



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

CHEILA CAVALLI

**REFLEXÕES SOBRE A EDUCAÇÃO FÍSICA NO SUS:
UMA ANÁLISE A PARTIR DAS DISSERTAÇÕES E TESES**

**FLORIANÓPOLIS
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CHEILA CAVALLI

**REFLEXÕES SOBRE A EDUCAÇÃO FÍSICA NO SUS: UMA ANÁLISE A PARTIR
DAS DISSERTAÇÕES E TESES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Educação Física, Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação Física.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Edgard Matiello Júnior

FLORIANÓPOLIS-SC
2009

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

C377r Cavalli, Cheila

Reflexões sobre a educação física no SUS [dissertação]

: uma análise a partir das dissertações e teses /

Cheila Cavalli; orientador, Edgard Matiello Júnior. -

Florianópolis, SC, 2009.

115 f.: grafs.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

Dissertação

**REFLEXÕES SOBRE A EDUCAÇÃO FÍSICA NO SUS: UMA ANÁLISE A PARTIR
DAS DISSERTAÇÕES E TESES**

Elaborada por CHEILA CAVALLI
Orientada pelo Prof. Dr. EDGARD MATIELLO JÚNIOR

Submetida à aprovação dos membros da banca examinadora aceita pelo Programa de Pós-Graduação, mestrado em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação Física.

MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

25 de junho de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Edgard Matiello Júnior, CDS/UFSC (Orientador)

Prof. Dra. Yara Maria de Carvalho, EEFE/USP

Prof. Dr. Marco Aurélio Da Rós, CCS/UFSC

Prof. Dra. Tânia Regina Krüger, CSE /UFSC (Suplente)

Dedico este trabalho aos professores de EF, aos acadêmicos de EF, aos profissionais de saúde, que, como educadores em saúde, buscam a partir *do* diálogo com a comunidade construir uma ciência comprometida com o *empowerment* e transformação social.

AGRADECIMENTOS

Não quero simplesmente agradecer... Quero trazer para dentro do meu texto aqueles que já o percorrem nas entrelinhas. E não só aos que me ajudaram efetivamente na construção dessa Dissertação, mas aos amigos, colegas de trabalho e familiares que compartilharam comigo ideias, fomentaram discussões, que me instigaram a ver o mundo de forma diferente. Àqueles que me ajudaram, de alguma forma, a escrever mais uma parte da histórica e, principalmente, a seguir adiante com a construção do pensamento, da escrita, sem perder o que pulsa, o que vibra, o que faz meus olhos brilhar...Agradeço imensamente.

A DEUS, presença constante em minha vida, a luz do meu caminho.

Aos meus pais, Geraldo e Inês que em sua simplicidade sempre apoiam, acreditam e vibram com nossas conquistas. Brilharam mais uma vez. Obrigada por tudo.

Aos meus irmãos, Jefferson, Hanaiê e Kauê que apesar da distância sempre estão próximos torcendo por mim. “Pessoal... mais uma vez vamos brindar a vida”.

Ao Fábio pelo amor incondicional, pelo apoio, pelo companheirismo, pela compreensão, por me fazer acreditar que é possível... Te amo por toda a eternidade.

À Residência Multiprofissional em Saúde da Família, aos professores e colegas, agradeço pelos momentos de discussões teórica, de trocas e de aprendizado. À Família ALFA (Fernanda, Rafael e Jaqueline) obrigada pelos dois anos de muito aprendizado e crescimento pessoal. Eternos amigos, vocês sabem porquê agradeço.

Aos Colegas de mestrado e aos membros do grupo Vivendo Educação Física e Saúde Coletiva (Mário, Jéssica, Miguel e Márcia) agradeço pelo apoio e a dedicação em construir uma ciência comprometida com a vida.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Educação Física e aos amigos Ana Márcia, Capela e Cristiane pelas reflexões e conversas acadêmicas, pelo diálogo e pela amizade muito obrigada.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública Sandra e Marcão, obrigada pela oportunidade, pelo incentivo e aprendizado sistemático da Saúde Coletiva.

