões sobre a regulamentação profissional – como mal-estar – é a ‘criação’ dos ‘inimigos’ da área, aqueles dos quais os profissionais da área devem e deverão defender-se. Para ele, existem dois grupos: os leigos e os profissionais de outra área, sendo que, entre os leigos encontrar-se-iam pessoas que, por vezes, têm certa experiência, mas não são diplomados em Educação Física.

O grupo dos profissionais teria a participação de diferentes personalidades acadêmicas, como os fisioterapeutas, os médicos, os pesquisadores, os antropólogos, entre outros. No entanto, o autor reforça a relação de forças que se percebe aqui, pois

[...] é interessante que o "inimigo" apareça, pelo menos desde meus tempos de graduação, com a cara do fisioterapeuta, uma profissão da área da saúde, frequentemente vista como subordinada à medicina. Digo isso porque é por aí, como área da saúde subordinada à medicina, mas sem necessariamente atacar o médico, com o qual se procura forte identificação/vinculação, é que passa a legitimação do "profissional" da Educação Física, o que sem dúvida provoca decorrências e nos coloca impasses (VAZ, 2001, p.22).

Corroborando com a questão da regulamentação, gostaria de chamar a atenção para a missão do sistema CONFEF/CREF, que diz garantir à sociedade o direito constitucional de ser atendida no que corresponde às atividades físicas e esportivas por profissionais de educação física<sup>100</sup>, e tem como valores para a sua atuação, a legitimidade, a tradição, o comprometimento, a cooperação, a

<sup>99</sup> Discussão já realizada no capítulo 3 sobre o ideário da Promoção da Saúde.

<sup>100</sup> Disponível em: <http://www.confef.org.br/extra/conteudo/default.asp?id=45>, data do acesso 17/06/2013.

tolerância, a democracia, o saber profissional, a solidariedade e, por fim, a responsabilidade social. No entanto, me parece que, na prática, as ações dos respectivos Conselhos estão mais voltadas para a ‘captação e registro’ dos profissionais e seus espaços de trabalho do que para a qualidade que esses serviços têm, de fato, apresentado<sup>101</sup>.

Mesmo que o objetivo deste trabalho não seja problematizar a regulamentação profissional por si só, julgo interessante pensar sobre as ações restritivas<sup>102</sup> dos Conselhos perante seus profissionais, pois a inserção e a atuação dos profissionais de educação física em diferentes espaços está de fato à mercê dessa regulamentação. Mais do que isso, cabe pensar acerca do quanto esse processo de regulamentação pode estar colaborando com a adoção de uma postura mais biomédica e prescritiva dos profissionais da área, a fim de demarcar novos espaços de atuação. Em especial, a atuação nos serviços de saúde que prevê – pelo menos em termos teóricos – que o profissional possa atuar em parceria, visando o bem estar e a promoção da saúde da população, de forma integral, multiprofissional e interdisciplinar com outras áreas da saúde, sem a necessidade de uma legitimação e uma sobreposição de profissões.

Parece-me que a relação de trabalho com outras profissões decorre de uma necessidade emergente do campo da saúde, tal como aponta o participante 4:

---

<sup>101</sup> Refiro-me a toda a manifestação repressiva apresentada pelos próprios Conselhos (CONFED/CREF) em suas revistas, boletins informativos, sites, entre outros. Locais onde os Conselhos normalmente publicam suas apreensões, tanto de ambientes funcionando sem registro, quanto de profissionais que não estão em situação regular com o Conselho. Além da ampliação e alargamento do poder de ‘pólicia’ que o CONFED tem tido ao exigir que para a atuação em qualquer nível, inclusive o escolar, concursos, entre outros, que os profissionais tenham que ter registro no respectivo Conselho.

<sup>102</sup> Considerando como ações de restrição o impedimento para exercer a profissão em alguns dos espaços de trabalho, por exemplo, os ambientes de saúde, onde segundo o Sistema CONFED /CREF, não é permitido que licenciados em Educação Física atuem, mesmo que não tenha nada na Legislação Federal vigente referente à área que os impeça. No entanto, há toda uma movimentação de muitos profissionais que já recorreram à justiça e estão atuando com a utilização de liminares nos espaços de saúde.

*[...] existe legislação que coloca a EF também como um profissional dentro dessa lógica da multiprofissionalidade que se tem, e, que se busca hoje como modelo na saúde, como um dos profissionais que cabe nessa construção do SUS, da qualidade de vida das pessoas (Entrevistado 4).*

Ao entendermos a saúde como uma importante dimensão para a qualidade de vida, e, como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal (BRASIL, 2002a), não caberia a uma única profissão dar conta de diferentes lacunas relativas aos fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, que podem interferir positiva ou negativamente na saúde da população.

Porém, as ingerências do Conselho em relação à regulamentação da Educação Física, tal como está proposta, pode também estar provocando certa retração e timidez dos profissionais em relação à atuação e ao futuro profissional nas equipes de saúde, como foi mencionado pelos entrevistados 3 e 6, nos excertos acima (p. 119). Além disso, na prática cotidiana, o trabalho em equipe multiprofissional ainda parece ser muito incipiente, conforme aponta o entrevistado 1:

*[...] que as pessoas têm que sofrer intervenções de equipes multidisciplinares e não sei o que, está ótimo lá no livro, só que não existe nenhuma relação entre estes diferentes profissionais, na maioria das vezes existe intervenção em áreas que não são da sua alçada, é assim com a fisioterapia, com a nutrição, com a EF e com a medicina (Entrevistado 1).*

Nesse sentido, Daniela Minelli, Jeane Soriano e Paula Fávoro (2009) destacam que a percepção de outras profissões sobre o papel da Educação Física em equipes multiprofissionais ainda parece necessitar de esclarecimentos. Ao entrevistarem profissionais pertencentes às equipes de saúde, as autoras perceberam que, embora os entrevistados reconheçam a importância da Educação Física para o campo da saúde, eles não souberam identificar e relatar quais seriam as reais

habilidades desenvolvidas pelos profissionais de educação física no campo.

Tal consideração parece aproximar-se das dificuldades apresentadas pelo entrevistado 6 (p. 119) ao mencionar uma falta de ‘clareza’ sobre a atuação do profissional de educação física, principalmente acerca do plano terapêutico, como pode ser visto no complemento abaixo:

*[...] um profissional bem direcionado, mas com poucos recursos ainda é mais eficaz, mais efetivo, do que um profissional cheio de recursos sem intencionalidade. O cara que sabe desde o esporte até luta e dança, mas ele não tem nenhuma clareza de a que veio. (Entrevistado 6)*

Ainda sobre a atuação dos profissionais de educação física nas equipes multiprofissionais, destaco que entre os entrevistados a grande maioria relatou já ter passado alguma dificuldade em relação ao trabalho em equipe. Os principais pontos de tensão referidos pelos participantes estão direcionados para as habilidades que são desenvolvidas pelos profissionais de educação física que, por vezes, parecem não seguir uma ‘linha’ comum de trabalho.

Em outras palavras, é como se cada profissional de educação física tivesse que ‘inventar’ um método de trabalho diferente, quando, na realidade, a grande maioria dos participantes relata que está em busca de ‘adaptar e qualificar’ o trabalho às necessidades da comunidade. Porém, tal conduta, por vezes, pode parecer uma ‘deficiência’ da área quanto à objetividade necessária para a construção do plano terapêutico.

\*\*\*\*\*

A Educação Física, enquanto campo de saber, tem como um de seus compromissos zelar pela saúde e bem-estar da população, além da preocupação com a promoção da saúde e a prevenção de doenças dos cidadãos. Portanto, cabe ressaltar que as mudanças nos estilos de vida da população têm sido utilizadas como potentes estratégias de ação da área a fim de se firmar também no campo da saúde, mesmo que os discursos acerca das mudanças nos modos de viver não tenham surgido inicialmente no campo da Educação Física.

As ideias acerca das mudanças nos modos de vida tiveram seu reconhecimento a partir do ideário da promoção da saúde, situadas no âmbito do discurso biomédico, pois visavam, sobretudo, a diminuição dos fatores de risco para o adoecimento, bem como a diminuição significativa nos custos gerados pelas diversas enfermidades por parte do Estado. Desse modo, a Educação Física (entre outras áreas) incorporou as preocupações acerca do modo de viver das pessoas como estratégias de atuação, pois, além de ser considerada uma mudança de baixo custo – pelos menos em termos teóricos –, conta com a participação e a responsabilização pessoal como aliadas neste processo de captação de mais adeptos.

Nessa direção, pode-se dizer que a máxima do estilo de vida ativo tornou-se foco de seu discurso e a Educação Física – a partir desse modo de atuação – passou a ser considerada como uma área muito próxima do ideário da promoção da saúde. Com relação à adoção de estilos de vida ativos, Fraga (2005) refere o quanto essa noção “dissemina-se como um dos mais preciosos elementos de promoção da saúde e bem estar, qualidade de vida e longevidade” (p.28). O autor ainda destaca que o “estilo de vida ativo funciona como uma espécie de ‘nome fantasia’ da atividade física associada à saúde, esta que há muito tempo tem sido a ‘razão social’ da educação física” (p.44).

Em um dos editoriais da Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde<sup>103</sup>, os autores Mathias Loch e Alex Florindo (2012) ressaltaram que, nos últimos anos, as possibilidades de inserção do profissional de educação física na saúde pública aumentaram significativamente, corroborando para o crescimento e o reconhecimento da atividade física como promotora de saúde. Para eles, isso decorre, provavelmente, em razão da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e das Residências Multiprofissionais (LOCH e FLORINDO, 2012). Contudo, para alguns dos participantes desta pesquisa, a inserção dos profissionais de educação física na saúde pública ainda é pouco explorada, tal como pode ser visto nos excertos abaixo:

*[...] a EF, ainda não está inserida no mercado da saúde, no SUS, mesmo que existam legislações e pessoas em alguns lugares. [...] a minha visão é assim, se colocou uma legislação dizendo que a EF também é uma formação para trabalhar na saúde e aí se abriu poucas vagas para dar conta desta legislação. [...] se esses profissionais realmente estivessem inseridos nesses espaços de atenção primária, nas Unidades básicas, eles poderiam contribuir muito com o processo multiprofissional. E não seria a EF, mais uma especialidade, mas na lógica que se dá ao sistema de ser um trabalhador da saúde, que vai contribuir com os seus conhecimentos, que é um trabalhador que está ali para discutir as questões do usuário ou do processo de trabalho, num fluxo de trabalho com os demais profissionais e as suas especialidades [...] mas, vejo que não está inserido ainda, não temos estes profissionais, não tem ninguém aqui nas Unidades básicas, que eu saiba não tem na saúde, nas Unidades de Porto Alegre, tem alguma coisa relacionada a saúde mental onde está mais avançado, mas mesmo assim é pouco, é um aqui outro lá no Y, até no X tem uns dois ou mais (Entrevista 4).*

*[...] eu vou pensar em Porto Alegre, por exemplo, quais as oportunidades que tem para educador físico dentro da área da saúde? Concurso público? Contrato? Não tem! Os lugares que têm são hospitalares, contratos em outras clínicas, tem CAPS que tem educador físico, mas por que o CAPS é vinculado ao hospital ou por que para esse serviço migrou algum profissional da educação. Mas, não que esse profissional seja considerado da saúde. Ele foi para lá, entrou, agregou*

<sup>103</sup> Refiro-me ao Editorial da Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde 17(2) de abril de (2012).

*nesse serviço e com isso vêm outras importâncias e a possibilidade de fazer, mas até hoje na capital do nosso Estado não tem concurso específico para educador físico, para esse cargo na área da saúde (Entrevista 10).*

*[...] na Atenção básica ainda não, se entrou, a forma como entrou é talvez através de algum NASF (Entrevistado 12).*

Inúmeros processos têm ocorrido no campo da Educação Física e da Saúde Coletiva para que a situação apontada pelos entrevistados 4,10 e 12 acerca da falta de oportunidades de atuação no campo da saúde seja de fato superada, visando um estreitamento da Educação Física com o sistema de saúde. Ressalto que este estudo leva em consideração as vivências e as compreensões de doze (12) profissionais que estão atuando na cidade de Porto Alegre/RS, o que talvez demonstre apenas uma pequena parcela da realidade que envolve a área da Educação Física.

Entre os diferentes processos para uma maior inserção da Educação Física no Sistema de Saúde, parece que a criação e a implantação das Academias da Saúde reforçam a importância do profissional de educação física como um aliado do ideário da promoção da saúde, já que a composição da equipe para atuar nos polos conta com a possibilidade de inserção desses profissionais, amparados pela Portaria n.186 de 14 de março de 2014 (BRASIL, 2014b) e, como mencionado no capítulo anterior, ainda permite pensar que esses mesmos profissionais possam ser considerados como os principais atores deste processo.

Ainda que, a proposta da Academia da saúde pareça ser um grande avanço em termos de promoção da saúde da população, pois pretende atuar a partir de um conceito ampliado de saúde. E, talvez esse seja um dos espaços de maior inserção dos profissionais de educação física nos próximos anos. No entanto, por estar inserido em um setor de controle de doenças e agravos não transmissíveis (DANTS) que atua geralmente com base no risco, na prática, o programa poderá

também traçar novos rumos, talvez mais direcionados ao controle de DCNT e com isso apresentar traços bem prescritivos.

Como contraponto àqueles entrevistados que consideram a inserção da Educação Física ainda tímida e/ou distante do campo da saúde, ressalto que, entre os colaboradores, apareceram compreensões bem diferentes acerca desta temática, ou seja, que a Educação Física já estaria inserida na área da saúde há bastante tempo, por convocação do próprio campo da saúde, e também em função das suas possibilidades de atuação, como pode ser observado nos excertos que seguem:

*[...] enquanto campo de saber há muito tempo, na verdade há muito tempo a EF tem uma ligação com a área da saúde, as perspectivas de saúde vigentes pelo menos (Entrevistado 11).*

*[...] EF na saúde a entrada dela começa a ser mais por convocação da saúde, por isso que eu digo a questão de 2010, porque é quando começam as discussões de academia da saúde, doenças crônicas não transmissíveis, que tem uma área meio cinza, que nenhum objeto profissional meio que dá conta, e aí, as pessoas adoecem disso, enfim, a saúde pragmática precisa resolver este problema. Daí o profissional de EF surge para essa parte (Entrevistado 6).*

Embora a Educação Física esteja legalmente vinculada como uma das profissões da área da saúde, há mais de uma década, pode-se dizer que todo este processo de inserção e atuação nos ambientes de saúde ainda é recente, mesmo considerando a Educação Física como uma das áreas que tem, desde a sua origem, uma forte e estreita relação com a saúde.

Segundo Yara Carvalho (2012), para que os indivíduos possam alcançar os níveis desejados de saúde, os profissionais envolvidos deverão levar em consideração outras questões além da prática de atividades físicas e do acesso aos serviços médicos-assistenciais, ou seja, é necessário que a Educação Física esteja aberta a “ouvir, estudar, analisar e avaliar o que se pensa e se faz em saúde hoje, especialmente

na sua dimensão coletiva, pública e social” (CARVALHO, 2012, p.22-23). A autora ainda ressalta que há uma inexplicável falta de vínculo da Educação Física com o serviço público, por mais que a área esteja produzindo (falando/escrevendo) em prol de questões que envolvam a saúde, tais como a qualidade de vida e o bem-estar (CARVALHO, 2012).

A partir da falta de vínculo, mencionada por Carvalho (2012), entre a Educação Física e o serviço público, retomo alguns apontamentos realizados pelos entrevistados no que diz respeito às dificuldades encontradas por eles ao ingressarem no serviço de saúde.

*[...] é uma área de trabalho extremamente interessante, só que revela uma carência bastante grande na nossa formação, por que a gente está acostumado normalmente a trabalhar com o indivíduo saudável, [...] mas não é o que acontece na nossa área (Entrevistado 1).*

*[...] a base curricular de formação licenciatura ou bacharelado, eu acho ela muito pobre ainda, ela não entra na questão da doença, ela entra com uma ideia generalista que o exercício físico faz bem para a saúde (Entrevistado 2).*

*[...] quando a gente faz a faculdade, a gente tem um ideal, na faculdade a gente tem um ideal para tudo, tem tudo à disposição, a gente pode pensar, tem tempo, todo mundo quer realizar. E quando a gente vai para a experiência prática, não é bem como funciona, não é assim, tem dificuldades, tem falta de estrutura, [...] tem outros fatores sociais que prejudicam ou que podem causar algum tipo de dificuldade para a realização das atividades (Entrevistado 4).*

*[...] na minha inserção profissional dentro da saúde eu acabava me deparando com situações de trabalhar com aqueles usuários, com situações que a minha formação, com disciplinas, nos trabalhos, enfim, não dava conta. Aquele discurso de que o indivíduo que caminha três vezes por semana, etc., eu estava lidando ali com esquizofrênicos, com doenças crônicas, com algo já bem estacionado, bem instituído na vida daquelas pessoas, que aquele discurso que eu ouvi na faculdade não contemplava as ações dali, então tive que buscar outros, tive que ir atrás de várias coisas (Entrevistado 5).*

Mesmo que eu não tenha a intenção de discutir aqui os processos de formação dos profissionais de educação física, penso que cabe

salientar os apontamentos realizados nos excertos acima, principalmente no que diz respeito à falta de 'preparo' para atuar com indivíduos considerados como não saudáveis.

Ainda que a formação ou a base curricular não seja tema de discussão aqui, essa informação acerca de uma carência da área para atuar em ambientes de saúde pode redirecionar as práticas, ressaltando, talvez, a falta de vínculo entre a Educação Física e o serviço público, mencionada por Carvalho (2012), ou ainda, possibilitando uma aproximação com questões mais biomédicas e prescritivas. Nessa direção, é bem provável que muitas propostas direcionadas à promoção de saúde possam estar servindo como estratégias de prevenção, causando certa confusão em relação aos conceitos e metas de programas, como mencionado por Czeresnia (2009) e Buss (2009).

Retomo a discussão apresentada por Bueno (2012) ao comentar, em sua dissertação, um dos argumentos mais contundentes do sistema CONFEF/CREF para a regulamentação da profissão, em que chamam a atenção para necessidade de proteção à saúde da população (por exemplo, ao praticar atividades físicas sem orientação e com isso provocar danos à saúde). Porém, a autora salienta que essa forma de pensar a saúde relaciona-se diretamente com uma lógica biomédica, focada para os conhecimentos mais fisiológicos, ou seja, uma lógica meramente prescritiva com base no risco (BUENO, 2012).

Chamo a atenção para a inegável preocupação apresentada pelos participantes desta pesquisa, com relação às ações profissionais intimamente ligadas com a questão biomédica, assim como com a falta e/ou carência na preparação para atuar nos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, parece que essas dificuldades serviram (e têm servido) para mobilizar novos saberes, permitindo também pensar novas formas de intervenção, que podem ter o potencial para desmistificar as ações meramente prescritivas.

Pode-se dizer que a grande maioria dos entrevistados tem se preocupado em ofertar práticas para a população que possam proporcionar algum 'sentido' nas suas vidas. A fim de exemplificar essa mobilização, apresento abaixo algumas das ideias relatadas pelos participantes:

*[...] a gente tem que entender se isso (AF) faz sentido para as pessoas. Esse é o meu ponto, as pessoas elas têm que se envolver na atividade física, exercício físico, prática corporal, o que a gente quiser nomear de movimento corporal, elas têm que se envolver em algo que faça sentido para elas. [...] claro que é importante ter diretrizes, nortes a serem seguidos, nortes objetivos traçados e tal, mas, acho que essa questão do que significa e do que faz sentido para cada uma das pessoas é que a gente tem que pensar e problematizar um pouco mais. [...] eu provoço os caras, eu provoço muito neste sentido o que te faz levantar da cadeira, o que te movimenta, o que faz sentido para ti e tal (Entrevistado 5).*

*[...] o bom o profissional de EF que está lá, ele precisa produzir sentido no usuário em relação a sua atuação profissional (Entrevistado 6).*

*[...] promovemos saúde não só oferecendo atividades que tenham o papel de auxiliar a um "não estado de doença", mas também quando temos um olhar atento às demandas mais escondidas dos alunos, quando temos uma escuta para as suas dificuldades, quando proporcionamos atividades que desafiem as pessoas a alcançar metas, a superar dificuldades, acreditar em si (Entrevistado 7).*

Fabiana Freitas, Yara Carvalho e Valéria Mendes (2013) discutem, em seu ensaio, a fragilidade da formação em Educação Física no que diz respeito ao trabalho em saúde, bem como, as possibilidades que têm surgido para que a área venha a atuar em saúde de forma a dialogar com outras profissões, com o serviço de saúde e com os usuários. As autoras ainda comentam que, apesar do surgimento de diferentes propostas de formação, a Educação Física ainda aparece fortemente orientada pela dimensão técnica e pela dimensão biologicista de saúde e doença (FREITAS; CARVALHO; MENDES, 2013).

Ao referirem os saberes e as práticas da Educação Física na atenção básica em saúde, as autoras ainda identificaram duas tendências dominantes, uma delas voltada para a questão mais biomédica e a outra que articula estudos entre a Educação Física e a Saúde Coletiva. Com vistas a colaborar com os excertos apresentados anteriormente (p.130), em que os participantes sugerem práticas que proporcionem certo ‘sentido’ para os usuários, chamo a atenção para o viés, apontado pelas autoras, como articulador entre a Educação Física e a Saúde Coletiva, pois me parece aproximar-se da prática relatada. Já que, segundo as autoras, esse viés leva em consideração

[...] modos de intervir baseados no acolhimento, na produção de novos padrões de subjetividade, no vínculo, na não segmentação das intervenções por condição clínica, de gênero ou ainda de faixa etária, na autonomia, bem como no trabalho com os sujeitos adoecidos em detrimento do foco nas doenças (FREITAS; CARVALHO; MENDES, 2013, p.648).

Ao problematizar a aproximação da Educação Física à Saúde Coletiva, Carvalho (2012) menciona o quanto seria produtivo o uso do referencial das ciências humanas para que os profissionais pudessem compreender mais adequadamente as suas práticas, em outras palavras, que pudessem, com isso, assumir, de certo modo, uma função sanitária.

[...] considerando, os fatores culturais, históricos, econômicos e políticos, de modo que faça contraponto à visão estritamente biológica do corpo e revelando os elementos da cultura corporal como manifestações e expressões humanas, portanto, com historicidade e significado (CARVALHO, 2012, p.25).

Nesse sentido, destaco a fala do entrevistado 6 que refere o quanto a saúde delega a necessidade de uma ‘clareza’ no que corresponde ao fazer da Educação Física no campo da saúde, tal como pode ser visto no excerto abaixo:

*[...] eu acho que saúde delega para EF uma clareza, que a própria EF não tem, é meio que diz assim: eu preciso resolver este problema certo, a gente acha que tu és o profissional responsável, eu não sei dizer exatamente o que tu podes fazer, mas tu deves saber, tu te formaste, e aí te coloca ali. E aí isso para mim é o que começa a ser um marcador do problema da EF na área da saúde, por que daí o projeto profissional acaba sendo individual, o cara que sabe fazer sei lá, ginástica chinesa ele vai aplicar em tudo, esse vai ser o recurso terapêutico para tudo. Então se for um grupo de idosos ele faz Tai chi, se for um grupo de crianças ele faz Kung Fu; tem a que sabe fazer ginástica; o que sabe arte circense; o que sabe esporte vai fazer oficina de esporte para tudo, futebol para crianças, dança e assim vai. E aí tu não tens uma diversidade de recursos que não são exatamente terapêuticos, para mim a EF ela acaba entrando com um objeto profissional muito mais tangencial ao tratamento, mas isso não quer dizer menos importante. E a saúde começa a reconhecer que a sua atuação não é exclusivamente clínica (Entrevistado 6).*

Percebe-se, a partir do comentário realizado pelo participante 6, bem como nos excertos anteriormente citados que tratavam praticamente da mesma questão – o fazer da Educação Física nas equipes de saúde (p.123) – um tensionamento comum entre os participantes da pesquisa. Isso ocorre porque a maioria dos entrevistados mencionou a existência de projetos terapêuticos mais individualistas e relacionados com a vivência pessoal dos profissionais. Não obstante, essa falta de ‘clareza’ quanto ao plano terapêutico mencionada no excerto acima, pode sugerir certa ‘dispensabilidade’ da atuação do profissional, tal como pode ser visto na fala do participante 6:

*[...] ela (a área da saúde como um todo) não vai ser muito compreensiva e nem tolerante com o profissional de EF que diz, eu não trato nada só faço promoção da saúde, desse modo ele se torna um profissional muito dispensável (Entrevistado 6).*

No entanto, isso não quer dizer que paralelamente não estejam acontecendo outros ‘movimentos’ que tendam a aprimorar as práticas no sentido de buscar meios em que os usuários sejam atendidos a

partir dos seus anseios. Além disso, tais movimentos parecem favorecer aqueles profissionais de educação física que desejam assumir como metodologia de trabalho um estilo de plano terapêutico mais coerente, segundo os entrevistados. Em outras palavras, um plano terapêutico que se relacione positivamente com os desejos da população e com a pragmaticidade inerente ao campo da saúde, conforme mencionado pelo próprio participante 6.