Agradeço em particular aos componentes da banca de qualificação desta pesquisa: à Dra. Yara Maria de Carvalho, EEF/USP e à Dra. Tânia Regina Krüger, CSE/UFSC pelas contribuições tão importantes e cuidadosas para o projeto.

Ao Prof. Dr. Marco Aurélio Da Rós, pelo aceite em compor a banca de defesa da dissertação e em particular por compartilhar da mesma luta.

Agradeço à professora Marta Inez Machado Verdi pela dedicação na avaliação do projeto de qualificação. Agradeço pelas contribuições dadas ao trabalho e desejo felicidades e realizações. Meus Parabéns Mamã!!!

Agradeço a você Edgard, meu orientador e amigo, um exemplo de pesquisador comprometido com a construção de uma ciência para a emancipação humana. Prof. Edgard, muitas pessoas contribuíram para nossa formação profissional e nos ensinaram diferentes conceitos... Coisas

que muitas vezes não compreendemos... Mas poucas são as pessoas que nos fazem sorrir, chorar, sentir, viver... crescer... Obrigada.

Obrigada a todos que participaram deste processo!

*“Que a força do medo que tenho não me impeça de ver a verdade.
Que a morte de tudo em que acredito não me tape os ouvidos e a boca
Porque metade de mim é o que eu grito mas a outra metade é o silêncio.
Que a música que ouço ao longe seja linda ainda que triste
Que as pessoas que eu amo seja pra sempre amada mesmo que distante
Porque metade de mim é partida mas a outra metade é saudade.
Que as palavras que eu falo não sejam ouvidas como prece e nem repetidas com fervor
Apenas respeitadas como a única coisa que resta a uma pessoa inundado de sentimentos
Porque metade de mim é o que ouço mas a outra metade é o que calo.
Que essa minha vontade de ir embora se transforme na calma e na paz que eu mereço
Que essa tensão que me corrói por dentro seja um dia recompensada
Porque metade de mim é o que eu penso e a outra metade é o que sinto.
Que o medo da solidão se afaste, que o convívio comigo mesmo se torne ao menos suportável.
Que o espelho reflita em meu rosto um doce sorriso que eu me lembro ter dado na infância
Por que metade de mim é a lembrança do que fui mas à outra metade eu não sei.
Que não seja preciso mais do que uma simples alegria pra me fazer aquietar o espírito
E que o teu silêncio me fale cada vez mais porque metade de mim é abrigo
Mas a outra metade é cansaço. Que a força do medo que tenho não me impeça de ver a
verdade. Que a morte de tudo em que acredito não me tape os ouvidos e a boca
Porque metade de mim é o que eu grito mas a outra metade é o silêncio.
Que a música que ouço ao longe seja linda ainda que triste
Que as pessoas que eu amo seja pra sempre amada mesmo que distante
Porque metade de mim é partida mas a outra metade é saudade.
Que as palavras que eu falo não sejam ouvidas como prece e nem repetidas com fervor
Apenas respeitadas como a única coisa que resta a uma pessoa inundado de sentimentos
Porque metade de mim é o que ouço mas a outra metade é o que calo.
Que a força do medo que tenho não me impeça de ver a verdade.
Que a morte de tudo em que acredito não me tape os ouvidos e a boca
Porque metade de mim é o que eu grito mas a outra metade é o silêncio.
Que a música que ouço ao longe seja linda ainda que triste
Que as pessoas que eu amo seja pra sempre amada mesmo que distante
Porque metade de mim é partida mas a outra metade é saudade.
Que as palavras que eu falo não sejam ouvidas como prece e nem repetidas com fervor
Apenas respeitadas como a única coisa que resta a uma pessoa inundado de sentimentos
Porque metade de mim é o que ouço mas a outra metade é o que calo.
Que essa minha vontade de ir embora se transforme na calma e na paz que eu mereço
Que essa tensão que me corrói por dentro seja um dia recompensada
Porque metade de mim é o que eu penso e a outra metade é o que sinto.
Que o medo da solidão se afaste, que o convívio comigo mesmo se torne ao menos suportável.
Que o espelho reflita em meu rosto um doce sorriso que eu me lembro ter dado na infância
Por que metade de mim é a lembrança do que fui mas à outra metade eu não sei.
Que não seja preciso mais do que uma simples alegria pra me fazer aquietar o espírito
E que o teu silêncio me fale cada vez mais porque metade de mim é abrigo
Mas a outra metade é cansaço.
Que a arte da vida nos aponte uma resposta mesmo que ela não saiba
E que ninguém a tente complicar porque é preciso simplicidade pra fazê-la florescer
Porque metade de mim é a platéia a outra metade é a canção.
E que a minha loucura seja perdoada porque metade de mim é amor
E a outra metade também....”*

Metade (Oswaldo Montenegro)

RESUMO

REFLEXÕES SOBRE A EDUCAÇÃO FÍSICA NO SUS: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS DISSERTAÇÕES E TESES

Mestranda: Cheila Cavalli

Orientador: Prof. Dr. Edgard Matiello Júnior

A forma como a Educação Física (EF) se apropria das concepções da saúde e da Promoção de Saúde (PS) no Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido objeto de pesquisas e de muitas críticas, tanto por teóricos da Saúde Pública (SP) e da Saúde Coletiva (SC) quanto da própria EF. Diante disto, realizamos uma análise sistemática e crítica da produção de conhecimento na pós-graduação (teses e dissertações) relacionada à EF dedicada a refletir e a intervir no SUS, elaboradas entre 1998 e 2008. A pesquisa teve como objetivo geral caracterizar quais os Estilos de Pensamento (EP) estão presentes na produção científica (teses e dissertações) da EF atuando em PS no SUS. Como objetivos específicos: identificar que concepções de PS estão presentes na produção científica da EF atuando no SUS; e investigar como as concepções de PS são abordadas pelos distintos Coletivos de Pensamento (CP) a partir da produção do conhecimento (teses e dissertações) da EF realizadas no âmbito de intervenção no SUS. Para tanto, nos apoiamos tanto nos referenciais da SC nas bases epistemológicas de Ludwig Fleck, utilizando as categorias, por ele consideradas, de Estilo de Pensamento (EP) e Coletivo de Pensamento, bem como na Pesquisa Social em Saúde para compreendermos como se dá a determinação social do processo saúde-doença. Como caminho para a construção do pensamento científico nos fundamentamos na Hermenêutica-Dialética, sendo empregadas a Análise de Conteúdo e Análise Temática. O levantamento bibliográfico se deu a partir de bases de dados de bibliotecas virtuais (USP, Unicamp, UFSCar, UNESP, UFSC, UFRGS, CAPES), sendo selecionados onze trabalhos, organizados em dois agrupamentos: 1) Estudos de intervenção da EF no SUS (uma tese e quatro dissertações) e 2) Estudos que analisam a percepção dos profissionais da saúde (gestores, técnicos e acadêmicos de Educação Física) e dos usuários acerca da atuação da EF no SUS (uma tese e cinco dissertações). Como principais achados identificamos a existência de três Coletivos de Pensamento que compartilham Estilo de Pensamento, os quais foram denominados e classificados, nesta dissertação, como: *Educação Física & Clínica*, que em sua abordagem teórico-metodológica predominava o enfoque biológico-curativista da prescrição de exercício físico para a melhora da saúde; *Educação Física & Saúde Pública*, o qual fundamenta a prática em abordagens teórico-metodológicas preventivistas; e *Educação Física & Saúde Coletiva*, que além de ser um coletivo que estaria em transição, vez que compartilha de modo sincrético alguns elementos do EP *Educação Física & Saúde Pública*, se aproxima da discussão teórico-conceitual da SC e se preocupa em discutir a Determinação Social da Saúde.