Para a maioria dos participantes deste estudo, as práticas corporais surgem como principal ferramenta de trabalho para a criação de um bom plano terapêutico, pois elas levam em consideração o respeito à escuta, à promoção da saúde, à autonomia e ao autocuidado, permitindo também uma maior adesão por parte dos usuários dos serviços. Como exemplifico abaixo:

*[...] eu acho que as Práticas Corporais, [...] elas são a nossa característica, elas são a ferramenta do nosso núcleo profissional e eu considero sim que ela tem que ser exigida. Se eu fosse gestor eu gostaria, se eu estou contratando um educador físico para cá, que tenha cursos, que faça essas coisas (escuta), mas que trabalhe com práticas corporais, porque foi por isso que a gente fez uma formação nisso, por isso que a gente estuda e sabe da importância dela, então, se eu sei da importância dela eu tenho que promover isso, essa é a melhor forma de contribuir com essa promoção da saúde, [...] para mim ela (PC) é a nossa principal ferramenta. E o trabalho do educador físico, para mim, ele é muito complicado se ele não estiver atrelado à ação de promover essas práticas (Entrevista 10).*

Para Ari Lazzarotti Filho *et al.* (2010), o termo práticas corporais vem sendo utilizado na literatura desde 1995<sup>104</sup>, sendo que, a partir dos anos 2000, o termo ganhou certa relevância acadêmica e, portanto, passou a ser utilizado com maior frequência (IDEM, 2010). Alguns autores como Yara Carvalho, Alex Fraga e Ivan Gomes têm se dedicado a discutir a temática das práticas corporais no campo da saúde nos últimos anos, através da produção de pesquisas, artigos, livros e

<sup>104</sup> Os autores fazem referência ao texto “Concepções de gênero nas práticas corporais de adolescentes” – publicado na Revista Movimento, de autoria de Alex Branco Fraga.

seminários que se propunham a discutir essa temática em profundidade<sup>105</sup>.

Embora o termo apareça em documentos oficiais<sup>106</sup>, em sua grande maioria aparece ao lado das atividades físicas, separadas por uma barra, como possibilidade de ação para promover a saúde da população “para além dos programas e iniciativas que focam na prática de atividade física” (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2013b p. 13). Segundo Carvalho, Fraga e Gomes (2013b), o conceito de práticas corporais pode ser entendido como um contraponto àquelas intervenções e discussões centradas exclusivamente na atividade física. Para os autores, o conceito “está diretamente vinculado à crítica contemporânea relativa às práticas em saúde” (p. 13).

No Glossário Temático da Promoção da Saúde, o termo práticas corporais pode ser entendido como:

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) (BRASIL, 2012d p. 28).

Mais do que isso, o documento salienta também a necessidade de se levar em conta as diferentes manifestações relativas à cultura corporal das comunidades, pois tais manifestações estão impregnadas de significados previamente atribuídos pelos diferentes grupos. Assim, deve-se considerar tanto a organização cultural quanto as vivências lúdicas, tendo em vista que existem várias formas de práticas corporais (BRASIL, 2012d).

---

<sup>105</sup> Aqui, estou me referindo aos materiais e eventos produzidos pelo projeto interinstitucional realizado sob a coordenação dos autores Alex Branco Fraga, Yara Carvalho e, Ivan Marcelo Gomes, intitulado: “*Políticas de Formação em Educação Física e Saúde coletiva: atividade física/práticas corporais no SUS*”, constituído por três grupos de pesquisa em Educação Física, quais sejam: Políticas de Formação em Educação Física e Saúde – POLIFES (UFRGS); Educação & Saúde Coletiva & Filosofia (USP); Laboratório de Estudos em Educação Física – LESEF (UFES).

<sup>106</sup> Refiro-me, por exemplo, aos documentos como a PNPS (2006a) e a PNPIC (2006b).

Fraga, Carvalho e Gomes (2013b) chamam a atenção para o quanto o conceito de práticas corporais vai além de simplesmente nomear as atividades físicas, pois, a partir delas, torna-se possível a valorização do significado das atividades físicas para os indivíduos que as praticam. Nesse sentido, o que dita a diferença nas práticas corporais consideradas idênticas são os seus objetivos e significados elaborados por aqueles que as propõem e realizam. Entre os diferentes objetivos que motivam as práticas, estariam questões como o lazer, a reabilitação, a prevenção de doenças, o desempenho, a promoção de saúde e muitos outros (FRAGA *et al.*, 2013a).

Conforme aponta Fraga, Carvalho e Gomes (2013b), as práticas corporais apresentam-se como meio de interferir significativamente nos processos de saúde-doença, pois esse conceito, além de ter grandes potencialidades para isso, atua de forma imbricada aos princípios norteadores do SUS, ampliando, desse modo, as estratégias de cuidado no que diz respeito ao esperado na atenção básica de saúde (IDEM, 2013b). Mesmo que o conceito de práticas corporais se apresente como uma estratégia com grandes potencialidades, como visto acima, Fraga, Carvalho e Gomes (2013b) mencionam o quanto esse tema ainda tem sido pouco explorado, ressaltando a baixa produtividade acadêmica e literária, inclusive dentro da própria área da Educação Física.

Nessa direção, Filho *et al.* (2010) comentam o quanto a Educação Física, em comparação a outros campos de conhecimento, ainda pode ser considerada como uma área nova, no que diz respeito a sua configuração como campo acadêmico. Para os autores, isso se deve, em grande parte, à instabilidade na produção acadêmica da área que se “[...] apresenta dispersa, tal como a socialização desta, em certa medida, pulverizada por diferentes campos com os quais estabelece interface (FILHO *et al.*, 2010, p. 12)”.

Os autores ainda questionam o quanto a falta de consenso da área acerca de conceitos básicos tem revelado certa falta de sincronia

teórico-metodológica comum entre os membros dessa comunidade acadêmica. Conceitos como atividade física e exercício físico, por exemplo, geralmente aparecem em documentos como se fossem sinônimos, porém, tratam-se de conceitos que visam ações de intencionalidades diferenciadas<sup>107</sup> (FILHO *et al.*, 2010).

Embora exista falta de sincronia teórico-metodológica dentro da Educação Física, como mencionado por Filho *et al.* (2010) e descrito em alguns dos comentários dos participantes desta pesquisa, não posso negar minha surpresa ao perceber que, na contramão disso, também há um ‘posicionamento diferenciado’ muito forte entre os profissionais que conversaram comigo, principalmente, acerca do fazer da Educação Física no campo da saúde. Assim sendo, parece-me que tal posicionamento aponta para certa indignação por parte dos participantes, principalmente no que diz respeito aos conflitos teórico-metodológicos que a área parece defrontar-se ao adentrar no campo da saúde.

Muitos dos participantes declararam conhecer as carências da área, tanto no que condiz à formação quanto à atuação, e salientam como maiores dificuldades para o educador físico a falta de embasamento teórico para atuar com aqueles indivíduos considerados como não saudáveis. Além disso, o próprio ambiente de trabalho parece não favorecer muito, pois, na maioria dos casos, os locais determinados para a prática são muito restritos às questões de falta de espaço físico e de perturbação por parte de outros funcionários e/ou usuários das Unidades Básicas.

Um dos entrevistados salientou o quanto a Unidade é um ambiente doente e de como isso interfere nas atividades propostas.

---

<sup>107</sup> Segundo o Glossário temático de Promoção da Saúde (BRASIL, 2012d) o conceito de atividade física estaria relacionado a todo movimento corporal que produza um gasto energético acima dos níveis de repouso, já o exercício físico abrange as atividades físicas realizadas a partir de um planejamento e de uma estrutura repetitiva, que visa, sobretudo, o desempenho e/ou a melhoria e manutenção de um ou mais componentes da aptidão física.

Segundo ele, tornando-se quase impossível realizar algumas atividades de caráter mais introspectivo com os usuários, pois geralmente para que as sessões de práticas consideradas como introspectivas – Tai Chi; Meditação; Alongamento; entre outras – tenham efeito, é necessário certo nível de concentração, o que, por vezes se torna impossível, principalmente em um ambiente onde as pessoas estão em situação de sofrimento e em busca de respostas para sanar seus diferentes níveis de dor. Entretanto, como mencionei anteriormente, essas e outras dificuldades têm impulsionado os participantes desta pesquisa a buscar novas estratégias de atuação, que visam, sobretudo, aproximar a prática dos anseios dos usuários.

Neste grupo de entrevistados, foi possível perceber que a estratégia que mais tem provocado mudanças significativas, segundo os relatos dos participantes, é a inserção das práticas corporais (PC) como metodologia de trabalho. Para eles, as práticas corporais representam um novo modo de pensar e fazer em Educação Física, principalmente no que se refere ao trabalho em saúde.

Desse modo, parece-me que as estratégias práticas mais prescritivas – embora ainda façam ‘parte’ do cotidiano e da inserção dos profissionais de educação física nos ambientes de saúde – estão ‘sendo’ sutilmente substituídas por ações que visam um bem estar geral do usuário, em sua dimensão cultural, social, física e psicológica, ou seja, para além de uma preocupação meramente biológica.

Diante das considerações apresentadas pelos participantes, parece-me pertinente retomar a problematização que impulsionou a escrita desta tese, que se pautava no tensionamento do modo como os processos de prescrição de exercícios físicos nos ambientes de saúde poderiam se constituir, também como uma forma de medicalização do cotidiano dos usuários dos serviços.

Além disso, este estudo pretendia versar sobre como a Educação Física tem se aliado a esse discurso medicalizante promovendo-o de algum modo a fim de se constituir e se afirmar enquanto campo de saber na área da saúde. Embora os comentários de alguns participantes e a própria bibliografia, por vezes, pareçam fortalecer os processos de prescrição constituindo as ações dos profissionais que estão atuando nos serviços como práticas medicalizantes, por outro lado, pode-se dizer que a grande maioria dos profissionais entrevistados está atuando, de certo modo, na contramão de uma prática entendida como prescritiva medicalizante.

A intenção relatada pelos participantes de ofertar aos usuários atividades que façam ‘sentido’ para suas vidas, utilizando em sua maioria as práticas corporais como metodologia de trabalho, reforça a ideia apontada por Fernando González (2015), ao mencionar a importância da inserção das práticas corporais, “não apenas como uma possibilidade de atividade física, e sim como uma prática social de cuidado em saúde” (GONZÁLEZ, 2015, p. 136).

Desse modo, pode-se dizer que a atuação dos profissionais tem se afastado das práticas meramente prescritivas, centradas exclusivamente no biológico. No entanto, cabe ressaltar que as práticas de caráter prescritivo medicalizante não foram totalmente abandonadas ou excluídas do cotidiano dos entrevistados, tal como pode ser visto em diversas passagens do texto. A grande diferença entre as perspectivas iniciais deste estudo e o que se pode constatar a partir do material empírico, está pautada em como tais ações prescritivas têm sido de fato realizadas pelos participantes.

Em outras palavras, as práticas prescritivas medicalizantes, apesar de ocorrerem ainda dentro da área da Educação Física em sua atuação nos diferentes ambientes de saúde, ocorrem muito mais na direção de uma necessidade de aceitação por parte do próprio campo da saúde. Ou seja, acontecem como uma espécie de carta de aceite – como

já mencionado anteriormente – e não mais por uma adesão incondicional aqueles métodos centrados no biológico como única possibilidade de trabalho.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Durante o desenvolvimento desta pesquisa, procurei analisar e problematizar a inserção e a atuação dos profissionais de educação física nos diferentes ambientes de saúde do município de Porto Alegre/RS. Além disso, me propus a discutir como os processos de prescrição de exercícios físicos nesses ambientes também podem se constituir numa forma de medicalização do cotidiano dos usuários dos serviços. Esse tensionamento envolveu, principalmente, a análise das compreensões acerca do modo como a Educação Física tem se aliado ao processo medicalizante em curso no âmbito da sociedade, apresentadas por profissionais da área, que estão ou estiveram recentemente inseridos no trabalho em saúde.

A escolha pelo método de entrevistas favoreceu o surgimento de inúmeras contribuições, que auxiliaram na problematização acerca dos diferentes caminhos que a Educação Física tem tomado nos últimos anos, e do quanto esses percursos têm influenciado nas práticas nos serviços de saúde. Mais do que isso, a utilização dos excertos oriundos das contribuições dos participantes ao longo desse estudo demonstrou minha intenção em possibilitar que o leitor percebesse como os percursos que a Educação Física tem tomado, enquanto campo de saber, tem, de fato, refletido na atuação dos profissionais.

No primeiro capítulo, apresentei minhas principais intenções, apontando meus objetivos, bem como a problemática que envolveu a construção desta tese. Nesse capítulo, também mencionei de forma breve os principais referenciais teóricos, sobre os quais me debrucei para analisar e problematizar a atuação dos profissionais de educação física em ambientes de saúde.

A construção e as escolhas metodológicas que permearam este estudo compõem meu segundo capítulo, no qual discorro sobre o uso do método de entrevistas com base em autores como Uwe Flick, Bauer & Gaskel, Maria Cecília Minayo e Rosa Maria Hessel Silveira. Nesse

capítulo, também explico detalhadamente a forma como contatei e realizei as entrevistas, em sua maioria online, com doze profissionais de educação física que estão ou estiveram recentemente atuando em diferentes ambientes de saúde do município de Porto Alegre/RS.

O uso das entrevistas de forma geral pode parecer como um dos métodos mais utilizados para a comunicação e para a coleta de dados, como referiu Minayo (2010). Ou ainda, como destacou Silveira (2007), muitas vezes as entrevistas são tomadas como simples técnicas, sem um aprofundamento por parte dos pesquisadores sobre as reais implicações existentes na escolha por esse método. No entanto, saliento o quanto tive dificuldades e surpresas com a utilização das entrevistas, principalmente no que diz respeito à abordagem de algumas temáticas que permitiram vários tensionamentos para além das minhas expectativas iniciais. Embora eu tenha elencado categorias de análise a priori, ao escutar as compreensões dos participantes, muitos desdobramentos foram surgindo, o que colaborou significativamente para a escrita da tese.

O fato de ter entrevistado doze profissionais de diferentes espaços de saúde possibilitou ter uma visão mais ampliada acerca da prática e dos contextos de cada ambiente no dia a dia do trabalho em saúde. Mesmo que muitos profissionais ainda atuem de forma mais individualizada, ou seja, desconectado de um trabalho em equipe, como mencionado em alguns excertos, a grande maioria dos entrevistados têm buscado o apoio multiprofissional como meta para a atuação em saúde. Além disso, foi possível observar a necessidade apontada pelos participantes de tornar-se um ‘trabalhador em saúde’ com características próprias do campo, mais generalista, ou seja, de extravasar – de certo modo – as ações previstas para o educador físico de forma mais específica.

Um dos aspectos marcantes dessa necessidade de se tornar cada vez mais generalista, segundo os participantes, remete às questões de

formação em diversos momentos durante as entrevistas. Não obstante, as ‘carências’ da formação curricular e a ‘pequena’ quantidade de cursos mais específicos para atuação em saúde, tais como as residências, foram apontadas como principais reflexos da atuação ainda muito difusa na área da saúde.

No terceiro capítulo, procurei contextualizar e problematizar o quanto o ideário da promoção da saúde tem influenciado as práticas cotidianas dos serviços e mobilizado as profissões que atuam no campo da saúde, tendo como foco a Educação Física. Desse modo, inicio o capítulo a partir da compreensão crítica de um dos participantes, que refere a promoção da saúde como um *horizonte – quase utópico*. Nesse capítulo, apresento os principais documentos e programas que surgiram dentro do ideário da promoção da saúde, principalmente aqueles que se relacionam com a Educação Física.

Dentre os tensionamentos apresentados pelos participantes no capítulo três, destaco as dificuldades relatadas por eles acerca da diferenciação entre o que está previsto nos programas de promoção da saúde e o que realmente se faz em saúde. Para eles, as ações ainda estão muito voltadas para as práticas de cunho mais prescritivo, atreladas aos índices quantitativos de risco para diferentes doenças crônicas não transmissíveis. A maioria dos participantes relatou uma vontade de atuar em prol da promoção da saúde, e o quanto os programas mais atuais têm apresentado metas cada vez mais direcionadas para isso. Contudo, na prática, as ações se entrelaçam de tal forma que a prevenção de doenças acaba sendo o principal foco de trabalho em quase todos os espaços.

No quarto capítulo, aprofundo as discussões sobre a expansão da medicalização, do uso indiscriminado de substâncias/psicofármacos por grande parte da população, assim como, o quanto a prescrição de exercícios físicos – de forma prescritiva e regulamentar – também pode ser entendida como uma forma de medicalizar os indivíduos. Nesse

capítulo, discuto também as questões de risco e a adoção de diferentes prescrições a fim de viver mais e melhor. Saliento que não abordei com profundidade as ações em prol do estilo de vida e da qualidade de vida neste estudo, embora esses conceitos apareçam em diferentes momentos do texto – geralmente por estarem atrelados a outros conceitos dos quais me vali para a escrita desta tese. Optei por não adentrar nessa discussão, principalmente, por já ter realizado algo nesse sentido durante a minha dissertação de mestrado, além disso, a partir das compreensões dos participantes, observei que o trabalho em ambientes de saúde tem como foco outros aspectos para além da adoção de um estilo de vida mais saudável.

Em outras palavras, as ações em saúde relatadas pelos participantes têm como aspectos mais específicos a busca por um estado de não doença, sendo que o bem-estar e a qualidade de vida estariam elencados pelos usuários como uma espécie de bônus pela adesão aos planos terapêuticos. No entanto, as ações dos profissionais aqui entrevistados têm se pautado na tentativa de ampliar os benefícios oriundos da prática de atividades físicas para a população, embora a maioria deles reforce o quanto as práticas nos serviços ainda estejam sendo realizadas de forma prescritiva/medicalizante.

Mesmo com a confirmação por parte dos entrevistados sobre a ocorrência de prescrições de exercícios físicos, de forma demasiada nos ambientes de saúde, a grande maioria afirma que as atividades de cunho prescritivo/medicalizante não se sustentam na prática por muito tempo. Ou seja, as atividades meramente prescritivas, sem levar em consideração as necessidades individuais, as características culturais e os desejos da população, parecem não ‘segurar’ por muito tempo os usuários, provocando, com isso, baixa adesão aos grupos de trabalho e planos terapêuticos. Alguns participantes relataram uma falta de direcionamento por parte dos profissionais em relação a como e o que fazer em saúde, mais do que isso, do quanto essa falta de

direcionamento tem implicado na recorrência de atividades ainda muito prescritivas baseadas unicamente no biológico.

No quinto capítulo procurei abordar a ‘inserção’ da Educação Física na saúde a partir da sua regulamentação, problematizando a atuação dos profissionais com base na bibliografia e nas colaborações dos participantes deste estudo. Mesmo que a intenção desta tese não estivesse pautada na regulamentação da profissão, alguns apontamentos se fizeram necessários, pois a atuação dos profissionais de educação física está extremamente imbricada com a regulamentação da profissão e com os meandros e as ingerências dos seus respectivos Conselhos.

Esse capítulo teve como principal foco as compreensões dos participantes da pesquisa acerca da atuação nos ambientes de saúde, do fazer da Educação Física, e, em como as ações, na prática, têm provocado reflexões na área enquanto campo de saber. Para isso, fiz uso de diferentes autores que têm colaborado significativamente para as discussões dentro do escopo teórico da Educação Física, da Saúde Coletiva e da Saúde Pública. Ressalto que muitos estudos têm sido desenvolvidos por diferentes grupos de pesquisa, na direção de qualificar a formação e o trabalho dos educadores físicos em saúde, em destaque os estudos realizados pelos coordenadores de grupos: Yara Carvalho (USP – SP), Alex Branco Fraga (UFRGS – POA) e Ivan Gomes (UFES – ES).

As preocupações acerca de qualificar a atuação nos serviços também foi tema de destaque das entrevistas, embora eu não tenha elencado uma pergunta que especificasse exatamente isso no guia proposto. As indagações realizadas durante as entrevistas iam ao encontro de saber como se davam as práticas, e, se tais práticas estavam mais direcionadas ou não para a adoção de inúmeras prescrições. Como relatei inicialmente, durante este estudo, quando fui a campo, não esperava que tantas atividades em prol de uma mudança

no modo de atuar com Educação Física – para além das atividades mais prescritivas com base no biológico – estivessem acontecendo de forma tão significativa nas ações dos participantes.

Outro aspecto importante deste estudo, foi perceber que, embora os profissionais tenham consciência das carências da área, tanto no que diz respeito à formação quanto à atuação, tais dificuldades têm impulsionado a maioria deles na busca por condições melhores de trabalho, reforçando os apontamentos referidos por Carvalho (2012), em que a autora salienta o quanto a área da Educação Física precisa estar aberta para estudar e avaliar o que se tem feito em saúde, em sua dimensão pública, coletiva e social. Ainda nesse sentido, a falta de sincronia teórica-metodológica<sup>108</sup> dentro da Educação Física, mencionada por Filho *et al.* (2010), parece ganhar novas perspectivas, tendo em vista o aumento nos investimentos pela busca por aprofundamento científico relatada pelos participantes.

Muitas dificuldades foram relatadas pelos participantes para a atuação no campo da saúde, desde a falta de embasamento teórico para tratar de indivíduos considerados como não saudáveis, até o próprio ambiente/espaço destinado para as práticas, que, por vezes, apresenta diferentes carências (espaço restrito, falta de respeito entre os colegas de trabalho, pessoas com diferentes níveis de sofrimento sendo atendidas em meio às aulas, entre outros). Porém, foi possível perceber que os entrevistados têm se esforçado para exigir certo reconhecimento acerca da necessidade dos profissionais de educação física nesses ambientes de saúde, como um trabalhador em saúde que visa, sobretudo, a promoção da saúde e da qualidade de vida dos usuários dos serviços.

---

<sup>108</sup> De acordo com Filho *et al.* (2010) a falta de sincronia teórica-metodológica presente na área da Educação Física refere-se à falta de consenso dentro do campo, principalmente entre os *experts*, acerca de conceitos básicos da área, como por exemplo, atividade física e exercício físico. Em outras palavras, os autores chamam a atenção para o quanto esses conceitos podem aparecer na bibliografia com diferentes entendimentos.

Mesmo que para tal reconhecimento, os participantes reconheçam a necessidade de aproximação com as práticas mais prescritivas/medicalizantes, pois, como mencionado anteriormente, elas têm servido muitas vezes como uma espécie de ‘carta de aceite’ para o ingresso na saúde. Talvez isso ocorra pela pragmaticidade que a área da saúde apresenta, como descrito por alguns dos entrevistados, ou por aproximar-se das discussões mais voltadas para a prevenção de risco, e/ou, dos objetivos e necessidades impostas por aqueles que contratam os profissionais para atuar na área da saúde.

Destaco o quanto me senti surpreendida com o material empírico deste estudo, principalmente no que diz respeito ao que tem sido realizado pelos profissionais que estão em campo. Embora eu tenha utilizado autores que discorrem sobre as práticas corporais como possibilidade de trabalho na saúde (FRAGA *et al.*, 2013a; FRAGA, CARVALHO e GOMES, 2013b; GONZÁLEZ, 2015; entre outros), por vezes, pensei que não encontraria profissionais que estivessem tão imbricados com a temática em campo.

Com base nas minhas intenções de pesquisa, referi as ações voltadas para as práticas corporais realizadas pelos entrevistados como movimentos de ‘resistência ou de fuga’ àquelas atividades entendidas como prescritivas/medicalizantes. Isso por que, durante as entrevistas, foi a sensação que tive ao observar o quanto esses profissionais estão se mobilizando para inserir as práticas corporais no cotidiano dos planos terapêuticos, não abandonado, contudo, as práticas de cunho mais prescrito.

Mais do que isso, através do material empírico, pode-se pensar no quanto esses movimentos de ‘fuga e resistência’ apontados pelos participantes tendem a reforçar o quanto a atuação dos profissionais de educação física nos ambientes de saúde ainda está pautada em um processo medicalizante em curso no âmbito da sociedade. Por outro lado, a existência de tais movimentos têm também demonstrado

mudanças significativas em relação ao grau de adesão aos planos terapêuticos, assim como, nos níveis de saúde e satisfação dos usuários dos serviços.

Por fim, ressalto o quanto essa movimentação por parte daqueles que estão atuando nos serviços, sejam eles movimentos de ‘resistência/fuga’, ou apenas tentativas de aprimorar as ações em saúde, contribuíram para enriquecer esta tese, possibilitando que as ações realizadas pelos profissionais de educação física – participantes deste estudo – sejam conhecidas, compartilhadas e discutidas, por eles e por outros interessados, como possíveis estratégias de atuação frente àquelas perspectivas mais antigas que tinham como foco somente o biológico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L.O.M; BARRETO, I.C.H.C; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, (orgs). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006. p. 783-836.

AZIZE, Rogério L. Saúde e estilo de vida: divulgação e consumo de medicamentos em classes médias urbanas. In: LEITÃO, Débora K. ; LIMA, Diana N. de Oliveira; MACHADO, Rosana P. **Antropologia e consumo: diálogos entre Brasil e Argentina**. Porto Alegre: AGE, 2006.

BAUER, Martin W; GASKEL, George. **Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. – 11º ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral do Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde** – Relatório Final. 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br>.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.696 de 01 de setembro de 1998a**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9696.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9696.htm).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998b**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287\\_08\\_10\\_1998.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, 2002a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Agita Brasil: Programa Nacional de Promoção da Atividade Física / Coordenação de Promoção da Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Lei nº 11.129 de 2005.** Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&id=12501&Itemid=813](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12501&Itemid=813), 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica / Ministério da Saúde. **Portaria de nº719 de 07 de abril de 2011a.** (Atualmente revogada pela Portaria de nº 2.681 de 07 de novembro de 2013) Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_academia\\_sau\\_de\\_719.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_academia_sau_de_719.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011b.** (Portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Básica). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 122, de 25 de Janeiro de 2012b.** (Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes dos consultórios de rua). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012c.** (Portaria referente a redefinição de vinculação dos NASF – modalidades I, II e III) Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário Temático: Promoção da Saúde.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria de nº 256, de 11 de março de 2013a.** (Portaria referente ao cadastramento das equipes dos NASF) Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0256\\_11\\_03\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0256_11_03_2013.html).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de nº 2.681 de 07 de novembro de 2013b.** (Portaria referente ao Programa Academia da Saúde) Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681\\_07\\_11\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa saúde na escola: Manual Para Adesão. Passo a Passo para adesão.** Brasília, 2014a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 186,** de 14 de março de 2014b. Brasília, 2014b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0186\\_14\\_03\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0186_14_03_2014.html).

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”.** Porto Alegre: UFRGS, 2012. 106f Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, ESEF, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 5 (1), p.163-177, 2000.

\_\_\_\_\_. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina & FREITAS, Carlos Machado (Orgs.). **Promoção da saúde – conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2003, p.15-38.

\_\_\_\_\_. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina & FREITAS, Carlos Machado (Orgs.). **Promoção da saúde – conceitos, reflexões, tendências.** 2. ed. Ampliada e revisada. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2009, p.19-42.

\_\_\_\_\_; CARVALHO, A.I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (6): 2305-2316, 2009.

\_\_\_\_\_; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis – Revista de Saúde Coletiva.** V. 17, n. 1, Rio de Janeiro, 2007.

CAPONI, Sandra. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 19 (2): 529-549, 2009.

CARVALHO, Sérgio Resende. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 9 (3), 2004, p.669-678.

CARVALHO, Yara Maria de. Educação Física e Saúde Coletiva: Uma introdução. In: LUZ, Madel T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: Estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3º ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

CASTIEL, Luis David; DIAZ, Carlos Álvarez-Dardet. **A saúde persecutória**: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007a.

\_\_\_\_\_.; GUILAM, Maria Cristina Rodrigues. A saúde persecutória: à espera dos riscômetros portáteis. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v.11, n.21. Jan/Abr, 2007b, p.159-161.

\_\_\_\_\_.; GUILAM, Maria Cristina Rodrigues; FERREIRA, Marcos Santos. **Correndo o Risco**: Uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

CECCIM, Ricardo. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: MEYER (org.) **Saúde e sexualidade na escola**. Porto Alegre, Mediação. 3º ed., 2001, p. 37-50.

\_\_\_\_\_. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: Fajardo, Ananyr Porto; Rocha, Cristianne Maria Famer; Pasini, Vera Lúcia (Orgs) Brasil. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde**: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

CZERESNIA, Dina. O conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: & FREITAS, Carlos Machado (Orgs.). **Promoção da saúde – conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2003, p.39-53.

\_\_\_\_\_. O conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, Dina & FREITAS, Carlos Machado (Orgs.). **Promoção da saúde – conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Ampliada e revisada. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2009, p.43-57.

CONRAD, Peter. **The medicalization of society**. On the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.

COUTO, Edvaldo Souza. Corpos dopados, medicalização e vida feliz. In: RIBEIRO, Paula Regina Costa; SILVA, Méri Rosane Santos da; GOELLNER, Silvana Vilodre (Orgs), **Corpo, gênero e sexualidade: composições e desafios para a formação docente**. Rio Grande: Editora da FURG, 2009, p.43-53.

DANTAS, Jurema Barros. Tecnicificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 21 – n.3, p. 563-580, Set./Dez. 2009.

DaROS, Marco Aurélio; VIEIRA, Ricardo C.; CUTOLO, Luiz Roberto A. Educação Física – Entre o biológico e o social. Há conflito nisto? **Motrivivência**. Ano XVII, nº 24 p. 107-117 jun/2005.

DESSBESELL, Giliane. **Práticas curriculares de professores de Educação Física: “Rascunhos”** de um projeto de disciplina na Rede Estadual de ensino do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 2014. 126f Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

FELIX da SILVA, Jeane. **“Quer teclar?”**: aprendizagens sobre juventudes e soropositividades através de bate-papos virtuais. Porto Alegre: UFRGS, 2012. 222f Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós – Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

FERREIRA, Maria Elisa Caputo *et al.* A obsessão masculina pelo corpo: malhado, forte e sarado. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, 27 (1), Set. 2005, p.167-182.

FERREIRA, M. S; CASTIEL, L. D; CARDOSO, M. H. C. A. Promoção da Saúde: entre o conservadorismo e a mudança. In: **XV Congresso brasileiro de ciências do esporte / II Congresso internacional de ciências do esporte**. 2007. Disponível em: 17/03/2010. <http://www.cbce.org.br/cd/resumos/023.pdf>. //

FILHO, Ari Lazzarotti. *et al.* O termo práticas corporais na literatura científica brasileira e sua repercussão no campo da Educação Física. **Movimento**. v16 n1. p.11-29 janeiro/março, 2010.

FIGUEIREDO, Túlio Alberto M.; MACHADO, Vera Lúcia T.; ABREU, Margaret Miriam Scherer de. A Saúde na Escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(2): 397-402, 2010.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. – 3º ed. – Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOUCAULT, Michel. **Em Defesa da Sociedade:** Curso dado no Collège de France (1975 – 1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_. **Estratégia, poder-saber.** Ditos e Escritos IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2º ed., 2006.

\_\_\_\_\_. **Nascimento da Biopolítica:** Curso dado no Collège de France (1978 – 1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. Crise da medicina ou crise da antimedicina. **Verve** 18: 167-194, 2010.

FRAGA, Alex Branco. **Exercício da informação:** governo dos corpos no mercado da vida ativa. Porto Alegre: UFRGS, 2005. 175f Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

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

\_\_\_\_\_. *et al.* **Curso de extensão em promoção de saúde para gestores do SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde.** Brasília: CEAD/UnB, 2013a. 144p.

FRAGA, Alex Branco; CARVALHO, Yara Maria de; GOMES, Ivan Marcelo. As práticas corporais no campo da saúde. In: FRAGA, Alex Branco; CARVALHO, Yara Maria de; GOMES, Ivan Marcelo (Orgs) **As práticas corporais no campo da saúde.** São Paulo: Hucitec; 2013b, p.11-22.

FREITAS, Fabiana Fernandes de; CARVALHO, Yara Maria de; MENDES, Valéria Monteiro. Educação Física e Saúde: Aproximações com a “Clínica Ampliada”. **Rev. Bras. Ciên. Esporte.** Florianópolis, v. 35, n. 3, p.639-656, jul/set. 2013.

FRIEDERICHS, Marta Cristina. **Mulheres “on line” e seus diários virtuais:** corpos escritos em blogs. Porto Alegre: UFRGS, 2009. 156f Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós – Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

GOMES, Rui Machado. A política da vida e a transparência do corpo. In: GOMES, R.M (Editor) **O corpo e a política da vida.** Universidade de Coimbra (UC) – Portugal: CEB – Centro de Estudos Biocinéticos, 2009, p. 13-41.

GONÇALVES, Alana M. **A centralidade do profissional de Educação Física na promoção da saúde e dos estilos de vida ativos: uma análise da revista do Conselho Federal de Educação Física**. Porto Alegre: UFRGS, 2010. 148f Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências, Química da Vida e Saúde) – Programa de Pós – Graduação em Educação em Ciências, Química da Vida e Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

GONZÁLEZ, Fernando Jaime. Práticas Corporais e o Sistema Único de Saúde: desafios para a intervenção profissional. In: GOMES, Ivan Marcelo; FRAGA, Alex Branco; CARVALHO, Yara Maria de. (Orgs) **Práticas Corporais no Campo da Saúde: uma política em formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015, p. 135-162.

IGNÁCIO, Vivian Tatiana Galvão; NARDI, Henrique Caetano. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. **Psicologia & Sociedade**; 19(3): 88-95, 2007.

LOCH, Mathias Roberto; FLORINDO, Alex Antônio. A Educação Física e as Residências Multiprofissionais em Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. Pelotas. 17(1). Abr/2012 p. 81-82.

LUPTON, Deborah. **Risk**. Routledge, Nova York, 1999.

\_\_\_\_\_. Corpos, prazeres e práticas do eu. **Educação & Realidade**, Porto Alegre: UFRGS/FACED, v. 25 n. 2. Jul/Dez. 2000, p.15-48.

MADUREIRA, A. S; FONSECA, S. A; MAIA, M. F. M. Estilo de vida e atividade física habitual de professores de educação física **Rev. Bras. de Cineantropometria & Desempenho Humano**, Santa Catarina, V. 5 – n.1: 2003 p.54-62.

MEYER, D. E; SANTOS, L. H. S; OLIVEIRA, D. L; WILHELMS, D. M. ‘Mulher sem-vergonha’ e ‘traidor responsável’: problematizando representações de gênero em anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/AIDS. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 12(2): 264. Maio-agosto/2004, p.51-76.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 25(7): 1620-1625, jul, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Técnicas de Pesquisa: Entrevista como técnica privilegiada de comunicação. **O desafio do conhecimento**. 12º ed. São Paulo. Hucitec, 2010 p. 261 – 273.

MINELLI, Daniela Schwabe; SORIANO, Jeane Barcelos; FÁVARO, Paula Evelise. O profissional de Educação Física e a intervenção em equipes

multiprofissionais. **Movimento**, Porto Alegre, v. 15, n.04, p. 35-62, outubro/dezembro de 2009.

MOYSÉS, Samuel Jorge; MOYSÉS, Simone Tetu; KREMPEL, Márcia Cristina. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de Saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**. 9(3):627-641, 2004.

OLIVEIRA, Dora L. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, 2005 maio-junho; 13(3): 423-431.

ORTEGA, Francisco. **O corpo incerto**: Corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

PETERSEN, A. *et al.* Healthy living and citizenship: an overview. **Critical Public Health**. 2010, 20:4, 391-400 – disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/09581596.2010.518379>.

RABINOW, Paul. Artificialidade e Iluminismo: da sociologia à biossocialidade. In: **Antropologia da Razão**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999, p.135-157.

\_\_\_\_\_; & ROSE, Nikolas. O conceito de biopoder hoje. **Política & Trabalho - Revista de Ciências Sociais**, n.º de 24 de Abril de 2006, p. 27-57.

RIBEIRO, Renato Janine. Novas fronteiras entre a natureza e cultura. In: NOVAES, Aduauto (Org). **O homem – máquina**: a ciência manipula o corpo. São Paulo: Companhia das Letras, 2003, p.15-36.

ROSE, Nikolas. Governando a alma: a formação do eu privado. In: SILVA, Tomaz T. (Org), **Liberdades reguladas**. Petrópolis: Editora Vozes, 1998, p.30-45.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. **Corpos de Passagem**: ensaios sobre a subjetividade contemporânea. São Paulo: Estação Liberdade Ltda., 2001.

SANTOS, Luís Henrique Sacchi dos. Escola, currículo e medicalização do corpo. In: SANTOS, Luís Henrique Sacchi dos; SUSIN, Loredana; DARSIE, Camilo; ZAGO, Luiz Felipe (Orgs). **Formação de professores/as em um mundo em transformação**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2014, p. 26-38.

SEGRE, Marco e FERRAZ, Flávio Carvalho. O Conceito de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 5, 1997 p. 538 – 542.

SCHNACK, Cristiane M.; PISONI, Thaís D.; OSTERMANN, Ana C. Transcrição de fala: do evento real à representação escrita. **Entrelinhas**, v. 2, n. 2, 2005.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1): 29-41, 2007.

SIBILIA, Paula. Biopoder. **O homem pós-orgânico: corpo subjetividade e tecnologias digitais**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002. Cap. 5, p.157-213.

\_\_\_\_\_. O corpo modelado como imagem: O sacrifício da carne pela pureza digital. In: RIBEIRO, Paula Regina Costa; SILVA, Méri Rosane Santos da; GOELLNER, Silvana Vilodre (Orgs), **Corpo, gênero e sexualidade: composições e desafios para a formação docente**. Rio Grande: Editora da FURG, 2009, p.33-41.

SILVA, Caroline Rodrigues; ANDRADE, Daniela Negraes P.; OSTERMANN, Ana Cristina. Análise da Conversa: uma breve introdução. **ReVEL**, vol. 7, n. 13, 2009.

SILVEIRA, Rosa Maria Hessel. A entrevista na pesquisa em Educação – Uma arena de significados. In: **Caminhos Investigativos II: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação**. COSTA, Marisa Vorraber (Org.) – 2º ed. Rio de Janeiro: Lamparina editora, 2007.

SKOWRONSKI, Marcelo. **Educação Física e Saúde: A mobilização de saberes para atuação nos polos do programa academia da saúde no Brasil**. Porto Alegre: UFRGS, 2014. 130f Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

VAZ, Alexandre Fernandes. Regulamentação da "Profissão": desejos e mal-estares. **Movimento**. Porto Alegre, v.7 n°. 14, 2001, p. 20-27.

VAZ, Paulo. *et al.* O Fator de Risco na Mídia. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v.11, n.21. Jan/Abr. 2007, p.145-153.

ZAGO, Luiz Felipe. **Os meninos: corpo, gênero e sexualidade em e através de um site de relacionamentos na internet**. Porto Alegre: UFRGS, 2013. 331f Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós – Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

ZORZANELLI, Rafaela T.; ORTEGA, Francisco; JÚNIOR, Benilton B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(6): 1859-1868, 2014.

**SITES / ENDREÇOS ELETRÔNICOS UTILIZADOS**

[www.bireme.br](http://www.bireme.br)

<http://bvsmms.saude.gov.br>

<http://cnes.datasus.gov.br/>

[www.confef.org.br](http://www.confef.org.br)

<http://www2.datasus.gov.br>

[www.facebook.com](http://www.facebook.com)

[www.gmail.com](http://www.gmail.com)

[www.google.com](http://www.google.com)

[www.lume.ufrgs.br](http://www.lume.ufrgs.br)

[www.medicalizacao.org.br](http://www.medicalizacao.org.br)

[www.medicalizacao.org.br/carta-sobre-medicalizacao-da-vida](http://www.medicalizacao.org.br/carta-sobre-medicalizacao-da-vida)

<http://portal.saude.gov.br/>

<http://portal.mec.gov.br>

<http://youtube>

## **APÊNDICES**

**Apêndice 1** - Carta Instituições

**Apêndice 2** - Carta Convite e-mail CREF

**Apêndice 3** - Carta Convite Profissionais

**Apêndice 4** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**Apêndice 5** - Modelo de planilha para organização de todas as respostas em um mesmo plano

**APÊNDICE 1: CARTA INSTITUIÇÕES**

UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA

Porto Alegre, \_\_\_ de novembro de 2013.

Prezado(a) Sr(a).

Ao cumprimentá-lo(a), gostaria de solicitar a permissão para a realização de parte da minha pesquisa de doutorado, a ser realizada, com profissionais vinculados à esta Instituição. Neste sentido, peço a autorização para contatar e realizar entrevistas com os profissionais de Educação Física vinculados a este estabelecimento. Estas entrevistas visam analisar e problematizar a inserção dos profissionais de Educação Física nos diferentes ambientes de saúde. Ressaltando que as entrevistas não serão realizadas durante o horário de trabalho e nem na Instituição. Sobretudo, este documento visa informar à Instituição a qual o(a) profissional de Educação Física esta vinculado, para que a mesma tenha conhecimento da participação de seus profissionais na referida pesquisa, a fim de manter a ética e a confidencialidade das informações prestadas por estes.

Este material – após aprovação da Instituição e dos profissionais envolvidos – fará parte da Tese de doutorado da pesquisadora Alana Martins Gonçalves, orientanda do Prof. Dr. Luís Henrique Sacchi dos Santos, vinculada ao Programa de Pós Graduação Educação em Ciências, Química da Vida e Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.

Comprometo-me como pesquisadora de preservar os dados, mantendo o sigilo e a ética em relação às informações prestadas sobre a Instituição e os profissionais envolvidos.

Atenciosamente,

---

Alana Martins Gonçalves  
Pesquisadora  
[alanamgoncalves@gmail.com](mailto:alanamgoncalves@gmail.com)  
55 51 82190085

---

Representante da Instituição  
Assinatura e Carimbo

**APÊNDICE 2: CARTA CONVITE PARA O CONSELHO E E-MAIL CREF**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO  
GRANDE DO SULFUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDEUNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA  
MARIA

Porto Alegre, \_\_\_ de janeiro de 2014.

Prezado(a) Sr(a).

Ao cumprimentá-lo(a), gostaria de solicitar a permissão para a realização de parte da minha pesquisa de doutorado, a ser realizada, com profissionais devidamente registrados no Conselho Regional de Educação Física – Região Porto Alegre (CREF2/RS). Neste sentido, peço a autorização para contatar e realizar entrevistas com os profissionais de Educação Física vinculados a este Conselho. Estas entrevistas visam analisar e problematizar a inserção dos profissionais de Educação Física nos diferentes ambientes de saúde, ressaltando que as Instituições onde os profissionais atuam não serão mencionadas na pesquisa. Sobretudo, este documento visa informar ao Conselho Regional de Educação Física, a qual o(a) profissional de Educação Física esta vinculado, para que o mesmo tenha conhecimento da participação de seus profissionais na referida pesquisa, a fim de manter a ética e a confidencialidade das informações prestadas por estes.

Este material – após aprovação do Conselho e dos profissionais envolvidos – fará parte da Tese de doutorado da pesquisadora Alana Martins Gonçalves, orientanda do Prof. Dr. Luís Henrique Sacchi dos Santos, vinculada ao Programa de Pós Graduação Educação em Ciências, Química da Vida e Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.

Comprometo-me como pesquisadora de preservar os dados, mantendo o sigilo e a ética em relação às informações prestadas sobre a Instituição e os profissionais envolvidos.

Atenciosamente,

---

Alana Martins Gonçalves  
Pesquisadora  
[alanamgoncalves@gmail.com](mailto:alanamgoncalves@gmail.com)  
55 51 82190085

---

Representante do CREF2/RS  
Assinatura e Carimbo

Material para pesquisa - x

← → ↻ 🔍 <https://mail.google.com/mail/u/0/#search/presidencia%40crefrs.org.br/1436861053af3522>

Google

Gmail

ESCREVER

Google AdWords - Anuncie no Google - Obtenha ajuda gratuita de especialistas em AdWords para começar a anunciar.

Qual o motivo deste anúncio?

Entrada

Com estrela

Importante

Enviados

Rascunhos (7)

(Imag) Sent

Você está imisiel.  
Ficar visível

Pesquisar pessoas

Material para pesquisa

Alana Martins Gonçalves <alaramgoncalves@gmail.com>  
para presidencia

6 de jan

presidencia

Adic. a circ.

Mostrar detalhes

Anúncios

GOOGLE ADWORDS

Anuncie no Google

Obtenha ajuda gratuita de especialistas em AdWords para começar a anunciar.

Planos Saúde Golden Cross  
Até 40% mais Baratos pela Qualicorp  
Faça Agora sua Simulação no Site.  
[www.economizecomqualicorp.com](http://www.economizecomqualicorp.com)

Conforme conversamos por telefone estou te encaminhando em anexo os nomes dos profissionais de Educação Física que estão atuando na saúde de acordo com o site do Datasus. Eu coleiei as próprias tabelas do site, além disso, encaminhei um modelo de carta de anuência (mas se não estiver adequada posso modificá-la sem problemas). Não eniei o projeto, pois terei que reformular a metodologia por completo, se o CREF puder me passar os contatos dos colegas.

No projeto eu havia mencionado a hipótese das próprias Instituições de saúde me proporcionarem os contatos, mas como isso não está sendo possível, uma professora me deu a ideia de procurar o Conselho, no entanto, a metodologia e o enfoque para a amostra ganham outro significado, o que terei que reformular. Neste sentido, peço que após a sua análise, se for possível a anuência do CREF, bem como a disponibilização dos contatos, eu me comprometerei de modificar o projeto e automaticamente encaminharei para o Conselho, bem como posso mantê-los informados sobre a pesquisa, e os resultados poderão ser divulgados até mesmo pelo site do Conselho.

P.S: Caso o Conselho entenda que a disponibilização dos contatos dos profissionais registrados não possam ser repassados para a realização da pesquisa, minha outra opção de contato se dá através da criação de um Blog, onde os próprios interessados possam se manifestar (esta hipótese ainda não está concluída, só será realizada caso eu não tenha acesso aos profissionais de outra forma) nesta caso seria possível a divulgação do endereço eletrônico via CREF para os profissionais?

Sem mais, agradeço imensamente pela atenção.  
Abraços,  
Alana Martins Gonçalves  
Doutoranda em Educação em Ciências - UFRGS - CAPES/ BRASIL

2 anexos

Carta CREF.docx

Lista de profissio...

Clique aqui para Responder ou Encaminhar

Google AdWords - Anuncie no Google

Anúncios - Qual o motivo deste anúncio?

Obtenha ajuda gratuita de especialistas em AdWords para começar a anunciar.

Windows taskbar: 14:21 20/05/2014

Re: Fw: Material para pesu... x

https://mail.google.com/mail/u/0/#search/presidencia%40cref2rs.org.br/143e9a525ee80422

Google

Alana

Gmail

ESCREVER

Atenciosamente,

**CREF2/RS**  
 Conselho Regional de Educação Física da 2ª Região  
 Rua Coronel Genúlio, 421 conj. 401 - Centro - Porto Alegre - CEP 90.010-350  
 Telefone/Fax: (51) 3224.8774 - www.cref2rs.org.br  
**Antes de imprimir, pense em seu compromisso com o MEIO AMBIENTE!**

Por gentileza informe o e-mail dos profissionais listados na tabela data sus

De: [Redacted]  
 Para: [Redacted]

Atenciosamente,

**CREF2/RS**  
 Conselho Regional de Educação Física da 2ª Região  
 Rua Coronel Genúlio, 421 conj. 401 - Centro - Porto Alegre - CEP 90.010-350  
 Telefone/Fax: (51) 3224.8774 - www.cref2rs.org.br  
**Antes de imprimir, pense em seu compromisso com o MEIO AMBIENTE!**

From: [Alana Martins Gonçalves](#)  
 Sent: Monday, January 06, 2014 2:27 PM  
 To: [Redacted]  
 Subject: Material para pesquisa

Boa Tarde Prof. Eduardo Merino, tudo bem?  
 Conforme conversamos por telefone estou te encaminhando em anexo os nomes dos profissionais de Educação Física que estão atuando na saúde de acordo com o site do Datasus. Eu coleei as próprias tabelas do site, além disso, encaminho um modelo de carta de anuência (mas se não estiver adequada posso modificá-la sem problemas).  
 Não enviei o projeto, pois terei que reformular a metodologia por completo, se o CREF puder me passar os contatos dos colegas.  
 No projeto eu havia mencionado a hipótese das próprias Instituições de saúde me proporcionarem os contatos, mas como isso não está sendo possível, uma professora me deu a ideia de procurar o Conselho, no entanto, a metodologia e o enfoque para a amostra ganham outro significado, o que terei que reformular. Neste sentido, peço que após a sua análise, se for possível a anuência do CREF, bem como a disponibilização dos contatos, eu me comprometerei de modificar o projeto e automaticamente encaminharei para o Conselho, bem como posso mantê-los informados sobre a pesquisa, e os resultados poderão ser divulgados até mesmo pelo site do Conselho.  
 P.S. Caso o Conselho entenda que a disponibilização dos contatos dos profissionais registrados não possam ser repassados para a realização da pesquisa, minha outra opção de contato se dá através da criação de um Blog, onde os próprios interessados possam se manifestar (esta hipótese ainda não está concluída, só será realizado caso eu não tenha acesso aos profissionais de outra forma), neste caso seria possível a divulgação do endereço eletrônico via CREF para os profissionais?

Seu Anúncio no Google

2 pessoas

Tatiana - Registro CREF2/RS

Adic. a circ.

Mostrar detalhes

Anúncios

GOOGLE ADWORDS

Seu Anúncio no Google

Receba R\$100 depois que gastar seus primeiros R\$50. Nós configuramos sua primeira campanha.

Planos Saúde Golden Cross  
 Até 40% mais Baratos pela Qualicorp  
 Faça Agora sua Simulação no Site.  
[www.economizecomaqualicorp.com](http://www.economizecomaqualicorp.com)

Peça seu Cartão Bradesco  
 Solicite o seu Cartão de Crédito e tenha benefícios exclusivos!  
[bradescartoes.com.br](http://bradescartoes.com.br)

Netflix de Graça  
 Assista a Filmes Online. Ilimitados Na Hora. Teste Grátis!  
[www.netflix.com](http://www.netflix.com)

Junte-se a Nielsen IBOPE  
 Responda a um Breve Questionário. E Participe de Nossa Nova Pesquisa!  
[www.alna.com.br/BOPE](http://www.alna.com.br/BOPE)

Anúncio Grátis BomNegócio  
 Anúncio Grátis - Venda Seguro. O que Você Quiser Anunciar, Anúncio bomnegocio.com

14:22 20/05/2014

Re: Fir Material para pesi

https://mail.google.com/mail/u/0/#search/presidencia%40crefirs.org.br/143e9a525ee80422

Google

Gmail

Caixa de Entrada Mais

1 de 3

ESCREVER

Entrada

Com estrela

Importante

Enviados

Rascunhos (7)

(Imagem) Sent

Você está invisível.  
Ficar visível

Meirino

Mensagem encaminhada

De: [Redacted]

Data: 8 de janeiro de 2014 17:56

Assunto: Fir Material para pesquisa

Para: Eduardo Meirino <edumenno@ig.com.br>

Atenciosamente,

Conselho Regional de Educação Física da 2ª Região  
Rua Coronel Genuino, 421 conj. 401 - Centro - Porto Alegre - CEP 90.010-350  
Telefone/Fax: (51) 3224-8774 - www.crefrs.org.br  
Antes de imprimir, pense em seu compromisso com o MEIO AMBIENTE!

From: [Redacted]

Sent: [Redacted]

To: pt

Subj: [Redacted]

Boa Tarde Prof. Eduardo Meirino, tudo bem?