Palavras-chave: Educação Física; Promoção da Saúde; Saúde Coletiva; Estilo de Pensamento; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

REFLECTIONS ON PHYSICAL EDUCATION AT SUS: AN ANALYSIS FROM DISSERTATIONS AND THESIS

Master student: Cheila Cavalli

Advisor: Prof. Dr. Edgard Matiello Júnior

The way in which Physical Education deals with the concepts of health and the Promotion of Health in The National Health System (SUS) has been the subject of research and also of much criticism by Public Health, Collective Health and Physical Education theoreticians. Following from this, a systematic and critical analysis of knowledge production in post graduation (thesis and dissertations) has been carried out between 1998 and 2008. The research had, as general objective, to characterize which Thought Styles are presented in the scientific production (thesis and dissertations) of physical education at SUS. As specific objectives, research had: identify what conception of Public Health are presented in the scientific production of Physic Education working in the SUS; and investigate how the conceptions of Public Health are treated by the Collective Thought in the knowledge production (thesis and dissertations) of Physic Education during its work in the SUS, in the period between 1998 and 2008. For this, we set our research's references in the Collective Health, in the Ludwig Fleck's epistemological basis, utilizing the same categories defined by him of Thought Style and Collective Thought, and in the Social Research in health to understand how determined social process health-disease is. As the way to build the scientific thought, we base on Hermeneutic-Dialectic, being employed content analysis and thematic analysis. To construct a scientific argument we used Hermeneutic-Dialectics using Analysis of Content and Analysis of Theme. The bibliographical survey was done through a database from virtual libraries (USP, Unicamp, UFSCar, UNESP, UFSC, UFRGS, CAPES): eleven works, organized in two groups: 1) Studies of intervention on Physical Education at SUS (1 thesis and 4 dissertations) and 2) Studies that analyze the perception of health professionals (managers, technicians and Physical Education academics) and of users concerning the performance of Physical Education at SUS (1 thesis and 5 dissertations). As main conclusive data, we identified 3 Collective Thought that share Thought Style, which were named and classified, in this dissertation as: *Physic Education and Clinic*, based on the theory-methodology application, which has biological focus - curative prescription of exercise for health improvement; *Physic Education & Public Health*, which base the practice in preventives theory-methodology approach; and *Physic Education & Collective Health* which is a collective that was in transition, once share syncretic mode to some elements of Thought Style Physic Education & Public Health, and it goes to the discussion theory- conceptual of Collective Health and concerned to discuss the Social Determination of Health.

Key-words: Physical Education; Promotion in Health; Collective Health; Thought Style; The National Health System.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Caracterização dos estudos analisados segundo referência, objetivos, tipos de estudo e abordagem metodológica36

QUADRO 2 – Categorias de análise relacionadas com o conceito, intervenção e avaliação.
.....41

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição dos estudos selecionados, por Programa de Pós-Graduação e unidade federativa brasileira.....	34
--	----

SUMÁRIO

O PROBLEMA: JUSTIFICANDO SUA RELEVÂNCIA.....	13
CAPÍTULO I.....	22
CONTEXTUALIZANDO A ADOÇÃO DO ESTILO DE PENSAMENTO DE LUDWING FLECK	22
CAPÍTULO II.....	27
TECENDO O CAMINHO METODOLÓGICO DA ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO ...	27
CAPÍTULO III	42
A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO DA EF ATUANDO EM PS NO SUS	42
3.1 CONTEXTUALIZANDO O SUS NO PROCESSO INVESTIGATIVO.....	42
3.2 APRESENTAÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA EF ATUANDO EM PS NO SUS.....	46
3.2.1 Apresentação das pesquisas.....	47
CAPÍTULO IV.....	49
CARACTERIZAÇÃO DOS ESTILOS DE PENSAMENTO DA EF ATUANDO EM PS NO SUS	49
4.1 CARACTERIZANDO OS ESTILOS DE PENSAMENTO EM EDUCAÇÃO FÍSICA.....	49
4.1.2 Estilo de Pensamento Educação Física & Clínica	49
4.1.2.1 Pressupostos.....	50
4.1.2.2 Linguagem estilizada	51
4.1.2.3 Temáticas abordadas.....	51
4.1.2.4 Práticas de EF & Clínica no SUS.....	52
4.1.3 Estilo de Pensamento EF & Saúde Pública (Grupo em transição).....	54
4.1.3.1 Pressupostos.....	54
4.1.3.2 Linguagem estilizada	56
4.1.3.3 Temáticas abordadas.....	57
4.1.3.4 Práticas de EF & Saúde Pública.....	60
4.1.4 Estilo de Pensamento Educação Física & Saúde Coletiva.....	65
4.1.4.1 Pressupostos.....	65
4.1.4.2 Linguagem estilizada	67
4.1.4.3 Temáticas abordadas.....	67
4.1.4.4 Práticas de EF & Saúde Coletiva	74
CAPÍTULO V	85
CONCLUSÕES	85
VIVENDO EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE COLETIVA	85
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICE I.....	108
APÊNDICE II.....	112

O PROBLEMA: JUSTIFICANDO SUA RELEVÂNCIA

O interesse em investigar a relação *Educação Física (EF) com a Saúde* a partir de conhecimentos gerados em áreas distintas e complementares – Saúde Pública e Saúde Coletiva (SC) -, provém de nossa participação, entre os anos de 2005 e 2007, como residente de Educação Física no *Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF)*, desenvolvido pela Universidade Regional de Blumenau (FURB) em parceria com o Ministério da Saúde, em Blumenau, Santa Catarina. No processo de dois anos de convivência com mais seis categorias profissionais, envolvendo os demais colegas da residência, bem como pessoas das comunidades assistidas, o que mais nos chamou atenção foram as constantes afirmações simplistas, tais como “educação física melhora a saúde”, “atividade física é saúde”, “atividade física previne doenças”, “exercício físico é saúde” e “esporte é saúde”.

Nesse sentido, também não aparecia claramente qual a concepção de “saúde” era discutida entre os diferentes sujeitos envolvidos, nem se “saúde” discutida na VIII Conferência Nacional de Saúde, que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, e descrita nos documentos oficiais como a Constituição Federal (em seu art.196/89), era reconhecida pelos profissionais. Em especial, também não estava claro qual a concepção de Promoção da Saúde¹ (PS) que a Educação Física (EF) adotava e se a mesma teria arcabouço teórico e metodológico próprio para atuar na Saúde Pública de forma interdisciplinar.

Refletindo a respeito, consideramos que as coincidências entre as incompreensões da equipe profissional e da comunidade não advêm do acaso, mas sim como reflexo de longo processo histórico que busca, entre outros objetivos, reproduzir um modo de pensar e agir na saúde restringindo as amplas possibilidades de intervenção social da EF ao “estilo de vida ativo”.

Infelizmente, o que se observa como tendência na relação EF e Saúde é a adoção de concepções biologicistas e comportamentalistas que tentam explicar o processo saúde-doença de forma fragmentada e descontextualizada, desenvolvendo ações de saúde fundamentadas em parâmetros biológicos pré-determinados do que representa estar saudável ou doente. Tais

¹ No decorrer do texto da dissertação utilizamos em vários momentos as seguintes siglas: a) PS para nos referirmos à expressão Promoção da Saúde; b) EF para a expressão Educação Física; c) SUS para abreviar a expressão Sistema Único de Saúde e; d) ES para a expressão Educação em Saúde.

concepções são herdeiras de um conjunto de saberes e práticas ligadas ao treinamento do corpo e de seu adestramento, os quais antecederam a medicina moderna e a clínica das especialidades (LUZ, 2007), tendo historicamente influência de higienistas (médicos e educadores) e militares. As funções desses profissionais na sociedade visavam promover a saúde por meio de atividades físicas, fortalecendo os corpos e disciplinando-os para se enquadrarem na ordem capitalista, em formação no século XIX (SOARES, 1994).