Conforme conversamos por telefone estou te encaminhando em anexo os nomes dos profissionais de Educação Física que estão atuando na saúde de acordo com o site do Datasus. Eu coleei as próprias tabelas do site, ali disso, encaminho um modelo de carta de anuência (mas se não estiver adequada posso modificá-la sem problemas).

Não envie! o projeto, pois terei que reformular a metodologia por completo, se o CREF puder me passar os contatos dos colegas.

No projeto eu havia mencionado a hipótese das próprias instituições de saúde me proporcionarem os contatos, mas como isso não está sendo possível, uma professora me deu a ideia de procurar o Conselho, no entanto, a metodologia e o enfoque para a amostra ganham outro significado, o que terei que reformular. Neste sentido, peço que após a sua análise, se for possível a anuência do CREF, bem como a disponibilização dos contatos, eu me comprometeri de modificar o projeto e automaticamente encaminharei para o Conselho, bem como posso mantê-los informados sobre a pesquisa, e os resultados poderão ser divulgados até mesmo pelo site do Conselho.

P.S: Caso o Conselho entenda que a disponibilização dos contatos dos profissionais registrados não possam ser repassados para a realização da pesquisa, minha outra opção de contato se dá através da criação de um Blog onde os próprios interessados possam se manifestar (esta hipótese ainda não está concluída, só será realizado caso eu não tenha acesso aos profissionais de outra forma), neste caso seria possível a divulgação do endereço eletrônico via CREF para os profissionais?

Sem mais, agradeço imensamente pela atenção.  
Abraços,  
Alana Martins Gonçalves  
Doutoranda em Educação em Ciências - UFRGS - CAPES/ BRASIL

Lista de profissio...

Seu Anúncio no Google

2 pessoas

Tatiana - Registro CREF2RS

Adic. a circ.

Mostrar detalhes

Anúncios

GOOGLE ADWORDS

Seu Anúncio no Google

Receba R\$100 depois que gastar seus primeiros R\$50. Nós configuramos sua primeira campanha.

Planos Saúde Golden Cross  
Até 40% mais Baratos pela Qualicorp  
Faça Agora sua Simulação no Site.  
www.economizecomqualicorp.com

Peça seu Cartão Bradesco  
Solicite o seu Cartão de Crédito e tenha benefícios exclusivos!  
bradescocontoes.com.br

Netflix de Graça  
Assista a Filmes Online. Ilimitados Na Hora. Teste Grátis!  
www.netflix.com

Junte-se a Nielsen IBOPE  
Responda a um Breve Questionário. E Participe de Nossa Nova Pesquisa!  
www.nielsen.com.br/IBOPE

Anuncie Grátis BomNegocio  
Anuncie Grátis - Venda Seguro. O que Você Quiser Anunciar, Anuncie  
bomnegocio.com

14:23  
20/05/2014

**APÊNDICE 3 – CARTA CONVITE PROFISSIONAIS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO SUL



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA

Porto Alegre, \_\_\_ de janeiro de 2014.

Prezado(a) Sr(a).

Ao cumprimentá-lo(a), gostaria de convidá-lo(a) para participar da construção de parte da minha tese de doutorado que versa sobre a inserção dos profissionais de Educação Física nos diferentes ambientes de saúde. A participação se dará na forma de entrevistas semiestruturadas que poderão ser realizadas de acordo com a sua disponibilidade, podendo até ser realizada de forma virtual. Este trabalho visa, sobretudo, analisar e problematizar a inserção de Educadores Físicos na saúde, a partir das políticas de saúde, dos currículos de educação física, entre outros materiais.

Aproveito para destacar que sua participação é extremamente importante para que esta pesquisa possa traçar novas discussões para a área da Educação Física e sua vinculação com a saúde, a partir da sua trajetória e vivência como profissional da área.

Caso aceite participar, segue abaixo meus contatos para que possamos dar início ao trabalho, bem como, em anexo coloco o Termo de consentimento livre e esclarecido.

Atenciosamente,

Alana Martins Gonçalves  
Pesquisadora  
[alanamgpesquisatese@gmail.com](mailto:alanamgpesquisatese@gmail.com)

**Dados para contato:**  
Alana Martins Gonçalves  
e-mail: [alanamgpesquisatese@gmail.com](mailto:alanamgpesquisatese@gmail.com) e [alanamgoncalves@gmail.com.br](mailto:alanamgoncalves@gmail.com.br)  
Telefones: 51 82190085 e 51 85287378

**APÊNDICE 4: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS**  
**Programa de Pós-Graduação em**  
**Educação em Ciências, Química da Vida e Saúde**

***Termo de Consentimento Livre e Esclarecido***

Eu, Alana Martins Gonçalves, pesquisadora do Projeto *A inserção de profissionais de Educação Física em ambientes de saúde: uma análise sobre a “medicalização do cotidiano” através da prescrição de atividades físicas*, sob a orientação do professor Dr. Luís Henrique Sacchi dos Santos (UFRGS), vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências, Química da Vida e Saúde (PPGQVS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), venho convidá-lo/a participar deste projeto de forma voluntária.

Com este projeto pretendo investigar se e como as diferentes práticas e discursos acerca da inserção dos profissionais de Educação Física nos ambientes de saúde podem estar colaborando com o processo de “medicalização do cotidiano” – seja através da prática de atividades físicas ou através do gerenciamento de risco – dos usuários dos sistemas de saúde, mais do que isto, pretendo problematizar como a Educação Física enquanto campo de saber têm se constituído a partir de um discurso medicalizante a fim de atuar na área da saúde.

Ao final desta pesquisa, a coleta de dados e suas respectivas análises serão transformadas em uma Tese de doutorado, além de outros trabalhos científicos a serem apresentados e publicados em eventos (Seminários e Congressos) e periódicos ou livros da área da Educação e da Saúde, bem como poderão ser divulgados na forma de um Seminário de Apresentação dos Resultados à Comunidade Participante.

A coleta de dados desta pesquisa envolve a metodologia de entrevistas semiestruturadas, e essa metodologia prevê a gravação das falas individuais e a transcrição das mesmas. Em todos estes casos o anonimato dos/as participantes será preservado através da atribuição de números de identificação e/ou nomes auto atribuídos. Além disso, os/as participantes também terão assegurados o sigilo quanto a todos os dados que possam vir a identificá-los/as, bem como terão garantidos o direito de retirar-se da pesquisa no momento em que quiserem, sem que isso implique em qualquer tipo de prejuízo a sua pessoa. Também está assegurado ao/à participante a solicitação de esclarecimentos em qualquer fase da pesquisa.

Embora não estejam previstos riscos em participar deste projeto, caso você se sinta de alguma forma prejudicado/a, você poderá manifestar seu desconforto em relação ao tema, optar por não responder a determinadas questões ou, caso julgue necessário, retirar-se da pesquisa a qualquer momento.

Caso você necessite de maiores esclarecimentos ou não deseje mais fazer parte da pesquisa, estou a sua disposição através do meu telefone (51) 82190085, ou através do meu e-mail [alanamgoncalves@gmail.com](mailto:alanamgoncalves@gmail.com).

Ao assinar a presente autorização (em duas vias) estou ciente de que ela é válida para a pesquisa no que se refere à utilização dos dados produzidos. Exceção é feita ao eventual uso de imagens, caso em que serei contatado/a para a solicitação de autorização específica para este fim.

Nestes termos e considerando-me livre e esclarecido(a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando à autora do projeto propriedade intelectual das informações geradas e expressando concordância com a divulgação pública dos resultados.

O presente documento está em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Será assinado em duas vias, de teor igual, ficando uma em poder do participante da pesquisa e outra em poder do pesquisador.

Porto Alegre, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

(somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o livre consentimento deste sujeito de pesquisa para a participação neste estudo, tendo sido plenamente esclarecidos.

Porto Alegre, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
Alana Martins Gonçalves  
Pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Luís Henrique Sacchi dos Santos  
Coordenador da Pesquisa

## APÊNDICE 5 – MODELO DE PLANILHA PARA ORGANIZAÇÃO DE TODAS AS RESPOSTAS EM UM MESMO PLANO

| Tópico 1 – EF e sua inserção na saúde                   |   |                                    |                    |
|---|---|------------------------------------|--------------------|
| Entrev.   | Como ele ingressa na saúde                | Como ele entende que a EF ingressa | Pontos de destaque |
|   |   |                                    |                    |
| Tópico 2 – EF e a promoção da saúde                     |   |                                    |                    |
| Entrev.   | Entendimento de Promoção da saúde         | Como ele atua nesta perspectiva    | Pontos de destaque |
|   |   |                                    |                    |
| Tópico 3 – EF e Educação e Saúde                        |   |                                    |                    |
| Entrev.   | Entendimento de Educação e Saúde          | Práticas em prol do conceito       | Pontos de destaque |
|   |   |                                    |                    |
| Tópico 4 – Atuação da EF e a medicalização (prescrição) |   |                                    |                    |
| Entrev.   | EF e a atuação/ aproximação medicalizante | Medicalização x EF                 | Pontos de destaque |
|   |   |                                    |                    |
| Tópico 5 – Práticas                                     |   |                                    |                    |
| Entrev.   | Quais são as práticas realizadas          |                                    | Pontos de destaque |
|   |   |                                    |                    |
| Tópico 6 – EF na saúde como forma de medicalizar a área |   |                                    |                    |
| Entrev.   | EF na saúde como forma de medicalizar?    | Entendimentos sobre isso           | Pontos de destaque |
|   |   |                                    |                    |

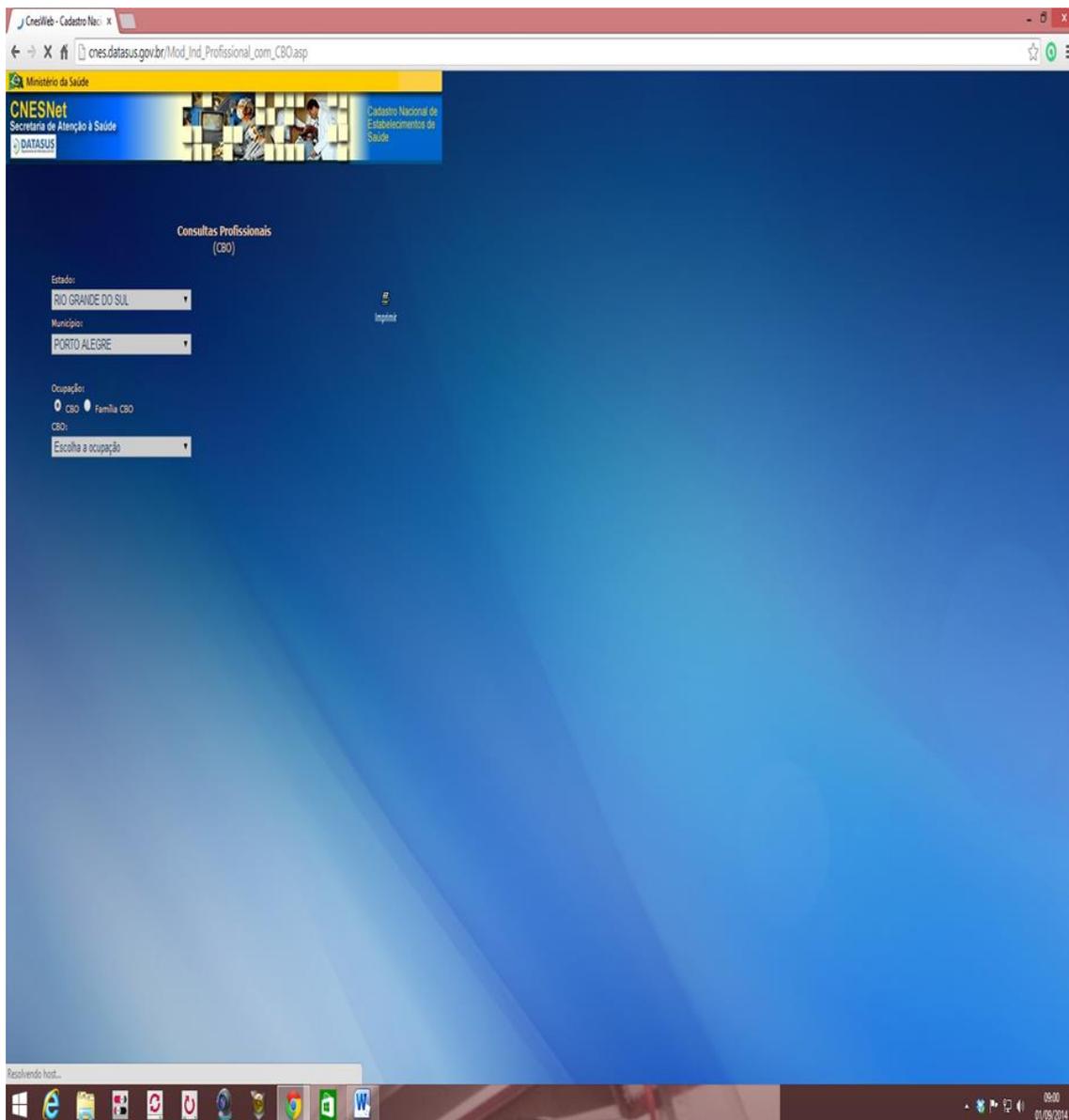
## **ANEXOS**

ANEXO 1 - Modelo do site do DATASUS

ANEXO 2 - Modelo de entrevista

ANEXO 3 - Materiais do Sistema CONFEF/CREF acerca da necessidade de registro

## Anexo 1 – Modelo do site do DATASUS



## Anexo 2 – Modelos de entrevistas

### Guia de Entrevista

Nome/identificação Atribuída: Participante 1 / Entrevista 1

Tempo de atuação: 8 anos

Sector: Academia em ambiente hospitalar Data: 14/02/2014

1. Para ti, enquanto profissional de educação física, quando a EF (enquanto área) entra na área da saúde? Começar contando como ou em que momento da tua formação, tu passaste a te interessar pelas questões relacionadas ao trabalho em saúde.

Ah, me deixa pensar, mas aí é que tá o que tu entende como saúde, essa é uma palavra muito ampla. **É por isso mesmo, a ideia da saúde no sentido de serviços de saúde, nesses ambientes de saúde, quando que foi que tu começaste a te interessar por este campo da EF.** Ah, bem, me deixa pensar, ah olha eu quando comecei a fazer o curso né, realmente eu gostava da área e já tinha uma ideia né da parte da EF, sempre fiz esporte e tudo o mais, logo eu entrei para a iniciação científica, assim acho que pelo terceiro semestre, e comecei a estudar mais a parte sobre o treinamento de força, e que bom, de certa forma acho que se distancia bastante da área da licenciatura assim sabe, eu acredito que pelo menos na nossa área nós tenhamos esta divisão, um pouco da questão mais biológica, fisiológica da questão mais escolar, enfim. Ah, bem e, eu sempre, fiz iniciação científica nisso, mestrado também voltado a isso, doutorado também nisso, né, e... tá relacionado com a saúde, a prescrição do exercício por si só é uma intervenção, né. **Sim.** Vai interferir positivamente ou negativamente na saúde. Hoje eu trabalho aqui na *Instituição Y*, então eu fiz o concurso em 2005, e confesso que quando eu cheguei aqui era exatamente para a função que eu tinha realmente estudado, era montar uma academia voltada para os funcionários num programa de atenção à saúde do trabalhador. O que eu percebi, que embora meu objetivo fosse uma coisa que casasse muito com o meu interesse, minha área de atuação, mostrou uma deficiência muito grande na nossa formação que é a parte de restrições, as pessoas que necessitam de exercícios, mas que tem algum tipo de restrição. Então, tive que fazer uma complementação bastante grande, depois que eu tinha me formado pra ter segurança para trabalhar aqui, diferente de uma academia convencional. **Tu dizes em relação à restrição, no sentido de grupos de risco?** É, então aqui a gente tem várias pessoas com restrições osteomusculares, pessoas hipertensas, diabéticas, obesos também. Mas, essencialmente de restrições osteomusculares, muitas pessoas, por causa de doença ocupacional. Então, hoje em dia é uma área que tá crescendo dentro do ambiente hospitalar, existem vários professores que andam sendo contratados. É uma área de trabalho extremamente interessante, só que revela uma carência bastante grande na nossa formação, por que a gente tá acostumado normalmente a trabalhar com o indivíduo saudável, vamos dizer assim, mas não é o que acontece na nossa área. **No caso a tua atuação no ambiente hospitalar é com academia, é uma academia construída dentro do ambiente hospitalar, que atende funcionários, público em geral, como é que funciona?** Não, são só os funcionários, a academia foi um projeto que em 2006 até ganhou um prêmio do TOP Ser Humano aqui do RS, por que faz, tá dentro do programa de atenção à saúde do trabalhador. Então, ela é voltada única e exclusivamente para público interno, só para os funcionários do hospital, então, como é um hospital escola ela tem um processo bem diferente

dos ambientes, nem digo que é uma academia, é uma escola mesmo. Por que essas pessoas, ao ingressarem nas atividades aqui, elas necessariamente tem que passar por uma avaliação clínica, depois uma avaliação física nossa e bom, aí, a gente colhe as informações sobre esta pessoa e faz a prescrição das atividades, que é bem diferente das academias em geral. Mas de forma resumida é isso, nós temos pessoas assim das mais diversas funções dentro do hospital, com as mais diversas faixas etárias e a gente tem acesso a uma quantidade grande de informações sobre cada uma delas, e a partir daí a gente faz a prescrição de atividades para ela. Voltadas para a saúde dele, entende, ninguém aqui tá para desempenho ou para algo do gênero, a gente quer que o trabalhador fique mais saudável. **Claro, nada relacionado a um fitness.** Obvio que existem pessoas mais jovens, sem restrições e façam um treino diferenciado. Cada um tem uma prescrição, então tem a pessoa que tem um treinamento mais intenso sim, de desempenho, até aquela pessoa com severas restrições e que faz outro trabalho. Todos convivem no mesmo ambiente só que com trabalhos diferentes. **Claro, bem personalizado.**

2. O que entendes por promoção da saúde? E, de que forma tens atuado nos serviços em prol desse conceito?

Olha, puxa vida estas tuas perguntas são amplas. **(risos) É que a ideia é ouvir o que os profissionais de EF que estão atuando em ambientes de saúde pensam, é ouvir um pouco de tudo, desde a tua graduação e, então as perguntas ficaram amplas justamente para não restringir a resposta do entrevistado, por que cada um de nós tem uma história enquanto profissional.** Tá eu vou dar um exemplo, assim eu acho que saúde ela envolve muitas coisas, tá, eu vou dar um exemplo assim para ilustrar de como eu tenho abordado um público. Então eu tenho, por exemplo, aqui um obeso, tá que chega aqui pra mim. É óbvio que ele precisa perder peso por uma questão de saúde, ok, só que não é por causa do exercício que isso de repente vai acontecer, talvez vai ter um bom acompanhamento de uma nutricionista e mais ainda de um psicólogo. **Claro.** Então eu acho que a saúde ela envolve diversos aspectos não é um profissional que vai intervir de forma única na saúde, a gente entra em muitas questões, uma relação íntima com saúde mental, sabe. Então eu acho que tem saúde mental, saúde física, e depende do público uma ou outra pode ter um pouco mais de relevância que a outra, só citei esse exemplo do obeso. Que grande parte das questões psicológicas que são tão ou mais relevantes que questões físicas e nutricionais. **Então, acompanhando a tua ideia de trazer um exemplo da questão do obeso e da importância de se trabalhar com outros profissionais no caso, a tua atuação em relação à promoção de saúde vai ao encontro disso, de tentar sempre trabalhar de forma multiprofissional?** Eu não digo multiprofissional - multidisciplinar, por que eu acho que esse termo ele é muito clichê, ah temos que ter uma equipe multidisciplinar, se ela não for interdisciplinar não dá certo, então é isso, eu tenho, a gente não tem um acompanhamento próximo de nutricionista, mas nós temos nutricionistas no hospital, então, às vezes a gente encaminha, eu já encaminhei vários assim, né, e da psicologia já fica um pouco mais complicado, né. Mas tento sempre dar uma abordagem muito ampla, muito clara de que só uma intervenção e na maioria dos casos ela não vai ser eficiente. E, isso é bom para que a pessoa, aluno, cliente, enfim, ela tenha clareza de que tem que acontecer um esforço, uma tentativa sob vários aspectos, se ela só focar em uma coisa e de repente aquele resultado, vamos dizer, ou aquele objetivo, ele não é alcançado é muito fácil ela se frustrar, mas é que tem outras coisas que talvez sejam extremamente importantes e ela não deu atenção. Então, eu acho que saúde é isso, saúde é uma coisa muito ampla, tem aquela frase também que é clichê Corpo são e mente sã, né, é hoje

a gente vive num século aí da depressão né. Então tem muita gente que de repente tem vontade de ter intervenções relacionadas ao exercício, mas se a cabeça ali por causa de problemas familiares, pessoais, profissionais não deixa. De crises de ansiedade, crises de várias coisas, né então acho que a saúde ela é ampla vai girar com o auxílio de diversas especialidades profissionais, assim para a pessoa ter um maior acolhimento. Muitas vezes sozinha ela não vai conseguir.

3. Tens alguma aproximação com o conceito de Educação e Saúde? Comente sobre o seu entendimento a respeito do conceito e se consegue atuar nos serviços a partir desses preceitos.

Ah, o conceito de educação e saúde, ah essa, bah. Olha, eu sou um cara meio técnico entendeu? Já li, mas essa coisa, mais sei lá epistemológica, filosófica e conceitual não é muito a minha não (risos). **Por exemplo, na tua atuação até em função talvez da área que tu tá trabalhando, tu não utiliza no caso os preceitos da educação e saúde, pelo que estás me dizendo.** Que seriam? **Assim, como estás me dizendo tu não tem esse contato maior com esta parte mais epistemológica, sociológica, a tua área é bem técnica, é isto que estás me dizendo?** É, não, mas aí é que tá eu preciso saber por que de repente eu faço isso, e não sei que faço (risos). **É às vezes a gente faz sem saber.** Exatamente, por que algumas questões conceituais vou te confessar que às vezes eu não me interessou, deixo para os caras mais voltados para a área humana, entendeu, e eu sou um cara de números e de gráficos, entendeu. Não é uma coisa que, como é que vou dizer, às vezes já fui até meio preconceituoso com isso, por que são muitas ideias e poucas ações entendeu? Eu gosto das pessoas que fazem a coisa acontecer, então eu não sei o que é esse conceito para ti, se esse conceito tá ligado com ter uma relação muito próxima com os alunos, explicar os porquês de várias coisas relacionadas à saúde dela, eu diria que faço, mas sei lá qual é o conceito que tu tem disso. **Pois é, no momento eu não vou conceituar aqui, pra ti educação e saúde, por que a ideia realmente é ver o que, qual é a noção que o profissional tem, por que a nossa área ela tem essa vantagem de ser uma área em que temos profissionais bem técnicos e temos profissionais mais da área de, como disseste muitas teorias e poucas ações, então nós temos essa facilidade, mas a grosso modo, eu poderia te dizer que talvez as atividades de educação e saúde sejam essas como tu estás dizendo que tu faz, que é dizer determinadas noções para as pessoas com as quais tu atende sobre saúde, por exemplo, como sentar de maneira adequada, ou como se alimentar de maneira correta, este tipo de orientação, porém com uma abordagem diferente do meramente prescritivo.** Sim, essas coisas acontecem então eu acho que estava, então era mais ou menos o que eu pensava. Além da academia, a gente tem alguns programas de capacitação dentro do hospital, tá. Então, por exemplo, tem a semana de comemoração da saúde, tem a semana de prevenção a acidente de trabalho e que a gente faz algumas capacitações que a gente vai dentro do hospital e dá algumas palestras, falando sobre orientações diversas assim, relacionadas ao exercício como intervenção, então a gente já falou sobre diabetes, a gente já falou sobre hipertensão, sobre obesidade, sobre ergonomia, sobre várias coisas, isso vem se repetindo anualmente. Tá então, isso com funcionários que não são usuários da academia, então, além de ter esta atividade que é na academia das pessoas que vem continuamente aqui no nosso setor, a gente faz excepcionalmente algumas atividades para o restante dos funcionários. Tem a Unidade X que é uma unidade anexa do hospital que também a gente vai lá de vez em quando, tá então existe sim essas orientações que não são relacionadas ao fato da pessoa fazer atividade com a gente.

4. Atualmente, tem toda uma discussão sobre a medicalização, em um sentido mais amplo, pensando na medicalização como algo para além da administração de medicamentos (como algo mais prescritivo), como a EF tem atuado nos ambientes de saúde? Dá para fazer alguma relação entre esses dois aspectos?

Tá só me repete um pouquinho de alguns conceitos, tu falaste da medicalização. De ter várias prescrições para a mesma pessoa é isso? **É que a medicalização também tem sido entendida, a partir desta quantidade ampla de prescrições que todos nós sabemos que devemos seguir: como, dormir tantas horas, comer tais alimentos, praticar atividade física, entre outras, que este rol de prescrições, para alguns autores também estaria sendo entendida como uma forma de medicalização, não somente uma medicalização via remédio, como era entendido anteriormente. Então tu acreditas que a EF nos ambientes de saúde, tem alguma relação com essa questão da medicalização nesse sentido mais prescritivo.** De certa forma vou usar um termo um pouco mais coloquial, tá? **Ok.** Que é a receita de bolo, tá, e eu sou absolutamente contra, entende. Assim como qualquer fármaco um exercício ele é uma intervenção, e ele não pode ser banalizado, utilizando a mesma prescrição para todo mundo, né. E, infelizmente é o que acontece, eu acho que em ambientes de saúde é aonde menos acontece, aonde mais acontece são nas mídias, nas revistas, nas Tvs, em tudo que é lugar, tem a receitinha de bolo, de como fazer isso, como fazer aquele outro, né. Então, eu acho que alguns norteadores como sugestão são diferentes de prescrições, e acho que prescrições estão ocorrendo a rodo dentro da nossa área, eu acho um dos grandes problemas na EF é este fato de ter prescrições pré-estabelecidas de como fazer exercício A, B ou C. Exercício se é para emagrecer, se é pra isso, ou se é para aquele outro, entende? Eu sou, bah, eu quando olho essas coisas assim eu detono isso. Eu falo direto isso, sou absolutamente contra isso. Mas, é o que mais acontece, acho que isso é a maior prostituição que existe da nossa área, eu acho que é um dos grandes problemas que a gente enfrenta da EF, e ela ser, ter uma péssima reputação, é por causa das receitas de bolo e elas são banalizadas e não tem uma fiscalização. Eu acho que tem publicações que nem deveriam aparecer se nós tivéssemos um conselho forte de fiscalização a respeito disso, existir, existe só que se tem relação com saúde – nenhuma, pra mim é um desserviço. Mas que está relacionada, infelizmente está com a nossa área.

5. Que tipo de estratégias tu utilizas na prática? Contar como acontecem as tuas práticas, se possível descrever uma ou mais situações.

O mecanismo aqui é mais ou menos assim, tem as avaliações que eu tinha falado pra eu saber quem é a Alana, por exemplo, Alana é isso, Alana tem essas restrições ou não tem restrições, tem esses objetivos, tem essas sei lá. Enfim, tem essa rotina profissional e a gente faz a prescrição das atividades, são feitas avaliações periódicas, não é feita uma primeira, são feitas de 40 em 40 encontros, é revisto isso, justamente para se trocar as atividades, por que mesmo tu fazendo uma atividade direcionada, se ela permanece durante muito tempo a tendência é não ter mais nenhum efeito. Então de 40 em 40 encontros são feitas modificações, e a cada 20 encontros são feitos alguns ajustes, assim que são outras avaliações que a gente faz aqui, outras atividades, tá. Nessa avaliação inicial dependendo da situação é passado para um especialista, às vezes cardiologista, ou ortopedista que são as coisas que pra nós são mais importantes, pra aumentar o número de informações, mas essencialmente é isso, é um trabalho direcionado, que periodicamente é modificado através das reavaliações que são feitas. **E vocês fazem um acompanhamento diário dessas pessoas, fazendo atividade física, sempre**

**tem alguém acompanhando?** Sim, as atividades aqui são sempre com hora marcada né, então nós temos atividades das 7h da manhã até às 22h, com turmas de 15 a 20 pessoas em cada horário, então não tem horário livre para que seja um horário funcional entende? Que a pessoa vem e realmente consiga fazer as atividades e não fique esperando, não tem horário de pico. É baseado sempre em um professor e um estagiário, um ou dois estagiários que acompanham separados por turno. Então normalmente eu acompanho mais as turmas da manhã, outro professor a tarde, e uma outra professora à noite. É isso, mais ou menos isso.

6. Na tua opinião, a inserção dos profissionais de EF nos ambientes de saúde – estaria “servindo” como uma forma de medicalização da EF? E o que tu tens a dizer sobre isso:

Olha, eu acho que sim e que não, eu acho que, entendendo a medicalização como uma forma de intervenção na saúde do trabalhador, enfim, de qualquer pessoa, eu acho que sim por que sendo uma intervenção tem um papel de um medicamento, vamos dizer assim. O grande problema são aquelas coisas engessadas de ter programas pré-estabelecidos, isso gera um complicador, é o que eu tinha falado, eu acho que sob um ponto de vista é uma medicalização, um termo novo pra mim, mas conceitualmente, me parece razoável o fato de encarar o profissional de EF como sendo um interventor, e como um interventor, ele de certa forma, ele está de certa forma provocando algum efeito a longo prazo que pode ser positivo ou negativo né, para a saúde de qualquer pessoa, então é uma medicalização, só que como será essa medicalização, acho que aí é um ponto de interrogação. Eu acho que infelizmente, na nossa área, eu converso muito com a gurizada assim, eu não me incomodo de dizer isso, mas o problema da EF é o professor de EF, se não fosse o professor de EF a nossa área seria uma maravilha, por que a maioria não tá a fim, tem alguns poucos que realmente estão a fim e aí desses poucos fazer a coisa acontecer. Por que nós temos uma área extremamente rica, que está num nicho agora entrando, um termo meio pejorativo, mas esse ambiente hospitalar, ou enfim, de intervenção na saúde, na medicalização. Que tenham bons profissionais entrando, que tenha uma boa seleção, e que bons profissionais entrem, eu acho que pode mudar bastante coisa, mas o cenário atual tem uma distância muito grande assim, com aqueles programinhas enlatados, que dá menos trabalho, aquela história que professor de EF adora fazer, passar pouco trabalho. Então, eu graças a Deus me dou muito bem com a EF, sou muito grato a minha profissão, mas eu acho que fiz por merecer, a maioria não tá querendo fazer, larga da área, ou faz o curso simplesmente por que não sabia o que gostaria de fazer. **Pergunto há quanto tempo ele está inserido neste ambiente de trabalho.** Aqui eu iniciei o trabalho, eu fui contratado para isso, eu fiz concurso em 2005, então estou há 8 anos aqui. Eu trouxe um modelo lá da ESEF da UFRGS, a partir de algumas disciplinas que dei lá, e depois montei um curso de extensão na época, que envolvia só musculação, e daí quando fui contratado, quando passei no concurso aqui, daí eu trouxe o modelo para cá. Então nestes moldes que eu trabalho aqui, claro aqui enriqueceu mais, mas esses mesmos moldes de atividades, prescrição por horário, enfim, grupos pré-estabelecidos, faz uns 12 anos já. **Complemento indagando se ele está de fato realizado na sua área, e se ainda tem uma visão bem positiva da área.** É, por que de certa forma, a coisa foi estruturada, como eu fui o primeiro que entrou, eu montei a estrutura da maneira como eu gostaria entende, então a visão que eu tenho de intervenção ou de como a atividade tem que ser vista é a minha sabe, se eu tivesse entrado em uma coisa que já tivesse andando e com uma visão totalmente diferente não sei se seria a mesma coisa, por que uma coisa que eu

gosto de falar também, isso que te falei da medicalização, ou daquela coisa pré-estabelecida, eu já tive algumas conversas assim com alunos, que primeiro sou um pouco estranho depois eles entenderam de como funciona na rua e de como funciona aqui. As pessoas elas normalmente iam para uma academia e pagavam uma taxa x para fazer uma determinada atividade, né. Pagava uma taxa x mais y para fazer aquela atividade mais aquela outra. E daí eu perguntava, tá mas quem é que tá prescrevendo atividade pra ti, é tu ou é o professor? Então quem tava prescrevendo era o próprio aluno, aqui não tem essa, aqui quem prescreve a atividade é o professor. Só que essas coisas demoram tempo assim, é um choque cultural, por que o exercício tá tão banalizado, ele é levado assim, qualquer um dá aula, se quero fazer uma coisa, vou lá na academia pago a minha taxa e acabou. Primeiro rolou um choque, tive discussões inclusive com a classe médica, bem sérias a respeito disso. **Tu encontras dificuldade nesta relação entre áreas, principalmente EF e medicina, tu encontra ainda muitos embates?** É aquilo que a gente tinha comentado antes assim, é muito bonito na teoria, falar não, que as pessoas tem que sofrer intervenções de equipes multidisciplinares e não sei o que, tá ótimo lá no livro, só que não existe nenhuma relação entre estes diferentes profissionais, na maioria das vezes existe intervenção em áreas que não são da sua alçada, assim com a fisioterapia, assim com a nutrição, assim com a EF e assim com a medicina. Eu tive um caso, que eu cheguei e botei olha fulano, na próxima vez que tu for dizer os exercícios que o meu aluno tem que fazer. Eu vou ir falar qual é a prescrição médica, o fármaco que tu vai indicar, tu vai gostar? Cheguei neste tom, entendeu, por que estava demais, só que os caras estão acostumados a fazer este tipo de coisa, então começou com atrito, hoje em dia eu tenho uma relação boa, só que às vezes falta um posicionamento do professor de EF com respaldo, não adianta querer simplesmente ganhar no grito, tem que ter um respaldo sobre aquilo que está falando. E, às vezes eu acho que o professor ele fica um pouco acomodado, ele se sente um pouco acuado, bah, mas o fulano é médico, médico é outro profissional como tu, então existe atrito, existe problema e isso não vai ser resolvido logo, e acho que nem vai ser resolvido, olha não tem como ser resolvido praticamente, por que entra muito ego, tem muito disso. Só que o tempo faz com que as coisas aconteçam, se tu tens respaldo, e se tu realmente sabe do que tu está falando ali, tu começa a ter um, como vou dizer, galgar um respeito profissional assim, a tua voz ela começa a ser escutada de uma maneira diferente, eu acho que este é o grande problema da nossa área, a maioria dos professores não tem voz ativa, eles reclamam para eles mesmos, mas na hora de se mexer para fazer alguma coisa, não fazem nada.

**Guia de Entrevista**

Nome/identificação Atribuída: Participante 5/Entrevista 5

Tempo de atuação: Mais de dez anos.

Setor: Saúde mental Data: 04/03/2014

1. Para ti, enquanto profissional de Educação Física, quando a EF (enquanto área) entra na área da saúde? Começar contando como ou em que momento da tua formação, tu passaste a te interessar pelas questões relacionadas ao trabalho em saúde.

Bom, assim primeiramente acho que passa um pouco pela minha formação que foi de 98 a final de 2001, início de 2002 no IPA. Formação muito voltada para a questão escolar era licenciatura plena, mas tinha um pouco de enfoque com questões de saúde, mas de saúde no sentido de trabalhar com as questões assim da atividade física quanto promotora de saúde e prevenção de doenças, nessa lógica. E aí durante a minha formação ainda eu tive a oportunidade de fazer um estágio no hospital X. Então eu fui para o hospital X e ali eu trabalhava com ginástica laboral que era uma experiência prévia que eu tinha tido no hospital Y enfim, e ali eu fui sendo digamos assim, capturado a trabalhar em outros aspectos da saúde e não só nos aspectos da saúde do trabalhador, que a ginástica laboral tá mais inserida nesse aspecto, e aí eu fui convidado a trabalhar com saúde mental, na ala de psiquiatria e tal, e fui me envolvendo com aquilo ali. Mas na minha formação teórica lá no IPA na faculdade eu não via nada disso, então eu fui obrigado a caminhar sozinho um pouco por essa inserção da EF na saúde. Então ela foi surgindo aos poucos pra mim, ela foi aparecendo, surgindo aos poucos, mas em seguida eu acabo me enveredando total por este lado, mesmo a minha formação não me contemplando com políticas públicas, com o SUS com essas coisas do tipo. Eu tive que buscar por mim mesmo assim. **Pergunto se ele chegou a fazer Residência ou algo do tipo.** Não, o meu período de fazer Residência eu entre aspas eu chamo de perdi o tempo de fazer a Residência, porque quando eu me formei eu tive a oportunidade de entrar no Hospital S como professor, então quando eu entrei no Hospital S como professor, seria exatamente o momento que eu deveria, deveria entre aspas também, estar fazendo a Residência, ter a experiência de fazer a Residência. Mas não, eu entrei direto como profissional, como professor, e aí eu fui me infiltrando e trabalhei no Hospital S até 2011. **Pergunto se as buscas por conhecimentos dele foram de fato acontecendo na medida em que ele estava atuando na prática.** Isso, exatamente assim, porque o que acontecia, na minha prática, na minha inserção profissional dentro da saúde eu acabava me deparando com situações de trabalhar com aqueles usuários, com situações que a minha formação, que lá na faculdade, com disciplinas, nos trabalhos, enfim, não dava conta. Aquele discurso de que ah o indivíduo que caminha três vezes por semana, etc, bom eu tava lidando ali com esquizofrênicos, com doenças crônicas, com algo já bem estacionado, bem instituído na vida daquelas pessoas, que aquele discurso que eu ouvi na faculdade não contemplava as ações ali, então eu tive que buscar em outros, eu tive que ir atrás de várias coisas. Aí eu fiz uma especialização em Saúde Pública, então eu fui indo atrás aos poucos, eu fui me envolvendo muito com as questões da Residência enquanto professor da Instituição, então lá no Hospital S a Residência da Escola de Saúde Pública de Saúde Mental Coletiva, o campo prático foi por muito tempo o Hospital S. Então como eu era professor do Hospital S eu me envolvi com a Residência enquanto preceptor de núcleo, então eu fui, tive que ir muito atrás desses aportes teóricos de práticas

corporais, de dar conta mais das questões sociais e acompanhamento terapêutico, enfim. **Retomo questionando o período em que ele entrou no Hospital S e quando saiu.** Entrei em 2002 e fiquei até 2011. **Reforço dizendo que é uma boa experiência em termos de tempo também.** Isso foram oito anos, oito anos e pouco de experiência como professor, mas eu fiz estágio no Hospital S, meu último estágio ainda na Graduação foi lá no Hospital S, no Hospital X que eu te falei, dali eu fui para o S. Eu tive uma experiência de quase dois anos de estágio no Hospital S, e aí quando eu me formei surgiu a oportunidade de entrar no Hospital S, com uma vaga desses cargos de confiança e aí então eu permaneci por dois governos, eu entrei no governo do Olívio, permaneci no governo do Rigotto, permaneci no governo da Leda e aí no início do governo do Tarso eu saio. **Pergunto se a saída dele se deve ao fato dele ter ido para outro espaço ou não.** Não, eu saí por que fui exonerado, eu fui demitido por questões praticamente políticas, então apesar da minha função assim de eu ter um cargo de confiança que é regido pelas questões políticas, o cargo que eu desempenhava lá, era um cargo extremamente funcional. Eu trabalhava na assistência com os pacientes, eu não estava ali por nenhuma bandeira política assim, então tem um momento que eu entro como CC no governo do Olívio, no governo PT, aí no governo do Rigotto eu me mantenho no cargo, no governo da Leda eu também me mantenho, e aí eu tive uma sanção dentro da Instituição, de profissional eu fui assumindo as questões da Residência, supervisão de estagiários, palestras sobre o trabalho da EF na saúde mental não especificamente dentro do Hospital S, em Faculdades na Ulbra, na PUC, na UFRGS. Fui fazendo este tipo de trabalho também um pouco fora, a partir de convites, lógico. Também cheguei na coordenação do serviço de EF e aí então quando entra o governo do Tarso, ah o que que aconteceu, no governo do Tarso tem uma coisa importante assim, que acho que é o ponto dessa história de eu ter saído, que o Tarso ele deu a pasta da saúde do governo do Estado pro PDT. E o PDT de uma certa forma ele reformulou tudo, entrou atropelando tudo. Então para botar lá o sobrinho de alguém eu saí, entendeu? Mais ou menos, exatamente assim, tipo eu fui avisado de um dia para o outro não, eu fui no dia que eu não deveria mais ir, me avisaram. Tipo oh tu tá demitido já, saiu ontem no diário, entendeu? Então, e depois assim de um tempo, um ano depois eu fiquei sabendo que tá entrou uma menina recém formada em EF para trabalhar, tipo toda a minha caminhada, trajetória, experiência, não foi levada em consideração, foi negada. A tua pergunta ela é muito boa, quando que tu acha que a EF, eu acho que a EF ela tá na saúde por que a EF é saúde, de uma certa forma, mas é que tu tem que cuidar muito quando a gente fala que a EF é saúde por conta desses, aí a gente vai entrar um pouco em conceitos e situações. Nesse sentido que a gente tem que tá sempre muito alerta, por que assim é muito fácil a gente cair no discurso de que a EF é saúde por que indivíduos ativos e tal vão prevenir doenças cardiovasculares, o diabetes e isso, isso e aquilo, que é um discurso que de uma certa forma as plataformas de governo tanto estadual, federal e municipal elas vêm divulgando. Aqueles programas lá do, como é que é, se mexa Brasil, Agita Brasil, Agita não sei o que, Agita São Paulo, Agita isso, Agita aquilo, então com várias dicas e questões relacionadas a atividade física e tal. Eu acho que a EF é saúde, enquanto uma área que pode promover esse movimento corporal, essa prática corporal, mas ela também, ela não pode engessar as pessoas, capturar as pessoas pra isso, por que assim, não adianta a gente dizer para as pessoas que elas tem que se movimentar, que elas têm que ter uma boa prática regular de exercício físico, tal tal tal, por que aí o que vem colado com isso, vem colado com isso muitas coisas, a atividade de academia, o exercício como vai correr,

para desempenho. Que daí assim para terceira idade é dança, é ginástica, hidroginástica, isso e aquilo. Então a gente tem que entender o acesso que as pessoas têm para poder usufruir disso e mais importante do que o acesso é se isso faz sentido para as pessoas. Esse é o meu ponto as pessoas elas têm que se envolver na atividade física, exercício físico, prática corporal, o que a gente quiser nomear de movimento corporal, elas têm que se envolver em algo que faça sentido pra ela. Bom, o sentido pra mim é pegar o meu cachorro e ir correr dez voltas na quadra, se o cara se sente feliz e se o cara quando acorda e vai fazer isso, ele acorda feliz e a fim de fazer isso é ótimo. O problema é o cara acordar e falar assim: lá vou eu fazer hidroginástica com aquele professor que fica gritando na aula com uma música no volume 20 nos meus ouvidos. Essa atividade não vai durar, tá entendendo. **Complemento dizendo que este tipo de atividade também não estaria de fato colaborando para a saúde deste indivíduo.** É isso, algo meio imposto, vem colado no discurso aí entra a questão assim do discurso de culpabilização, de colocar a culpa no indivíduo. Ah tu é gordo, tu é doente, não sei o que, por quê? Porque tu não te mexe, tu não faz, e daqui a pouco aquela pessoa não se sente bem correndo, fazendo academia, jogando futebol, então deixa as pessoas, deixa as pessoas fazerem o que elas gostam. Então assim, se faz sentido jogar frescobol na praça, se faz sentido andar de skate, se faz sentido jogar bola uma vez por semana, que aí é o meu caso, por exemplo, a minha atividade física regular, claro que eu gostaria de fazer mais, eu gosto de fazer o movimento, eu gosto de praticar várias coisas, mas pra mim por enquanto com filho pequeno, tô fazendo mestrado também e trabalhando bastante, fica mais complicado, o nosso tempo ele é muito curto. Ele é curto para tudo o que nos exigem não é. Então, eu jogo futebol uma vez na semana. Uma vez na semana eu encontro lá com os parceiros das antigas, do colégio, da faculdade e tal, e junta dez caras atrás de uma bola, pronto, esta é a minha atividade, é pouco? Pode ser que seja, mas pra mim está sendo suficiente, a partir do momento que a minha vida está assim tão atribulada. Então às vezes é isso, a gente tem que olhar muito a vida da pessoa, quem é aquele indivíduo, o que ele faz, o que ele gosta. Então a EF ela entra, ela por si só ela entra na saúde, ela não chegou batendo na porta lá da medicina, da enfermagem, da biologia, dizendo olha eu também sou da área da saúde, eu quero... Não, ela não precisou bater na porta e pedir para entrar, ela simplesmente entrou a partir da sua essência, do seu fazer, acho que é por aí.

2. O que entendes por promoção da saúde? E, de que forma tens atuado nos serviços em prol desse conceito?

Bom, Promoção da saúde assim seria uma, como é que eu posso talvez te responder, como uma, pra mim é uma estratégia política, política pública de se promover diversas ações relacionadas à saúde. Como por exemplo, a criação de programas, mas eu acho um tanto quanto complicado também, porque claro que é importante ter diretrizes, nortes a serem seguidos, nortes objetivos traçados e tal, mas, acho que essa questão do que significa e do que que faz sentido para cada uma das pessoas é que a gente tem que pensar e problematizar um pouco mais. Mas, a promoção de saúde vai por aí assim, é uma estratégia, políticas públicas, ações que vão talvez produzir ou tem a intenção de se produzir, de oferecer enfim, atividades, enfim que possam ajudar na saúde das pessoas de uma forma geral. E, no meu trabalho, claro eu, na minha ação específica né, eu falo muito isso pros pacientes, eu trabalho dentro de um hospital, o que já é complicado. Lá dentro do hospital tu é permeado por muitas coisas, principalmente as institucionais, e o Hospital X **(atual)** é uma Instituição bem complexa, bem difícil de várias formas. Mas, na minha ação específica, ali quando eu estou com os usuários, assim dentro de

uma sala, desenvolvendo uma atividade com eles, eu provoço muito os caras, eu provoço muito neste sentido, o que te faz levantar da cadeira, o que te movimentar, o que faz sentido pra ti e tal. E é claro que eles, eu trabalho então, em uma Unidade de Internação para dependência química, onde a gente tem tido a experiência de ter a unidade mais ou menos meio a meio, com usuário só de álcool, pacientes alcoolistas, então são pacientes mais velhos, o álcool tem uma, ele demora um pouco mais para o cara se dar conta do problema, então são indivíduos com mais de 40 anos, 45 – 50 – 60 anos. Nós temos uma leva também de usuários de crack, e aí o perfil muda porque é uma droga bem mais potente, na questão da dependência química e bem mais destrutiva enquanto, não que seja mais destrutiva que o álcool, o álcool é bastante destrutivo também, mas ele é mais rápido, então são indivíduos mais jovens, aí tem cara de 18 – 19 – 20 e poucos anos, 30 e poucos anos. Então eu provoço muito esses caras, claro que quando eles chegam eles estão muito debilitados e às vezes talvez eles não consigam captar o que eu estou talvez instigando, mas, eu provoço neste sentido assim te tentar promover esta saúde pra eles, para tentar trazer alguma ação de promoção da saúde. É que eu acho que a minha prática ela não se encaixa muito nisso, mas enfim, tentando encaixar é isso assim, é plantar uma semente dentro do cara ali, mas para ele ir atrás do que faz sentido para ele, que ele acredita. **Interrompo complementando: o que deixa o sujeito mais feliz? E, faça um apanhado da resposta anterior, mencionando quando ele se refere a permitir que as pessoas façam aquilo que as deixa mais felizes e se isto tem então relação com as práticas.** Sintetizando é isso.

3. Tens alguma aproximação com o conceito de Educação e Saúde? Comente sobre o seu entendimento a respeito do conceito e se consegue atuar nos serviços a partir desses preceitos.

Ah Educação e Saúde isso é bem importante, acho bem importante. Por que assim o trabalho em saúde ele não é assim, é assistência, vou no médico e isso e aquilo, isso é um certo nó que a gente tem na saúde pública e privada também, por que fica na lógica paternalista, assistencialista que acho que esses são alguns dos problemas, dos nós da saúde do Brasil como um todo, não só no Brasil, mas assim como uma forma de tu não, por que assim falta essa educação e saúde. Eu acho muito importante que, nesses atendimentos quando um usuário busca um serviço de saúde, ele é pouco educado em relação a sua saúde, então já se criou e isso não é de agora, mas de muito tempo a busca pelo serviço de saúde e muito forte ainda a busca pelo médico, e o cara vai resolver os problemas ali dando um comprimido, dando um antibiótico tal, tal tal e se resolve. Mas, se trabalha muito pouco essas ações de educação e saúde, e algo de educar, não é só de educar mas de tu poder dar uma ( tá me faltando essa palavra, kkk) capacitar a pessoa, enfim, para que ela tenha as condições na vida dela, que ela possa se cuidar um pouco melhor, eu acho que é essa a questão da educação e saúde, ela é um ponto importantíssimo a ser trabalhado, mas eu acho que falta também, aí esse que o problema se a gente, eu to aqui colocando muitas coisas no usuário, mas eu acho que este problema não é somente do usuário, o problema é também do trabalhador, e falta também, enfim, ser capacitado a trabalhar com as questões de educação em saúde. Eu acho que em postos de saúde, alguns postos de saúde, assim de unidade básica que trabalham um pouco com essa demanda, por exemplo, em serviços hospitalares isso se trabalha muito pouco. **Questiono o entrevistado sobre o que ele acha que impede, em partes, o trabalho com educação e saúde em ambientes hospitalares, se isso se dá em razão do tempo para trabalhar com cada paciente, ou se de fato esses preceitos estão fora do foco daqueles trabalhadores em saúde.** Eu acho

que é um pouco de cada coisa, é que assim o trabalhador que não é de hospital ele também cansa, ele também está esgotado, hoje em dia há um esgotamento de todos os trabalhadores, de uma certa forma, e aí às vezes a conflitiva, o conflito do usuário também não estar ainda com o ouvido ou com a cabeça aberta para chegar lá e ouvir uma aula, uma palestra, uma orientação no sentido mais, de uma ação mais educativa em saúde, o cara quer chegar lá e se ele não sair com a receita ele acha que não foi atendido. Essa é a visão que o usuário tem né, e é muito difícil esse trabalho de tu conseguires fazer com que o usuário venha um pouco mais aberto para uma conversa, então nessa conflitiva o trabalhador também acaba então tá aqui a tua receita, pega e vai, e chama um outro. Acho que não é eu não sei, talvez eu falando assim da unidade básica, é que eu conheço pouco o trabalho prático nas unidades básicas, mas o pouco que eu conheço me parece que as ações de educação em saúde ali acontecem, eu sei que existem algumas exigências, por exemplo, uma vivência prática minha, com a minha esposa foi o pré-natal, então antes dela consultar com a obstetra ela tinha que passar por um grupo de enfermagem, passou lá por 3 – 4 grupos com outras gestantes, um trabalho bem legal. Então parece que o posto trabalha um pouco melhor com isso, mas numa coisa assim meio obrigada, pois tu só vai consultar com o obstetra se tu passar por 2-3 grupos aqui com o pessoal, então o pessoal acaba passando, só que eu não sei o quanto disposto estão estes usuários a passar por isso e, aquela ação ser realmente efetiva. Isso não só na questão de gestantes, mas tipo o grupo de tabagismo, o grupo de hipertensão, o posto trabalha muito na lógica dos hipertensos, diabetes, grupos de risco.

4. Atualmente, tem toda uma discussão sobre a medicalização, em um sentido mais amplo, pensando na medicalização como algo para além da administração de medicamentos (como algo mais prescritivo), como a EF tem atuado nos ambientes de saúde? Dá para fazer alguma relação entre esses dois aspectos?

Alana, totalmente. Acho que a ação da EF, acrítica, sem muito crítica, é muito fácil o professor da EF cair nessa lógica. E esse termo medicalização da vida, que seja, ou medicalização, bem esse conceito que tu deste aí bastante amplo, tá bem legal, a EF está totalmente capturada por isso. É o que gestores, é o que administradores, é o que usuários, e é o que muitos profissionais acabam fazendo, então assim, a ação da EF em muitos espaços de saúde ela é medicalizadora e prescritiva, e ela vem com o seguinte discurso, é mais ou menos assim, imagina um professor de EF com um bloco de receitas, sentado numa mesa e aí o indivíduo chega e o professor de EF, exatamente como uma ação que é do médico, por histórica, é caricata, de caricatura do médico, ele o professor de EF vai lá e diz assim: tu vai correr três vezes por semana, 15 minutos, numa marcha moderada, assim e assim, e vamos monitorar a tua frequência cardíaca, tu vai trabalhar na zona de 60 a 70% da tua frequência cardíaca máxima, que a gente calculou na avaliação, então tu tem que correr e a tua frequência tem que ficar entre 150 – 170 batimentos, se passar disso tu volta aqui semana que vem que a gente reavalia. E aí tira o papel e entrega para o cara e pronto. Então, acho que essa questão da medicalização, ela tá muito conectada com a EF, mas muito mesmo, e por conta do que a formação nos cursos de EF hoje vem trabalhando, hoje não né, há muito tempo vem trabalhando. E eu vejo o movimento de mudar isso, ele existe, tem bastante gente, eu até não diria assim, mas tem gente trabalhando nesse sentido, fazendo críticas, fazendo análises de trabalhos na assistência em relação a esses conceitos de medicalização. Então, a EF tá sim capturada por isso e enfim, acho que o trabalho ele é longo e acho que isso ainda vai ser carregado

ainda pela EF por bastante tempo.

5. Que tipo de estratégias tu utilizas na prática? Contar como acontecem as tuas práticas, se possível descrever uma ou mais situações.

No Hospital X, nesta unidade de internação a gente trabalha com grupos de usuários, e a gente tem mais ou menos, mais ou menos não, a gente tem dois formatos de atividades, na verdade são até três. Então assim, dentro das possibilidades de espaço físico que nós temos, ali no hospital X tem uma sala de convivência, onde acontecem grupos, grupos terapêuticos, coordenados por diversos profissionais, e principalmente por um consultor em dependência química aqui na unidade, eu participo de atividades desse tipo, que são atividades mais de grupos terapêuticos e aí nas ações específicas da EF a gente trabalha com boxe, a gente tem um trabalho como o boxe mesmo. Fazendo oficinas de introdução à prática do boxe, de introdução ao esporte. Tem toda uma, como eu vou te dizer, tem toda uma ideia de que aspectos que são trabalhados na prática do boxe estão muito conectadas com as questões que são trabalhadas com a dependência química. Por exemplo, o boxe é um esporte que tem regras, é um esporte dito ou visto como violento, agressivo, é um esporte que exige muita disciplina, é um esporte que exige muito cuidado, que exige muito autocuidado, o cuidado consigo mesmo. Se eu entro num ringue num combate contra o outro adversário e eu não estou me cuidando, eu vou tomar muita porrada então, tem toda uma questão de trabalhar o autocuidado no sentido de se proteger, fazer a base, fazer a guarda, trabalhar os movimentos, os elementos de esquiva, então assim, a gente vai procurando traçar este paralelo. O boxe é um esporte que tem muita regra, e as questões das regras, das disciplinas, na dependência química são aspectos bem importantes de serem trabalhados. O dependente ou o usuário de substâncias, de drogas, enfim, ele tem esse trabalho específico. Mas, é uma atividade de introdução, lembrando que essa internação, ela não é uma internação muito longa. As atividades elas são mais pontuais, naquele sentido de se implementar uma semente, que o cara possa se identificar com esta atividade ou não, e mesmo que ele não se identifique com o boxe a gente pode perceber, na minha fala eu bato muito na tecla: bom cara se tu gosta de jogar bolinha de gude, vai jogar bolinha de gude. Mas, ali onde a gente trabalha com o boxe tem tido uma boa, tem uma boa repercussão na unidade, esse público da dependência química ele tem uma identificação com este esporte, então eles gostam bastante, é um trabalho que já está sendo feito há pouco mais de um ano e está sendo bem interessante. **Pergunto se o grupo é misto.** Não é uma unidade só masculina, são 20 leitos masculinos. **Pergunto se o boxe é ofertado tanto para os pacientes usuários de crack como os alcoolistas.** Sim, é uma atividade que é oferecida para todos os pacientes. **Interrompo perguntando se os 20 leitos estão divididos entre usuários de crack e alcoólatras em sua maioria.** Sim, mas não é específico, tipo 10 são para álcool, 10 são para crack. São 20 leitos gerais para dependência química, para quem for chegando. Aquilo que eu falei assim que atualmente está meio dividido, está dividido por uma questão de procura e de demanda, mas pode acontecer da gente estar com a unidade somente com crack, ou o contrário, não tem assim uma regra. **Pergunto qual é o tempo de duração destas internações em média.** Essas internações com a chegada dos pacientes alcoolistas, a média de internação de duração de internação, na verdade ela aumentou um pouco. Os alcoolistas como eles vão desenvolvendo a dependência ao longo de muitos anos e o álcool traz muitas complicações clínicas, então o número de dias de internação ele aumentou por conta de algumas internações um pouco mais prolongadas dos alcoolistas, por questões mais clínicas. Chega lá com problema de circulação, ou com problema no

figado, com problemas clínicos que precisam ter um cuidado um pouco maior, então este período de internação médio ele aumentou um pouco, antes quando a unidade atendia, por que como a unidade abriu em 2012 e ela era destinada só para usuário de crack, o projeto inicial era para atender só o crack, então tinha uma média de internação de 21, 20 e poucos dias. E, depois agora com os alcoolistas este período ele aumentou um pouco, então agora em média a internação tem ficado em 30, 30 e poucos dias. Claro que a gente tem pacientes que chegam para internar, ficam 3, 4 dias, eles dão uma melhoradinha pouca e o cara já não quer ficar, por que não quer ficar internado, por que não é o que ele queria, não sei o que. Então ele vai embora com uma alta mais precoce, eles não são obrigados a ficar, a internação ela é voluntária, e a unidade tem uma visão de que independente da dependência química o usuário, o individuo que está se tratando ele tem que querer estar ali, não adianta fechar as portas, trancar o cara e o cara não vai estar nunca aberto a nenhuma abordagem, por mais interessante que ela possa parecer o cara não vai se vincular. Então se chama a família, se conversa e se procura dar um outro encaminhamento para aquele cara que não quer ficar mais do que 2, 3 dias. E aí os outros sim, tem um programa terapêutico, com muitos trabalhos em grupo, e aí acontecem diversas atividades de prevenção da recaída, de grupos psicoeducativos, na dependência química se trabalha muito nesse enfoque. **Pergunto se eles trabalham com outros profissionais em grupos, ou se há uma divisão entre as categorias profissionais.** Participamos com os outros profissionais de outros grupos e até mesmo os grupos que tem um enfoque mais específico da EF como o boxe e outras oficinas que eu vou te relatar agora tem a participação de outros profissionais, mas os outros profissionais estão ali quase que tipo vivenciando, estando junto. Mas, claro tem atividades que o consultor lá tá coordenando e eu estou junto, e faço alguns apontamentos, durante o grupo eu posso fazer algumas, e nas atividades que são práticas, como essa do boxe e as outras oficinas que a gente oferece, a gente tem também a participação de outros profissionais eventualmente, mas quem coordena essas atividades somos nós. Então, além do boxe, da prática do esporte, a gente trabalha também com oficinas e aí a gente usa técnicas e dinâmicas diversas, então, só para elencar uma ou duas delas, eu trabalho com uma atividade que eu chamo de resgate da infância, que é uma atividade que a gente propõe para o grupo refletir e pensar que tipo de atividades eles desenvolviam antes de se envolver com o uso de drogas, que eles gostavam muito de fazer, mas que por conta do uso de drogas eles acabaram deixando de lado, e aí o pessoal elenca lá: eu jogava futebol, eu andava de skate, eu fazia isso, fazia aquilo. Depois a gente vai trabalhando as questões mais da infância, como que tipo de jogos e brincadeiras eles jogavam na infância, e aí o grupo fala diversas coisas, e tem cara que tem 60, 70 anos e tem cara que tem 20 e poucos, então o cara fala eu jogava videogame, eu brincava de carrinho de rolimã, jogava taco, polícia e ladrão, aí eles falam um monte de brincadeiras, e aí nesse espaço, que é um espaço um pouco restrito, que é uma sala, não muito grande, mas também não é uma sala minúscula, nesse espaço a gente oferece alguns materiais e o grupo procura criar assim um jogo, ou vivenciar algum jogo da infância, e, depois faz uma discussão final. Então é uma atividade que resgata um pouco estas questões mais saudáveis, enfim, da infância e tal, e poder mostrar para eles que existe sim vida após o uso de substâncias, que dá para se tratar para vencer, enfim, tem um cunho bem interessante. E outras oficinas, por exemplo, o jogo da peteca, a gente joga peteca e faz um paralelo com a expressão “não deixar a peteca cair”, o que significa para eles, não deixar a peteca cair, e eles comentam, ah é não desistir é seguir em frente. Sempre nessas atividades a gente procura bem

lincado, bem associado com as questões de terapia, de tratamento e de reflexão em relação ao uso de drogas. **Pergunto se a participação nas oficinas se dá de forma voluntária, ou se há um horário pré-determinado pela Instituição.** Não, tem um horário dependendo dessas atividades que acontecem duas vezes por semana, então assim quando o camarada chega na unidade ele passa por um período de avaliação e ele fica mais no quarto, ele não ingressa nestas atividades, não ingressa nos grupos, depois que passa o período mais de adaptação da medicação, por que tem uma medicação para ajudar nas questões clínicas e também nas questões, principalmente, de fissura e do cara poder ficar mais conectado com o mundo, eles ingressam num grupo, então quando eles chegam nos grupos, a participar dos grupos, tem uma certa cobrança do cara estar participando, claro que se ele apresenta alguma questão clínica, ou alguma dificuldade de estar no grupo, de não conseguir participar vai ser reavaliado a participação dele nos grupos, mas se o cara tá ali, tá liberado, tá participando dos grupos, tá bem e tal, ele tem uma certa cobrança e obrigatoriedade de estar no grupo. Tem uma avaliação que a gente faz, de que o cara que tá participando, que está vindo nas atividades, ele se mostra um pouco motivado para o tratamento, o cara que assim ah não vou neste grupo, ah não vou naquilo, a gente começa a questionar a motivação que ele tem para se tratar, começa a questionar então se esse modelo para um posto é o que esse cara tá se identificando ou não, daqui a pouco ele não tá se identificando com esse modelo, a gente pode, a gente pode não, a gente vai avaliar com ele, com a família e vamos ver outros serviços de saúde, encaminhar ele para um CAPS, encaminhar ele, ele não precisa então, passado um período básico de 7 a 10 dias de internação que é suficiente para desintoxicar, aí se avalia se ele vai seguir na internação e ter um pouco, vivenciar um pouco essas atividades de práticas, de prevenção da recaída, conhecer um pouco mais a dependência química e poder reorganizar a vida social dele, aí então se encaminha para um outro serviço. E aí assim, para finalizar a questão das atividades que são desenvolvidas, depois de uma semana do cara internado, o cara participando das atividades a gente convida ele para participar do programa de exercícios físicos da academia. No Hospital X tem uma academia, onde a gente organizou um programa de exercícios, e lá é uma coisa bem capturada, digamos assim, do que se diz, capturada assim pelos gestores, pelas chefias, e o que nós, por exemplo, professores de EF que trabalhamos lá, não temos muita escolha, assim ah não a gente não quer trabalhar com exercício de academia, pelo menos a mim não foi dada essa possibilidade, então vai trabalhar com academia. Então a gente organizou, a gente acredita um pouco na prática e tudo, ali para eles e tal, mas claro que a gente, eu tenho algumas críticas em relação ao desenvolvimento do trabalho, ou assim, talvez não fosse o formato ideal, por que o cara tá internado ele não vai ficar ali seis meses, ele vai ficar ali três semanas, um mês no máximo, talvez um alcoolista fique 40 – 50 dias, ele vai se beneficiar desta prática? Vai, vai se beneficiar, mas e depois, ele vai ter acesso, ele vai seguir, ele gosta, faz sentido pra ele, são essas questões que eu volto lá na minha primeira resposta são esses trabalhos específicos de academia, mas é isso, depois de 7 dias de internação, do cara estar participando das atividades, ele pode ingressar nesse programa de exercícios físicos, que é numa academia que fica no mesmo andar da unidade de internação, e tem uma academia ali, com esteiras, com bicicletas, com uma estação de musculação, com halteres, como uma academia, como todo mundo conhece, e ali a gente desenvolve com eles atividades aeróbicas e de resistência muscular, mas também, claro este é o diferencial sempre trabalhando as questões da dependência química, sempre puxando os caras, claro e também assim a partir de avaliações, a gente faz um

teste para ver qual, aquilo que eu disse a tua zona de treinamento, aquilo tudo que eu falei lá antes, como se fosse a prescrição, na verdade é aí, aí tá a atividade lá do meu trabalho que é uma visão medicalizadora da EF, mais prescritiva exatamente, ali a gente prescreve o exercício para o cara. O cara vem e a gente faz uma avaliação e a gente vê qual é a frequência cardíaca máxima dele e aí a gente bota ele na esteira e vê uma frequência, sabe monitora a frequência cardíaca, o cara vai trabalhar dentro de uma zona assim, assim e assim, e pronto, e aí faz o teste de força, lá o cara vai puxar 20 kg no supino vai puxar 30 não sei aonde, e aí tá ali na ficha dele, eles vêm em grupo a gente organiza faz o aquecimento, alonga, vão para os aparelhos, sai dos aparelhos, como é que se sentem, como não se sente, faz uma avaliação e deu.

6. Na tua opinião, a inserção dos profissionais de EF nos ambientes de saúde – estaria “servindo” como uma forma de medicalização da EF? E o que tu tens a dizer sobre isso:

Com certeza, é isso que acontece, a não ser quando a gente tem profissionais atuando nesses espaços e busquem alternativas que propõe outras formas de desenvolver a EF nesses espaços, mas isso tem também a gente não pode dizer que não. É que às vezes o professor de EF faz o que é esperado que ele faça. **Interrompo questionando se a medicalização da EF transformando a ação do profissional em algo mais prescritivo seria em função daquilo que se espera do profissional (em relação aos gestores, chefias) e não do que ele desejaria de fato realizar.** É assim, eu não sei se a gente pode fechar com isto que tu disseste, por que eu acho que a formação trabalha pra isso, o gestor quer isso, a mídia trabalha isso e a mídia trabalhando isso entra na cabeça da maioria das pessoas, e as pessoas querem isso, então assim quando tem um profissional que consegue fazer a leitura disso tudo, tem crítica em relação a isso, ele pode propor coisas diferentes, mas, de uma certa forma ele acaba sendo cobrado ou capturado por isso. **Pergunto se ele acha que isso se dá também em função do profissional de EF estar em um ambiente aonde há a figura do médico.** Com certeza, por que a entrada da EF na saúde, por mais que ela tenha sido legítima, ela segue, ela seguiu e segue ainda fortemente os preceitos da medicina, que é o corpo biológico, uma visão mais biológica, ah se eu trabalhar o meu corpo tantas vezes por semana assim, assim e assim, eu vou prevenir doença e tal, então assim, e como a medicina é uma ciência muito forte já, enraizada, praticamente incontestável, é essa linha que a EF vai seguir, Já ao seguir essa linha esbarra num monte de problemas, a gente tem visto assim muita gente na EF indo para outros lados, lado da sociologia, da antropologia, é essa contribuição das ciências humanas é que tem que ganhar mais força na minha opinião, e eu não estou aqui criticando e condenando a EF com essa visão biomédica, ela tem as suas contribuições, mas eu acho que as contribuições das ciências humanas ao conversar com o indivíduo, ao olhar mais para esta pessoa, para este sujeito, que não é só um corpo, que é uma história, que é uma experiência, que é um cara que sente, que sofre, que fica feliz, que enfim, que pulsa, que produz, que é vivo, vai ganhar tantas e tantas coisas que nem dá pra gente ficar só nesta questão biológica do corpo. Eu acho que tem que saber qual é a história desse cara o que aconteceu, como é que ele viveu, enfim, então acho que tem que haver uma fusão, uma contribuição dessas duas áreas, a gente não pode destruir uma para colocar a ciências humanas lá em cima, acho que as duas coisas tem que mais ou menos se fundir e trabalhar em conjunto. Por que a gente vê alguns professores muito radicais na questão das ciências humanas e criticando a biomedicina, o poder biomédico e as ações da EF que são voltadas biomedicamente falando, e ou tu vê pessoas trabalhando só com isso, três

vezes por semana, o teu treino é esse, a prescrição tá aqui e tal, tal, tal, sem levar em conta se isso faz sentido ou não para o cara, então tem que se refletir, porque as duas coisas elas tinham que se fundir, mas não é uma coisa simples, não é uma coisa fácil, a partir das formações que se tem hoje me dia, acho que é isso.

**Guia de Entrevista**

Nome/identificação Atribuída: Participante 7/Entrevista 7

Tempo de atuação: 4 anos e meio.

Setor: Mestranda em Psiquiatria, atua com recreação em saúde mental Data: 25/03/2014

1. Para ti, enquanto profissional de educação física, quando a EF (enquanto área) entra na área da saúde? Começar contando como ou em que momento da tua formação, tu passaste a te interessar pelas questões relacionadas ao trabalho em saúde.

Ela entra na área da saúde desde o princípio, quando iniciamos nosso curso aprendendo sobre anatomia, bioquímica, fisiologia, até o momento que somos iniciados nos estágios e temos o compromisso de promover melhores condições de saúde aos nossos alunos, prevenindo/tratando doenças físicas e também transtornos mentais, que muitas vezes têm respostas físicas também. A minha formação foi no Bacharelado, e vi essa perspectiva de inserir a EFI na área da saúde desde o início da minha formação. **Pergunto como ela se inseriu na área e como é a atuação profissional dela.** Inicialmente, eu queria cursar fisioterapia para trabalhar com pessoas com deficiência intelectual. Não foi possível e como a segunda opção era a educação física, iniciei o curso. No início, me voltei mais para a área de musculação, treinamento físico. Era monitora de anatomia, almejava trabalhar em academia. Na metade do curso, iniciei um estágio com musculação e estava ótimo mas também cursei uma cadeira teórica de atividade física adaptada e vi que a minha vontade lá da fisio poderia se concretizar na EFI. Paralelo ao meu estágio em musculação, iniciei um estágio obrigatório de ativ. física adaptada dando aula de natação para pessoas com síndrome de down, autismo, Paralisia Cerebral. Terminado este estágio, decidi que iria me dedicar a isso, larguei meu estágio na *Instituição X* e segui como monitora dessa disciplina prática durante dois anos. Tentei estágio nessa área e não conseguia, voltei pra musculação mas seguia como monitora. No último semestre, a faculdade oferecia a possibilidade de estagiar (estágio curricular) na unidade de internação psiquiátrica da *Instituição Y*. Eu só tinha a experiência com as pessoas com deficiência e tinha curiosidade em ver como era trabalhar na psiquiatria, com pessoas sem comprometimentos como os meus alunos tinham mas com transtornos mentais. Na mesma época, abriu o edital do PET Saúde Mental, com vaga para EFI e eu pensei que seria interessante eu me inserir no programa, enquanto realizava o estágio na *Instituição Y*. E aí eu me encontrei. Me encantei com o trabalho! Deixei as aulas de natação, segui com a musculação em função da grana, e me dediquei à saúde mental. Eu iria me formar na metade do ano e soube das residências multiprofissionais. Busquei os locais que ofereciam saúde mental para EFI e comecei a estudar. Concluí meu estágio, me formei e segui como bolsista do PET por mais um semestre, até realizar a prova da residência e passar. Fiz os dois anos da residência, aprendi muito e tive a certeza que fiz a escolha certa. Concluí em fev/14 e iniciei meu mestrado na psiquiatria.

2. O que entendes por promoção da saúde? E, de que forma tens atuado nos serviços em prol desse conceito?

Penso que pra promover saúde, precisamos primeiramente pensar o que é saúde, né. Eu imaginava que oferecer exercícios onde as pessoas pudessem melhorar sua condição cardiorrespiratória, controlar peso, etc, era promover saúde. Até começar a trabalhar e perceber que o buraco é bem mais embaixo.

Acredito que promovemos saúde não só oferecendo atividades que tenham o papel de auxiliar a um "não estado de doença" mas também quando temos um olhar atento às demandas mais escondidas dos alunos, quando temos uma escuta para as suas dificuldades, quando proporcionamos atividades que desafiem as pessoas a alcançar metas, a superar dificuldades, acreditar em si. No meu trabalho, além de pensar nos benefícios físicos do exercício, eu tenho que pensar nestes outros pontos, senão eu não estarei promovendo saúde, estarei apenas evitando uma doença.

3. Tens alguma aproximação com o conceito de Educação e Saúde? Comente sobre o seu entendimento a respeito do conceito e se consegue atuar nos serviços a partir desses preceitos.

Com o conceito de saúde, sim. Acho que foi uma das primeiras coisas discutidas na residência, o conceito de saúde ampliado, que após a Const. de 88 deixou de ser apenas a ausência de doença para se tornar também o acesso à educação, cultura, lazer, transporte, moradia, alimentação. Penso que foi uma mudança acertada de conceito, mas ainda pouco se faz para oferecer saúde nesta perspectiva. É tri difícil atuar a partir desses preceitos. Muitas vezes me senti frustrada e também inútil diante da complexidade dos problemas dos pacientes que conheci. Discutia com um colega que me sentia constrangida em, por exemplo, indicar uma caminhada para uma pessoa que mal tinha o que comer em casa.

4. Atualmente, tem toda uma discussão sobre a medicalização, em um sentido mais amplo, pensando na medicalização como algo para além da administração de medicamentos (como algo mais prescritivo), como a EF tem atuado nos ambientes de saúde? Dá para fazer alguma relação entre esses dois aspectos?

Na minha experiência recente, a EFI está pouco atuante nisso. Na saúde mental tem uma discussão enorme sobre medicalização e a EFI pouco participa. Nós temos pouco embasamento pra discutir sobre isso, não temos essas discussões na graduação, meu núcleo na residência tinha, mas de uma forma mais ideológica do que efetivamente prática, sabe. Sem contar na instituição. Fiz minha residência na *Instituição H*, um local onde só se fala em medicar no sentido mais restrito da palavra e onde as discussões mais amplas com os médicos são praticamente inexistentes (muito em função da falta de autonomia dos meus colegas que estão lá).

5. Que tipo de estratégias tu utilizas na prática? Contar como acontecem as tuas práticas, se possível descrever uma ou mais situações.

Eu sempre gostei de estudar, de ler artigos, me embasar nisso para montar treinos, explicar o porquê de tais exercícios para os alunos, por exemplo. Na saúde mental precisei estudar muito mais para conhecer os transtornos, conhecer sobre os medicamentos, as formas de tratamento, entender a história da saúde mental, muito mais mesmo! Mas no dia a dia, no trato com o paciente, a tua estratégia é tu usar tua capacidade de observação, tua capacidade de ser paciente, de te doar, de tentar, tentar e tentar mil vezes a mesma coisa e não desistir. Eu tive que aprender a conhecer muito mais "de gente" do que de corpo. Não sei se me fiz entender, mas no meu trabalho eu tenho que reconhecer expressões, sabe. Eu tenho que saber quando um paciente está alucinando, está em risco, quando eu estou em risco. Isso eu aprendi na teoria que existe, mas foi na prática que eu aprendi a reconhecer. E tenho que ler muito, estudar muito, pra ser "escutada" pelos meus colegas nos rounds. Pra eu não ser a guria da educação física que faz recreação.

6. Na tua opinião, a inserção dos profissionais de EF nos ambientes de saúde – estaria "servindo" como uma forma de medicalização da EF? E

**o que tu tens a dizer sobre isso:**

Se for associar medicalização à tratamento, então acho que sim. A EFI está nos ambientes de saúde, cada vez mais, atuante e reconhecida no tratamento de diversas patologias. A EFI não vai curar todas as mazelas do mundo, a pessoa que não tem o que comer não vai passar a ter praticando exercício, mas acho que a EFI toma conta de outro viés da vida dessa pessoa. Uma partezinha da qualidade de vida desta pessoa vai ter a chance de melhorar.

**Guia de Entrevista**

Nome/identificação Atribuída: Participante 10/ Entrevista 10  
Tempo de atuação: No hospital 2 anos e 6 meses. Na profissão na área da saúde 11 anos  
Setor: Serviço de Educação Física e Terapia Ocupacional Data: 22/05/2014

1. Para ti, enquanto profissional de educação física, quando a EF (enquanto área) entra na área da saúde? Começar contando como ou em que momento da tua formação, tu passaste a te interessar pelas questões relacionadas ao trabalho em saúde.

Olha, sei que a portaria que regulamenta a educação física como área da saúde é de 1999. Entrei para a faculdade neste ano, mas não via praticamente nada de campo de atuação nesta área. Meu curso foi de licenciatura plena e os estágios obrigatórios aconteciam sempre em escolas. Lembro que na época me interessei logo no primeiro ano de faculdade a trabalhar com educação física adaptada (deficientes mentais, visuais e físicos), hoje em dia “adaptada” faz referência a outros problemas de saúde como diabetes, hipertensão, lesões osteomusculares, trabalho com idosos etc. Bem, gostava dessa área, mas não havia campo de atuação para isso. A discussão na faculdade era muito rasa ou quase nula sobre atuar na área da saúde. Esta atuação estava somente atrelada à prescrição de exercícios físicos em academias, ao trabalho de personal trainer ou em clínicas de reabilitação. Havia projetos de extensão que trabalhavam com grupos de idosos e com pessoas com transtornos mentais crônicos em postos de saúde, este último já tentando realizar um trabalho de forma interdisciplinar, com ações compartilhadas entre diferentes núcleos profissionais. Comecei a me interessar pelas questões relacionadas à área da saúde quando ingressei como voluntária ou bolsista desses projetos. A atuação do profissional de educação física pra mim se ampliou tanto, enxergava minha atuação, ação educativa fora do ambiente escolar, mas tinha medo que esse espaço não existisse para que atuasse quando estivesse formada.

Logo que conclui a graduação em 2003 comecei trabalhando com prescrição de exercícios para grupos e individualmente, mas no mesmo ano surgiu a oportunidade de trabalhar via contrato em um centro de atenção psicossocial (CAPS) no município de pelotas. Bem era um trabalho que já conhecia e gostava muito, em 2004 houve concurso para cargo de educador físico para este serviço e ingressei. Desenvolvi meu trabalho lá até 2010. Desde a graduação ingressar no universo da saúde mental foi um desafio, e a vontade de conhecer mais e enxergar o quanto nosso núcleo profissional poderia contribuir nesse campo era empolgante. Conhecer o SUS, seus dispositivos, a luta do movimento faziam todo sentido. Então depois vim para Porto Alegre, desenvolvi um trabalho em uma das Gerencias Distritais do município pensando a implantação dos núcleos de apoio a saúde da família (Nasf), Academias de Saúde, Projetos de promoção da saúde juntos as equipes de PSF por um ano e meio. Em 2011 ingressei no trabalho com usuários de álcool e outras drogas no Hospital X onde trabalho atualmente. Paralelo a isso a formação constante é necessária para pensar a prática diária, discutindo o tema em eventos, trocar ideias, experiências. É um vício danado trabalhar na área da saúde e lutar pelo que se acredita.

2. O que entendes por promoção da saúde? E, de que forma tens atuado nos serviços em prol desse conceito?

Promoção da Saúde... É difícil conceituar, aborda tantas coisas... Promover saúde para mim significa contribuir de forma coletiva e individual para a autonomia dos sujeitos, promover ações que ajudem as pessoas a se conhecerem, a conhecerem e reconhecerem seus direitos e deveres. Reconhecerem suas dificuldades, ajudar a entenderem de que forma lidar com elas e principalmente reconhecerem suas potencialidades e possibilidades, além de desenvolvê-las através de estímulo e cuidado. Promover saúde é oportunizar a todo cidadão o direito ao acesso aos serviços de saúde em todos seus níveis, ter acesso à moradia, a viver um ambiente com condições sanitárias adequadas, ter acesso à educação, ao esporte, a cultura e ao lazer, aos serviços de assistência social. Promover saúde é oportunizar vida nos territórios onde os sujeitos vivem, considerando suas culturas, crenças, histórias de vida e modos de viver. É acolher a todos sem distinção de raça, religião, gênero, opção sexual, idade, nível econômico. É incentivar a participação das pessoas na construção de uma sociedade melhor, que o controle social existe e pode ser realizado por todos.

A atuação em prol desse conceito se dá em diferentes espaços e em diferentes formas. Ele está presente quando acolhemos diferentes situações trazidas pelos usuários do serviço e seus familiares, e orientamos baseados nas possibilidades existentes. Está presente quando em atividades de núcleo profissional ou de campo incentivamos os usuários a pensar, analisar as práticas realizadas. Nas reuniões de equipe quando discutimos processo de trabalho lutando pelas necessidades trazidas pelos usuários e aquelas vistas no processo de trabalho que dificultam o cuidado integral dos indivíduos; Quando incentivamos a buscarem outras possibilidades de cuidado, a buscarem seus direitos, a serem protagonistas no seu processo de vida, questionando, construindo junto conosco estratégias e formas de viver melhor. Quando escutamos e consideramos suas singularidades. Quando trabalhamos em prol da autonomia dos sujeitos.

3. Tens alguma aproximação com o conceito de Educação e Saúde? Comente sobre o seu entendimento a respeito do conceito e se consegue atuar nos serviços a partir desses preceitos.

Acredito que sim, entendo que o conceito de Educação e Saúde está atrelado a uma prática de cuidado que consideram os sujeitos e suas singularidades, sua história e modo de viver. Uma promoção do cuidado integral que considera aspectos sociais, biológicos, psicológicos, ambientais e espirituais, onde o sujeito não é alguém depositário de informações e prescrições. Para mim ele fala de um cuidado em saúde onde a troca de informações, de conhecimento, onde se busca estabelecer vínculos de confiança e afeto, onde existe uma relação horizontal. A ideia é através da troca de conhecimentos, construir novas possibilidades onde o usuário se responsabiliza junto com os profissionais que o acolhem na resolução das demandas trazidas por ele, que o atendimento prestado pela equipe de saúde estimule a autonomia dos usuários.

4. Atualmente, tem toda uma discussão sobre a medicalização, em um sentido mais amplo, pensando na medicalização como algo para além da administração de medicamentos (como algo mais prescritivo), como a EF tem atuado nos ambientes de saúde? Dá para fazer alguma relação entre esses dois aspectos?

Com certeza. A educação física, assim como outras áreas da saúde, está inserida em um contexto social que valoriza o conhecimento biomédico e o utiliza para alcançar objetivos mercadológicos, financeiros que beneficia e faz

funcionar o sistema capitalista, onde a lógica do mercado é que fala mais alto. Tem algumas coisas que eu acho que com essa inserção do educador físico ou para forçar essa inserção, isso acontece bastante. Por exemplo, eu acho que os exemplos que a gente tem mais acesso são aqueles programas que começaram lá em São Paulo, da questão do Agita São Paulo, que eu acho que eles formam assim, eles exemplificam bastante essa questão de como e não só por isso, eles até já fizeram uma propaganda do Agitol, da questão **Sim, que era um modelo de remédio, uma caixinha de remédio.** É um remédio, tipo: bom você não precisa tomar o remédio, mas o remédio é você fazer atividade física três vezes por semana, no mínimo três vezes na semana, ou acumular 150 minutos, 30 minutos por dia, e se não der que tu acumules 10 minutos, sua e desça escada, faça isso, faça aquilo, toda aquela prescrição. Então, o que eu acho, eu acho que sim. Aonde é que a medicalização está boa, ela tá até nas ações dos profissionais diariamente e em vários serviços de saúde, quando tu acabas de alguma forma trabalhando, não que não apareça a questão de dar indicações, olha é bom tu fazer atividade física todos os dias, isso vai te fazer bem. Eu acho que essa discussão ela pode ter, o problema é quando ela está isolada e ela não tá atrelada a outras questões sociais e de vida. Sociais e questões assim será que essa prescrição ela tem a haver com a vida desse indivíduo? Ela tem haver com a situação daquelas pessoas que a gente atende? Será que isso vai fazer sentido pra essas pessoas? E que atividade física é essa né? É que assim é complicado, depois que tu começa a estudar a questão de outros conceitos como das práticas corporais e do conceito que a atividade física tem como só gasto energético, quando tu começa a trabalhar, no dia a dia seja em um posto de saúde, muito menos na saúde mental é o que tu menos usa essa questão que não faz tanto a parte do teu dia a dia. Faz de tu estares trabalhando com movimento, estar trabalhando com o corpo, tá trabalhando a questão de consciência corporal, de que sentido tem estar fazendo essas práticas, mas muito pouco essa questão, pelo menos no meu cotidiano de trabalho, ela não está presente. Mas, não tem como não trabalhar com este discurso no dia-a-dia, por quê? Porque a mídia mostra ele todo o dia, o Globo Repórter toda a sexta feira traz, por que tem que fazer isso, por que se tu fizer tantas vezes, ou se tu correr é melhor do que caminhar, ou faz a caminhada de tal jeito, na velocidade tal, por que diminui riscos e doenças crônicas. E aí traz várias coisas junto, mas não que não seja uma verdade, mas que só esse discurso ele é fraco, não só fraco, ele não dá a dimensão do que o trabalho com o corpo e com as práticas e os diferentes tipos e formas de movimento tem, as possibilidades que realmente tem. **Deixa-me entender, na tua prática cotidiana é mais fácil tu trabalhares descolada desse conceito?** Eu acho que é mais fácil um pouco, por ter estudado, por buscar formas de discutir isso. **Interessante.** Por que tem assim Ó, dependendo da formação, e eu lembro a minha formação, quase todo o currículo é esportivo ou tá vinculado a essa questão de diminuição de doenças crônicas, e aí tu vai com aquela ideia de prescrição no dia a dia, só que quando tu vais para o campo, quando tu estás trabalhando, tu vê que aquilo ali muitas vezes não se cola à realidade daquela pessoa, e também não faz sentido. Se tu não atrelares essas prescrições com a questão do desejo da pessoa, do que ela dá valor, o que chama a atenção dela, o que tem sentido, por que se não eu não vou querer estar participando daquele grupo, não vou querer estar fazendo essa atividade... Estou com medo de estar saindo da linha (risos) **Não, não pode ficar tranquila, aqui não tem certo e errado.** Sinceramente, eu não sei se é pelos serviços que eu andei, por que eu trabalhei primeiro com estágio em posto de saúde e era equipe multidisciplinar e era na saúde mental, então tu tinha que abordar diferentes coisas, e até para agregar aquele grupo, para tu

quereres estar ali, e esse discurso: vamos lá, vamos fazer, vamos caminhar, para trabalhar com intensidade e etc, isso não aproxima aquelas pessoas, com aquele contexto social, e até hoje para mim, nem pra mim só isso não faz sentido. Então é complicado, eu, por exemplo, eu concordo que influencia sim na minha prática diária, nas minhas atividades em um ambiente hospitalar, que o profissional de EFI foi contratado lá, com o intuito sim de ajudar no trabalho com dependência química, de ajudar essas pessoas na recuperação, no gasto energético pra ter o aumento no número de substâncias importantes, noradrenalina, serotonina, entre muitas outras, pra poder trazer relaxamento, pra ajudar essas pessoas a melhorar o sono, mas tem todos os objetivos atrelados a nossa inserção era em relação a isso, ao gasto energético e como essa mudança em termos biológicos ajudaria esse indivíduo na sua recuperação. E trazer outra proposta que não tira essa de campo, é complicado também, por que não, a gente trabalha para coisas muito além disso, sobre o contato com o outro, para ver como que são essas relações de poder escutar, de poder falar, de se perceber, de conhecer esse corpo, de ver realmente, quais dessas coisas que eu estou vivenciando aqui que tem haver comigo ou não tem., ou eu não conhecia, mas agora eu gostei de conhecer ou não, e outras. O que influencia em aspectos sociais, psicológicos, na questão de autoconhecimento, de tantas outras coisas que nesse discurso para a contratação desses profissionais ela não tá vinculada, às vezes ela está vinculada a questão de ocupação, de tear, para brincar para não sei o que. Como uma coisa que não tivesse todo um estudo e tantas coisas importantes ali naquele contexto. Então, o que eu vejo, da medicalização, por exemplo, eu acho que a gente ingressou, entrou nesse contexto da saúde muito por esse viés biológico, biomédico, mas, também acho que se não fosse isso a gente não teria a oportunidade de poder mostrar outras possibilidades.

E, hoje em dia, eu vou pensar em Porto Alegre, por exemplo, quais as oportunidades que tem para educador físico dentro da área da saúde? Concurso público, contrato, não tem! Os lugares que tem são hospitalares, então, são em hospitais, contratos em outras clínicas, tem CAPS que tem educador físico, mas por que o CAPS é vinculado ao hospital ou por que para esse serviço migrou algum profissional da educação, mas não que esse profissional seja considerado da saúde. Ele foi pra lá, entrou, agregou nesse serviço e daí vêm outras importâncias e a possibilidade de trazer, mas até hoje na capital do nosso Estado não tem concurso específico para educador físico, para esse cargo na área da saúde. Em Pelotas, quando eu comecei a trabalhar teve, específico assim da área, mas são poucos municípios que se propuseram a fazer isso, e quando tem, e agora tem mais até com essa função da academia da saúde, que eu acho uma proposta que veio com um olhar bem dessa questão biomédica, mas que também pelo trabalho que foi sendo feito em outros estados, em outros lugares ele já se ampliou muito e ele assim ultrapassa muito esse conceito. Quando tu olhar para essa prática e for ver as possibilidades, mas foi dessa forma que a gente teve a oportunidade de entrar, a questão é assim tipo tá inserido no contexto biomédico? Tá. É influenciado? É. Por que tu também tens que jogar, como vou dizer, tu propõe algumas práticas e coisas que vão um pouco nesse sentido, mas, tu englobas ali, tu colocas outras ferramentas e outras coisas ali que ampliam muito mais o objetivo dela. Eu acho que quem vai buscar o trabalho na área da saúde, quem tem essa visão mais ampla, querendo modificar esses conceitos, eles aproveitam essas oportunidades para mudar isso, não que seja fácil, mas vamos lá, é uma tentativa diária.

5. Que tipo de estratégias tu utilizas na prática? Contar como acontecem as tuas práticas, se possível descrever uma ou mais situações.

Nesta unidade aonde eu trabalho são três educadores físicos, e é um serviço que se chama serviço de Educação física e Terapia Ocupacional. Então nós somos três educadores físicos e dois terapeutas ocupacionais, então já começa por aí, por que a nossa prática ela tem coisas bem de núcleo, mas ela já trabalha com campo e muitas práticas a gente já faz com outros profissionais. A unidade ela é multidisciplinar, com uma equipe multidisciplinar e que tenta, a gente tenta em vários momentos trabalhar de forma interdisciplinar. Mas, ela ainda é a questão de ter vários profissionais de diferentes áreas e trabalhar junto mesmo, são só algumas ações. Mas da EFI em si, tem um ambiente de internação e tem um ambiente de ambulatório, então todos os pacientes que vem do serviço de emergência pra internar, por que precisa de uma internação de desintoxicação dos usuários e nesse período de internação, que é uma média de 21 dias, alguns chegam a ficar dois meses e tal dependendo do quadro clínico. Essas pessoas elas tem um programa durante a internação, e a EFI se insere aí com diferentes atividades, algumas específicas, tem um grupo que é um grupo de práticas corporais, é o nome desse, que trabalha diferentes temas, um deles é o resgate da infância, por exemplo, que a gente trabalha só com as questões do que eles sentem prazer, o que eles faziam, o que tinha sentido para eles, se eles gostavam ou não na infância, jogos cooperativos, essas são as atividades que estão nesse grupo que chama práticas corporais ou práticas diversas e tem duas vezes na semana. Tem outro grupo que é bem relacionado a questão mais prescritiva, tem mais essa cara, que é o grupo, o programa de exercício físico, onde a gente faz todo um programa para depois que ele já está a mais tempo e foi liberado pela equipe médica, em termos de aprovação para fazer esses exercícios, por que aí é num espaço que a gente chama de academia mesmo, que é uma academia que tem as esteiras, tem aparelhos de musculação. É exercício físico, resistência muscular localizada, resistência aeróbica e a gente trabalha com alongamentos numa aula assim: aquecimento inicial, alongamentos, faz-se a prática aeróbica e anaeróbica.

**Uma aula padrão de academia, pode se dizer?** É uma aula padrão. Não se configura um padrão de academia, ela se configura sim com os exercícios e com as coisas, mas toda a prática, tanto no início da prática perguntando, questionando, explicando o que vai fazer como quanto no final, a gente trabalha muito com a questão de percepção deles, como é que foi? Como é que foi mudar a carga, como não foi? Qual a sua imbricação com isso? Por exemplo, eles muito trazem assim, mas eu posso mais, eu quero mais, eu quero mudar, o que também muito da característica das pessoas que tem problema com a adição de drogas a questão da impulsividade, de achar que sempre pode mais e tal. E a gente sempre atrela essas coisas, essas conversas que a gente tem em relação ao exercício com as ações deles, o que isso tem haver com o jeito dele ser, a gente provoca isso de algumas formas nessas práticas e o que isso tem haver com o jeito dele na vida também. Já que como eu me comporto aqui ou que eu ajo na vida, na forma de falar, que eu cuido do meu corpo é a forma que eu faço lá fora? E aí sempre essa discussão tá presente nos grupos, então isso é um cuidado muito grande que a gente tem com os estagiários, com o pessoal que tá lá em formação pra poder dar conta disso. Saber fazer o exercício, isso ok, isso é o mínimo, tu estás ensinando a alongar, tu manda fazer, faz o treino aquela coisa toda ok, mas isso é o que tu aprendeste lá na disciplina, na faculdade, no teu curso. Agora o pulo do gato tá em tu saberes aproveitar esses conteúdos pra ampliar isso, e para poder discutir e tratar isso com as pessoas que tu estás atendendo diariamente que convivem ali, então é isso.

**Interrompo perguntando se independente do tipo de atividade física realizada o foco do trabalho estará sempre voltado para a reabilitação desses indivíduos, de resgatar questões da vida fora do**

**espaço hospitalar.** Sim, claro. Bom, esses são os grupos de práticas corporais. Que são esses de resgate da infância, jogos cooperativos, programa de exercícios físicos, todos os dias a tardinha a gente tem atividades de relaxamento, a tardinha para trabalhar mais essa questão da consciência corporal, da questão de outros tipos de prática, de meditação, de atividades que poderão estar ajudando eles em algumas situações de risco. Tem um grupo de dramatização também, que mistura teatro com cenas assim, fazendo cenas das dificuldades que tem em casa, das situações de risco, como é que eles vão lidar com aquilo e a gente trabalha em grupo. Bom, esses são bem específicos da EFI e aí tem outros grupos que a gente faz com outros profissionais, por exemplo, trabalhamos com a família, atendimento individual, nós educadores físicos eu acho bem importante assim, é uma coisa que a gente pauta assim desde o início, e estar lá e aproveitar todos os serviços e da importância desses profissionais estarem presentes nas reuniões de equipe Todas, do planejamento do programa como um todo, e não só de núcleo, nos rounds, que são micro equipes para discutir os casos dos pacientes, então aí são diferentes profissionais de diferentes formações dando os seus olhares para contribuir no cuidado daquelas pessoas, então isso aí. Eu trabalho mais no ambulatório, no ambulatório a gente recebe pacientes que vem direto de outras unidades de saúde, postos de saúde, que precisam de atendimento especializado em álcool e drogas, ou aqueles pacientes que não tem serviços de atenção a álcool e drogas na sua região e como ali o *Hospital Y* atende Porto Alegre inteira, se não tem na região dele, no território, eles vão para lá. O que tem de diferente lá, além desses grupos de práticas corporais, do programa de exercícios físicos que também é oferecido para esses pacientes do ambulatório, a gente trabalha com uma outra atividade e que eu acho que amplia muito a questão do trabalho do educador físico e sai um pouco desse viés prescritivo em relação à prática corporal ou ao exercício é o gerenciamento de casos, que é o acompanhamento de pacientes que ele é feito por mim da EFI, pelo serviço social, pela psicologia e a enfermagem, são esses profissionais. Então independente da área profissional e a EFI tá inserida aí a gente acompanha todos os pacientes e vê com eles toda a questão de histórico, o que ele tá procurando, o que a gente tem que.. Montar o plano terapêutico dele, um plano terapêutico singular e individual daquele cara. O que ele, qual é a demanda dele, o que faz sentido, o que não faz, onde a gente tem que trabalhar ele, e aí através disso tu busca outros profissionais pra ajudar, se é psiquiatra, ou psicólogo, ou o grupo de práticas corporais ou não, às vezes eles já fazem outras coisas fora, e de repente ele precisa de uma coisa mais individual e aí a gente planeja aí e essa discussão ela é válida para outra fase, então aonde ela acontece, tipo diária né, tipo de estar saindo um pouco só dessa questão da prescrição, pra mim o básico é na escuta, a escuta dessas pessoas, dela ou da família, do por que elas estão aqui, o que elas procuram, qual é a sua forma de vida, como é que eu vou olhar e não um olhar só da EFI, mas um olhar de trabalhadora da saúde e que trabalhar na saúde é conhecer este contexto, de território, do SUS, e vê com aquilo ali com mais a questão do meu núcleo também de olhar de como essas práticas de como essas possibilidades e ferramentas que a EFI pode contribuir na vida daquele sujeito, de pensar com ele quais são as possibilidades. Então eu acho que trabalhar num serviço, num ambulatório, num CAPS, num serviço da saúde né, numa unidade básica e tal, te amplia muito a questão de um olhar muito mais amplo no cuidado em saúde que com certeza não pode se restringir a questão da prescrição de atividade física. **Pergunto se esse atendimento no ambulatório funciona como uma porta de entrada, e se após a criação de um plano de trabalho individualizado se o paciente tem um tempo**

**determinado de permanência nos serviços.** Assim, ele não é uma porta aberta, por que ele tem que receber um encaminhamento, ele é um serviço especializado, então ele vai precisar vir do serviço básico, que é o PSF ou UBS. Então ele vem encaminhado de lá, bom então como funciona o plano dele, depende, por que assim depois que a unidade foi montada, quando o ambulatório foi montado, era uma ideia assim de ser uma coisa de assim uns oito meses, vamos fazer o plano desse cara já pensando nesse tempo total para ele sair. Mas devido a procura do serviço de saúde e do desmonte que tem esses serviços, essa era uma ideia que o centro que abriu a unidade tinha, mas que pela, pelos CAPS que hoje tem uma proposta maravilhosa, e pelo não investimento nesses serviços acaba que a tua demanda ali não é de um cara que precisa de um atendimento ambulatorial de como foi montado a princípio de um serviço médico, que veio de um hospital, era cada profissão na sua caixinha, o fulaninho trabalha com exercício, a psicóloga faz tal coisa o ambulatório funciona assim... tanto que a nossa estrutura física são salas de atendimento e a gente usa os espaços para grupos da instituição, essa academia, esses espaços e ainda a gente não conseguiu ainda, por mais que a gente tenha e se queira trabalhar, como que vai se trabalhar reinserção social se tu estás dentro de um hospital, pode sim estimular isso, falar, mas o ideal é tu poder acessar outros espaços fora, mas ok. Então a demanda dessas pessoas ela é muito maior e essas caixinhas elas não dão conta, ou esses atendimentos esse plano de tantos meses ele não dá conta. Então acaba hoje em dia que o ambulatório com um ano e meio por aí, a gente tem pessoas que estão com a gente ali há um ano e meio, por que não tem serviço de atenção na sua região, por que eles precisam sim de um acompanhamento, mesmo que seja semanal e acaba que eles vão se desvinculando e às vezes a questão da drogadição ela passa pela questão que tem lapsos, que tem recaídas, às vezes a pessoa tá quase se desvinculando, tá tocando a vida e quando vê tem uma recaída e aí tu tens que trazer de volta, reconstruir, continuar isso. Então é uma coisa que é bem dinâmica, não tem um programa fechado, na verdade tu vais trabalhando com o que se apresenta.

6. Na tua opinião, a inserção dos profissionais de EF nos ambientes de saúde – estaria “servindo” como uma forma de medicalização da EF? E o que tu tens a dizer sobre isso:

Ah que complicado. Eu acho que podem acontecer as duas coisas, dependendo do lugar onde essas pessoas estão inseridas. Por exemplo, se tu acabaste, é bem complexo, por que se uma pessoa que acabou uma formação, hoje eu sei que a ESEF daqui tá com outro programa, que tem outras disciplinas, que tem essa história de promoção da saúde e prevenção. Mas, a maioria dos lugares não é assim. **Complemento dizendo que para quem se formou a mais tempo também não era assim.** Não era, vou falar da minha formação, há dez anos não era assim, o projeto de extensão lá que eu gostei, por que eu acho que isso é muito da pessoa também, mas eu fui, gostei e fiquei, não era uma coisa que era ofertada e tal. Sinceramente, eu não acho que trabalhar com a saúde mental, por exemplo, ela me ajudou muito mais a ampliar as possibilidades de ação do educador físico, do que simplesmente prescrever. Eu acho que ela fez o papel contrário, eu acho que a Universidade e as disciplinas que eu tive em relação a promoção da saúde, por que era licenciatura plena, que ponderava mais o corpo, ele estava muito mais vinculado às questões fisiológicas e biológicas. **Interrompo dizendo que durante a minha formação não se falava da diferença entre promoção e prevenção.** Com certeza, não se falava. Então assim, quando eu entrei pra fazer estágio no serviço tu via que aquilo ali era importante para ti conhecer as pessoas, para pelo menos promover práticas e tal. Mas, os conhecimentos

mais da educação de outras possibilidades de vínculo com as pessoas, de como é que funcionava aquele serviço, do que elas vinham, eles me faziam muito mais falta, e eram coisas que eu não tinha, e que eu tive que aprender, o contato com as outras pessoas, discutindo, perguntando como é que era e tal. Então, sinceramente eu acho que essa inserção ela obriga a gente a olhar para outros lados, para outras vias. Outras profissões que estão aí, por exemplo, Serviço Social, a Enfermagem também tem uma coisa bem assim, que ela já tem um olhar bem mais amplo para o cuidado em saúde. Então quando tu entras para esse ambiente, esses profissionais, pelo menos nos lugares em que eu estive, eles ajudaram bastante para que eu pudesse enxergar o quanto mais poderia ser feito. E aí é questão de procurar né, de olhar. **Interrompo questionando se resumidamente ela acredita que os processos de formação sejam muito mais restritos do que a prática cotidiana, como se a prática e o contato com outras profissões possibilitasse novos olhares sobre o cuidado mais ampliado.** Sim, com certeza, mas, paralelo a isso, se tu pensar em formação, para mim não existe formação sem prática, na prática lá, no território, então quer dizer eu estou lá dentro do ambiente, eu busco literatura, eu busco o conceito para poder estar discutindo aquilo tudo e para mim ter um olhar sobre esse lugar aonde eu estou, é necessário, não dá para fazer uma coisa sem a outra. Mas, estar lá e levar aquilo ali, aquelas falas, aquela discussão, os entraves, as coisas que tu viste, ou as possibilidades para dentro de uma Universidade faz toda a diferença para uma discussão acontecer e tu voltar pra lá e ampliar isso. Às vezes, por exemplo, no hospital, eu já estava com uma prática há nove anos em CAPS, que era trabalhar no território, que era buscar a questão da reinserção, de ver outras possibilidades de vida para aqueles caras onde eles moram, na comunidade deles e na vida da cidade. Quando eu fui para cá, para trabalhar com matriciamento, a mesma coisa, ajudando as equipes, ajudando os agentes comunitários, quando eu volto para o hospital, quando eu volto (risos) quando eu entro lá, no *Hospital Y* tem outra coisa, aí eu tive que voltar para buscar outras coisas para essa questão do programa de exercícios físicos, por quê? Não é só porque o hospital pede isso, mas por que aquela população ela nunca teve acesso a isso, naquele ambiente de internação isso é uma ferramenta maravilhosa e que eles adoram, e aderem bastante, pedem cada vez mais. Então, quer dizer, às vezes a prática ela faz tu te despir de uma série de coisas, a gente chegou com uma coisa e conseguimos modificar bastante coisa, para essas práticas em outros serviços, mas a gente também teve que olhar, por que o desejo daquelas pessoas lá era exercício físico prescritivo, e aí como que a gente vai usar o exercício físico prescritivo, a dose, dose resposta, a carga, como ferramenta para poder fazer eles ampliarem o pensamento em relação a isso, então a gente foi buscar outras coisas. Eu fui estudar de novo fisiologia do exercício, eu fui estudar de novo como é que faziam os testes, como é que faziam as coisas, por que ali é uma ferramenta que lá na Unidade Básica de Saúde eu não usava. A gente usava outras propostas, então assim, é poder ter o olhar para ver o que aquela demanda te traz e de que forma vai ser mais efetivo – acho que eu fugi um pouquinho. **Não, é isso mesmo que eu quero ouvir.** Ah, então tá! Isso no nosso dia a dia é super, e uma coisa nossa também, tipo eu não quero ficar aqui dando, até por todo o estudo das práticas, mas tem haver porque o exercício físico é uma prática corporal, só que sempre aquela coisa, ah tem um jeito, tem uma postura, tem isso tem aquilo. No CAPS a gente trabalhava com dança, com jogos, com várias vivências, tu podes fazer isso também, mas não precisa deixar de lado essa outra parte também, que para muitas pessoas é o que motiva o trabalho, é o que faz sentido. Mas, o que eu ia falar da

Universidade, ah se incentiva isso, para ficar mais prescritivo, mais uma prescrição médica assim, a medicalização da atividade, eu acho que pode acontecer sim, as pessoas que entraram lá comigo, todo mundo já tinha uma certa noção de buscar a ação de outra forma, estagiários e pessoas que vem das faculdades que a gente recebe lá, ainda tem um pouco dessa coisa de ter que ficar cuidando disso e aquilo e não tem tanto a relação com as pessoas e mais a preocupação se o exercício está correto ou não. Isso também é bom, mas às vezes não prestam a atenção na fala que o usuário tá te trazendo, por que aquilo não é importante, eu tenho é que ver se ele está na posição correta - **Se está queimando calorias ou não** - é, então isso a gente tem que estar sempre trabalhando e tal, mas se estas pessoas não estivessem lá, se essas portas não fossem abertas a gente não estaria hoje fazendo essa discussão. Então eu acho que é uma, eu acho que pode trazer essa medicalização sim, por que tu chega e até por que a mídia mostra isso, aí outros profissionais te cobram lá, ah mas o que tu vai fazer, alguns né, tipo se tu vai fazer visita domiciliar ou não sei o que, ah tem que montar grupo de exercício, tem que fazer exercício, tem que não sei o que. E aí pode acontecer isso, mas eu te digo por que pela prática, por este tempo todo que eu venho, já escutei essas coisas, mas elas estão, meu Deus, muito poucas comparadas às outras possibilidades de vamos juntos, vamos fazer, vamos ver a gente trabalha aqui, trabalha ali, dá para fazer isso, e como que eu uso aquelas coisas de uma visita domiciliar que eu faço em um atendimento com outro colega pra me ajudar no vínculo com esse paciente, com essas pessoas, podem ser várias, para poder pensar outra forma de vida junto com ele, ou poder melhorar o que ele escolheu, eu acho, na prática eu acho que se amplia, eu acho que não tranca tanto essa questão de vai medicalizar ou não, depende da visão que o profissional tem, por que se ele tiver uma visão reducionista sem risco, prescritiva, de medicalizar a questão do exercício, sim. Eu acho que o resultado disso vai de dar da mesma forma, mas se tu vais para um ambiente de trabalho e que tu não tens escuta, que tu vai ver no dia a dia a inserção não só da equipe, mas do usuário tu vai ver que essa prática só assim, assim e tal, isso não vai dar certo. As pessoas não estão a fim, as pessoas não aderem, a gente não adere. Vai ter sentido, se ela tiver vínculo contigo, se aquilo trouxer alguma coisa diferente, que faça sentido, ou pelo menos depois que tu consegue isso aí tu consegue propor outras coisas. Mas, se tu já vens dizendo de que forma que tem que ser, tipo olha o exercício vai ser assim assado, as pessoas já se afastam. **Questiono se isso, essa ação, não estaria vinculada ao que o gestor espera do educador físico, assim como escutei na fala de outro colega entrevistado, e se essa questão é presente no ambiente onde ela atua, ou se já foi algo superado.** Não, ela é presente, e sinceramente acho que ela é necessária, por que assim eu acho que a gente tem que equilibrar as coisas e ver a possibilidade, não é assim todo mundo tem que ir lá e fazer um programa de exercícios, não, não é isso, tu pode ter um grupo de caminhada, um grupo de dança, tu podes ter um grupo de práticas corporais mais para o lado da meditação, o relaxamento, tu tens que ver de acordo com aquela população, com a demanda que tu tens e o que querem fazer. Mas, eu acho que as práticas corporais, e aí entram todas essas e mais muitas outras, elas são, como é que vou dizer, elas são a nossa característica, elas são a ferramenta do nosso núcleo profissional e eu considero sim que ela tem que ser exigida. Se eu fosse gestor eu gostaria, se eu estou contratando um educador físico pra cá, que tenha esses cursos, que faça essas coisas (escuta), mas que sim trabalhe com práticas corporais, por que por isso que a gente fez uma formação nisso, por isso que a gente estuda e sabe da importância dela, então, se eu sei da importância dela eu tenho que promover isso, essa é a

melhor forma de contribuir com essa promoção da saúde, em outras também, mas pra mim ela é a nossa principal ferramenta. E o trabalho do educador físico, pra mim, ele é muito complicado se ele não estiver atrelado a essa ação né de promover essas práticas. Mas, aí é bate pé assim, não só para isso! E, isso é uma coisa assim, a gente passa por isso? Passa. Vou dar um exemplo meu no ambulatório, como eu trabalho na gerencia de casos eu tenho menos tempo para fazer grupo de práticas corporais, o que eu poderia fazer, eu poderia como já tinham me pedido por gestores e tal, não, a gente precisa que tenha mais grupos de exercício aqui, por que tem um educador físico aqui e ele não está fazendo isso, não a gente vai ter, vai duas ou três vezes na semana para estimular essas pessoas a buscar outras possibilidades na vida delas, no território delas, na autonomia delas, aqui é um lugar para as pessoas experienciarem e buscarem outras coisas fora. E a gente sabe de quantas contribuições do nosso trabalho, até nas práticas corporais para tu ter a vivência de outros espaços e de outras possibilidades do cuidado. Que é estar participando da assembleia, estar organizando coisas com eles e com a equipe, que é poder estar discutindo em outros espaços, então assim, pra mim é isso. O gestor e tal, concordo, vem muito essa coisa assim, ah não tem que fazer exercício se não tu não está fazendo o trabalho de educador físico, só que aí isso é uma coisa que tu vai conquistando, assim aos poucos, eu acho que até para ti ganhar mais espaço e mais escuta, tu também promove, se tu fizeste um concurso para aquilo ali, vais ter que trazer aquilo de alguma maneira. E tu amplias as possibilidades depois que tu já estás lá. Só que daí tem que ver de que jeito tu tensiona isso, por que isso também tu vais aprendendo o quanto dá para tensionar o quanto não dá, é na prática ali, por que às vezes tu tensiona tanto que dependendo do jeito que tu vai que às vezes tu é cortada, é o que pode acontecer, bom, se tu não estás feliz a porta da casa é ali... Por que tem um monte de gente que quer, enfim a gente sabe. A questão é assim, será que eu tenho que brigar tanto para ter isso, será que eu não posso ter outra forma adaptar isso, e quanto mais eu tenho para contribuir do que simplesmente ganhar a história de poder fazer só o que eu acho importante ou o que eu quero. Acho que a gente tem que saber bastante da EFI também, das práticas corporais, do conteúdo, do que a nossa área tem para contribuir com isso, por que se não acaba que tu entra em uma equipe em que se faz questão que a gente tenha que trabalhar de forma interdisciplinar, que se saiba de tudo das leis de tudo, a gente tem que saber, mas tipo às vezes eu vejo profissionais que sabem tanta coisa disso, tanto do discurso e não sabe fazer um grupo com práticas corporais, não sabe juntar as pessoas, não sabe fazer um alongamento, pomba! Isso é o mínimo, o resto te ajuda, as duas coisas tem que estar ali, mas principalmente a prática, eu não preciso saber todas as regras de um jogo de futebol, eu não preciso saber cada posição do vôlei, mas eu tenho que saber fazer um grupo e se eu não sei eu vou buscar, se a proposta é aquela tu vai construir junto com as pessoas e vai fazer, mas acho que isso é conteúdo e isso é ferramenta da EFI. A promoção de práticas corporais, pra mim, ela é a ferramenta principal do educador físico e as outras coisas elas tem que estar atreladas e coisas diferentes tem que estar atreladas dependendo da população onde tu estás trabalhando, por exemplo, se estou trabalhando numa equipe de apoio matricial eu tenho que botar na minha mochila outras ferramentas, tenho que saber o que é apoio matricial, como é feito, vou ter que buscar como é que eu faço isso, o que é trabalhar em equipe, quais são todas as leis, as coisas do SUS, o que eu posso usar. Agora se eu estou trabalhando numa academia da saúde, por exemplo, eu tenho que conhecer essas coisas, eu tenho que saber, tenho que saber dar minhas aulas ali, saber juntar as pessoas daquela

comunidade para me ajudar a pensar nas práticas que vão dar certo e se as pessoas vão participar, de que forma eu vou ajudar o grupo. Depende, se eu estou num lugar de gestão, se eu estou num lugar de fazer essas práticas e mesmo ali, na gestão principalmente eu tenho que promover isso lá na ponta, temos que resgatar antigos conhecimentos, assim como coisas novas como prevenção de recaída, sobre terapia cognitiva comportamental, por que para esse lugar, para esse modelo de cuidado pode ser preciso. Não quer dizer que eu vá chegar nesse espaço e vá fazer igual, não, a questão é conhecer para ti poder ver como que os teus conhecimentos antigos e as coisas que tu considera, como elas podem se atrelar a isso e ampliar, ou e principalmente para ti poder justificar o porquê tu tens essa posição tão diferente. Eu não vejo como as práticas corporais não podem ajudar essas pessoas, tanto ou mais que outro tratamento, por exemplo, eu saber falar com as pessoas, eu saber as diferenças entre os outros, ter habilidade para poder olhar e ouvir uma crítica, para poder saber quando eu errei, num jogo cooperativo e numa prática quantas vezes a gente faz isso em uma atividade de 30 minutos. Então, atrela esses conhecimentos para outros, com outros e discute com outros ao mesmo tempo, mas para isso tu tens que saber o que tu estás fazendo para poder buscar as possibilidades. Por que tá tu pode entrar em um serviço de saúde ir lá jogar bola, fazer um alongamento pode, e, isso está presente, mas e daí porque que estás fazendo isso, com que objetivo tu estás fazendo isso, o jogar bola lá no bairro pode ter um objetivo e o jogar bola com o pessoal que está ali na internação para dependência química pode ter outro, ou às vezes pode ter o mesmo também. Mas, de que forma tu vais usar aquilo ali, tu tens que saber para poder ampliar a discussão, por que se não tu pergunta para as pessoas que estão ali contigo e aí o que vocês acharam? Vocês gostaram? Daí elas te trazem respostas e aí aquelas respostas ficam por isso mesmo, tem que dialogar com isso, tem que trazer algum retorno.

### Anexo 3 - Materiais do Sistema CONFED/CREF acerca da necessidade de registro

- 1) Captura da tela inicial do site do CREF/RS realizada em 25/03/2015, em destaque, saliento o espaço proposto pelo Conselho para a tarefa de delação de espaços e atividades que estejam sendo executadas sem registro.

The screenshot shows the homepage of the Conselho Regional de Educação Física do Rio Grande do Sul (CREF/RS). The page features a navigation menu on the left, a main content area with news and events, and a sidebar on the right with search and registration options. A red circle highlights a news item titled "Denuncie irregularidades na execução de atividades e a prestação de serviços nas áreas das atividades físicas e/ou esportivas. Clique aqui." (Report irregularities in the execution of activities and the provision of services in the areas of physical activities and/or sports. Click here.)

**Denuncie irregularidades na execução de atividades e a prestação de serviços nas áreas das atividades físicas e/ou esportivas. Clique aqui.**

**Receba os Boletins Eletrônicos**

Nome completo:

E-mail:

Registro (opcional):

Cidade:

Enviar Apagar

- 2) Cópia do boletim eletrônico enviado para meu e-mail pessoal no mês de Março de 2015, em destaque algumas das diversas informações prestadas pelo Conselho sobre a sua forma de fiscalização e controle acerca do exercício profissional.



Alana Martins Goncalves <alanamgoncalves@gmail.com>

## [Boletim CONFEF] - Nº 156 - Março de 2015

1 mensagem

Boletim Eletrônico CONFEF <boletim02@ml-veider.listasconfef.org.br>  
Para: boletim02@listasconfef.org.br

17 de março de 2015  
11:38



### Em Alagoas, CREF12/PE-AL visita secretarias de saúde e educação

No início da semana passada, a equipe de Fiscalização do CREF12/PE-AL esteve na Secretaria de Saúde de Lagoa da Canoa, em Alagoas, para passar informações a respeito da participação dos Profissionais de Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), intervenção profissional que é restrita à formação de bacharel.

A secretaria informou aos fiscais que o primeiro colocado em um concurso público, realizado no município, não assumiu o cargo por não apresentar registro no CREF12/PE-AL. Por lei, o registro no Sistema CONFEF/CREFs é obrigatório para o exercício profissional de Educação Física.



A equipe ainda visitou o município de Craíbas, onde esteve na Secretaria Municipal de Saúde também para passar informações sobre a atuação dos profissionais no NASF, e na Secretaria Municipal de Educação para falar sobre Educação Física Escolar. As visitas ocorreram simultaneamente à Ação Itinerante, promovida até o dia 12/03, na cidade de Arapiraca.

Fonte: [CREF12/PE-AL](#)

### Falso professor é encaminhado à Delegacia no Espírito Santo

Um homem foi encaminhado à Delegacia do município de Serra, no Espírito Santo, por exercício ilegal da profissão. O falso professor, que não tinha formação superior em Educação Física, foi flagrado à frente da sala de musculação numa academia do bairro Jardim Tropical.

O flagrante foi possível graças às denúncias anônimas feitas à Seccional do CREF1/RJ-ES no estado capixaba. Ao chegar no local, os fiscais abordaram o falso professor - que usava uniforme da academia com a designação 'Instrutor' estampada nas costas, e comprovaram que o mesmo não tinha habilitação na área. O homem foi encaminhado à Delegacia de Polícia, 3ª Regional da Serra, onde assinou Termo Circunstanciado comprometendo-se a comparecer em juízo quando for chamado.

→ O estabelecimento também foi autuado por permitir o exercício ilegal, e pela ausência do registro de Pessoa Jurídica junto ao CREF1/RJ-ES, e de Responsável Técnico. A academia também não apresentou nenhum documento de legalização como CNPJ, alvará de funcionamento e contrato social, por exemplo.

Fonte: [CREF1/RJ-ES](#)

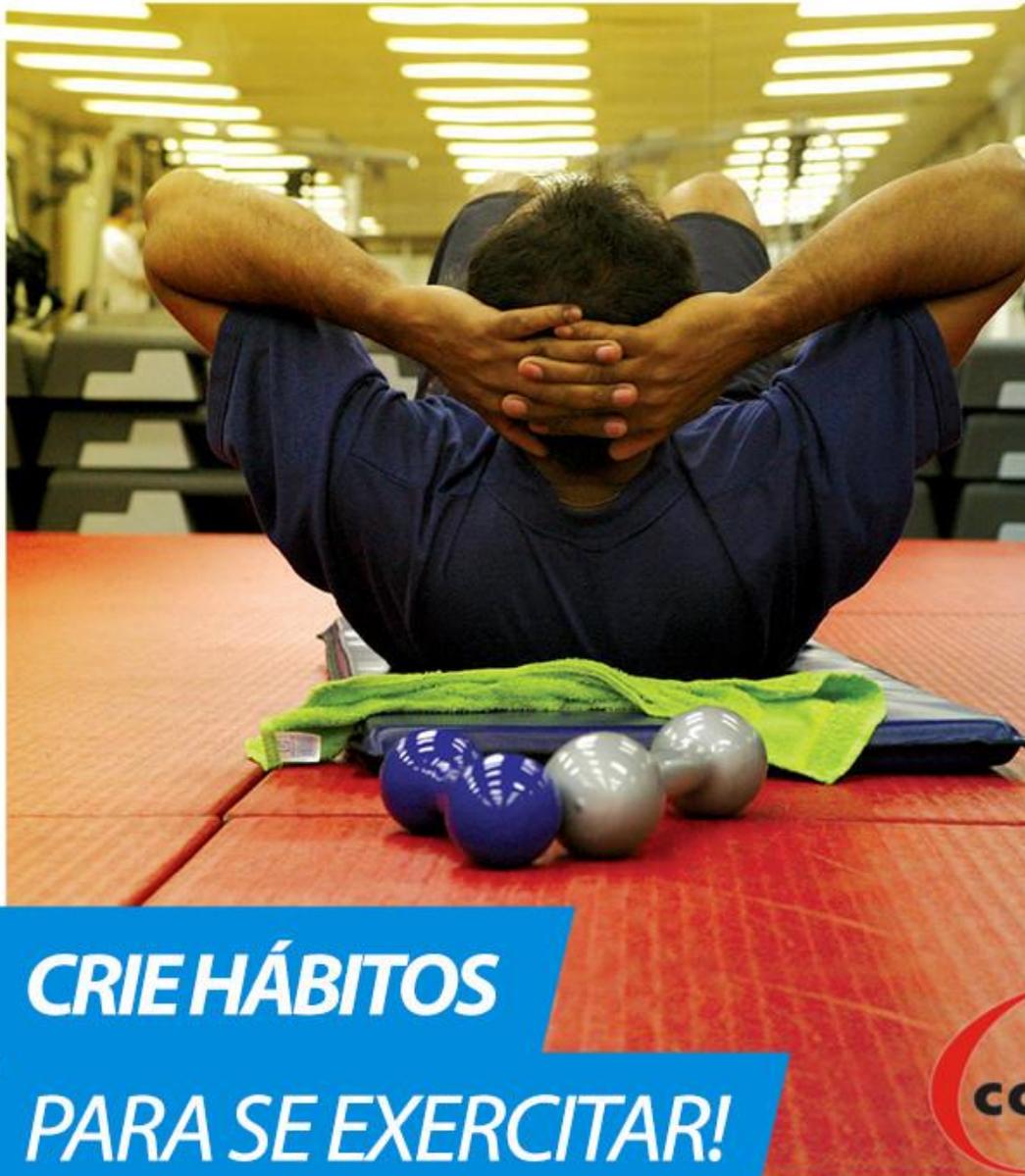
### CREF2/RS firma termo de cooperação com Confederação Nacional de Kickboxing

O CREF2/RS e Confederação Nacional de Kickboxing e Full Contact do Brasil (CNKFB) firmaram, na última semana, um termo de cooperação. A parceria tem a finalidade de fortalecer as artes marciais no estado, divulgando dos projetos da Confederação e exigindo que todos que atuam na condição de Profissional Educação Física possuam registro junto ao CREF2/RS.

→ "O kickboxing é arte marcial de alto nível e o convênio será de suma importância para o seu crescimento no Rio Grande do Sul", avaliou **Leandro da Costa [CREF 004025-P/RS]**, presidente da CNKFB. Para ele, a parceria respaldará o trabalho das academias e dos profissionais de kickboxing que são devidamente filiados à Confederação e registrados no Conselho. "No futuro, queremos realizar ações conjuntas de fiscalização também, para garantir que professores sem preparo técnico e academias irregulares não ofereçam treinamento da modalidade", completou.



Fonte: [CREF2/RS](#)



**CRIE HÁBITOS  
PARA SE EXERCITAR!**

FACEBOOK.COM/CAMPANHAMOVEBRASIL

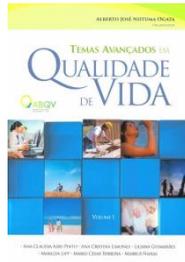
### CREF13/BA-SE interdita cinco academias no interior baiano

→ Cinco academias foram interditadas durante uma ação de fiscalização em Santo Antônio de Jesus (BA) nos dias 25 e 27 de fevereiro. A Operação SAJ, liderada pelo CREF13/BA-SE em parceria com a Polícia Militar, Vigilância Sanitária e Polícia Civil, ainda flagrou duas pessoas no exercício ilegal da profissão.

→ “Uma Operação desse nível além de enquadrar os ilegais, também serve como alerta para a população sobre a necessidade de exigir Profissionais de Educação Física capacitados para exercer as tarefas de orientação, supervisão e prescrição dos exercícios físicos. Como Conselho, temos o dever de proteger a sociedade e garantir uma melhor prestação nos serviços inerentes às atividades físicas e esportivas”, afirmou **Jorge Medeiros [CREF 004115-G/BA]**, Supervisor do Departamento de Orientação e Fiscalização.

Fonte: [CREF13/BA-SE](#)

## Biblioteca CONFEE recebe obra sobre qualidade de vida



No mês de março a Biblioteca CONFEE recebeu mais uma importante obra para o nosso acervo. A coleção “Temas avançados em qualidade de vida”, da Associação Brasileira de Qualidade de Vida (ABQV), visa trazer contribuições de pesquisadores renomados e profissionais experientes, com especial ênfase na questão da qualidade de vida, no trabalho e no bem-estar (“wellness”) subjetivo.

## Falso treinador de basquete é detido em flagrante

Um falso treinador de basquete foi flagrado durante o exercício ilegal da profissão em torneio realizado no centro de Porto Velho (RO). O indivíduo, sem carteira profissional ou qualquer documento que comprovasse a graduação, estava responsável por uma equipe durante a competição.

Quando questionado pela Polícia Militar, o falso treinador informou que não era registrado no CREF8/AM-AC-AP-PA-RO-RR, mas que tinha formação e carteira da Adidas Brasil (não sendo apresentado nenhum dos documentos). Diante dos fatos, foi dada voz de prisão pela fiscal do Conselho que solicitou apoio policial na condução do agente até a Central de Polícia para as medidas cabíveis.

Fonte: [Rondonoticias](#)

## CNS divulga regimento da 15ª Conferência Nacional de Saúde

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicou na última quarta, 11/03, o regimento da 15ª Conferência Nacional de Saúde que tem como tema a “Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas: Direito do Povo Brasileiro”. Os debates sobre o tema e os eixos temáticos da Conferência serão conduzidos nas etapas municipal (de nove de abril a 15 de julho) e estadual (de 16 de julho a 30 de setembro).

É através das Conferências que a sociedade se articula para garantir os interesses e as necessidades da população na área da Saúde e assegurar as diversas formas de pensar o SUS, assim como para ampliar, junto à sociedade, a disseminação de informações sobre o Sistema, para fortalecê-lo.

Fonte: [Conselho Nacional de Saúde](#)

## Hospitais universitários abrem vagas para Profissionais de Educação Física

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) abriu concurso público para o provimento de 2.366 vagas em cargos de níveis médio e superior. No total, foram divulgados nove editais e, entre eles, há a oferta de vagas para Profissionais de Educação Física.

Os cargos disponíveis são para o Hospital Escola da Universidade Federal de São Carlos (SP), Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (RS) e Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (MG).

Para saber mais, acesse o portal do [Instituto AOCP](#).



# Com obesidade infantil não dá para brincar

A valorização das atividades físicas e esportivas orientadas por Profissional de Educação Física é uma questão de saúde e responsabilidade social.

**A boa orientação  
faz a diferença**