Por sua vez, Matiello Júnior e Gonçalves (2001) destacam que, na atualidade, os referenciais teórico-metodológicos adotados nas pesquisas da atividade física relacionada à saúde não têm dado conta de responder às necessidades locais por serem conhecimentos destinados, originalmente, a atender expectativas de outros povos, e que foram transplantados de forma integral com restritas adaptações ao nosso contexto e, portanto, com pouca disposição para enfrentamento de problemas particulares deste país. Complementam dizendo que frente às promessas da área que igualam a aptidão física à saúde, mais do que condições para eventuais melhorias na vida das pessoas, criam-se desejos e necessidades dificilmente alcançáveis para a grande maioria delas; e mais do que o conhecimento para autonomia, conservam-se as velhas e criam-se novas formas de alienação.

Como consequência deste modo de pensar a saúde, a EF assume atitudes prescritivas nos diferentes espaços em que atua na saúde, adotando os dados estatísticos da atividade física e reduzindo o processo saúde-doença a uma relação causal determinada biologicamente, que desconsidera a história da sociedade e que tende a responsabilizar, única e exclusivamente, o indivíduo pela sua condição de vida (CARVALHO, 2003).

A forma como a EF se aproxima e se apropria das concepções da saúde que fundamentam a PS no SUS tem sido objeto de pesquisas da área e levantado muitas críticas, tanto por teóricos da Saúde Pública e da Saúde Coletiva quanto da própria EF.

Exemplo disto são os estudos que investigam a produção de conhecimento da Educação Física relacionada à Atividade física e Saúde. Dentre eles destacamos a dissertação de mestrado de Neves (2003), que analisou a correlação de forças presentes na área da EF brasileira com referência à produção do conhecimento apresentado no Grupo de Trabalho Temático (GTT- 01) “Atividade Física e Saúde” durante o Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte (CONBRACE) realizado em 1997, 1999, 2001 e 2003. Como resultados, destacou a predominância do método empírico-analítico relacionando a saúde com a atividade física, com a melhoria da aptidão física, ao crescimento e desenvolvimento físico de partes isoladas do corpo, ao desempenho de diferentes grupos etários ou de sexos diferentes em provas e

testes, às doenças crônico-degenerativas, à má-postura e obesidade, depressão, entre outras, bem como indicando a atividade física como remédio para estas mazelas.

O estudo destacou que muitas vezes as pesquisas empírico-analíticas utilizaram conceitos irrealistas, já ultrapassados e superados pela própria ciência, como por exemplo: “Saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças ou enfermidades” (OMS, 1986, p.1100 *apud* NEVES 2003).

Outro estudo que coloca à vista o distanciamento das concepções de saúde que fundamentam as ações no SUS é o trabalho de Luther *et al.* (2005) que, ao analisar 42 dissertações de mestrado concluídas na área Atividade Física relacionada à saúde, demonstra que as pesquisas valorizaram estudos sobre aptidão física, compreendida como principal elemento para mensurar a saúde, sendo as ações político-educacionais direcionadas à categoria estilo de vida.

Este distanciamento também foi percebido no trabalho realizado por Taffarel *et al.* (2007), que teve como objetivo investigar qual seria o conteúdo do embate expresso na produção do conhecimento da área EF, relativo à temática “atividade física, saúde e cultura corporal”, procedente da Revista Brasileira de Ciências do Esporte (RBCE), do Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte, considerando as publicações de 2000 a 2003. Como resultado da análise, os autores identificaram que o foco sobre o conhecimento “saúde”, na grande maioria dos artigos, ainda vem sendo concebido sob o prisma do movimento higienista e eugenista – do aprimoramento da raça, que visualiza a população como um bem e defende a proposta de ensino de novos hábitos higiênicos em sua defesa. A categoria atividade física é definida em seu sentido restrito, sem consideração de nexos e determinações históricas.

O distanciamento da EF das concepções da saúde como processo social e dos princípios da PS que fundamentam as ações no SUS não só aparece na produção do conhecimento da área, mas também na forma como se constrói o processo de formação acadêmica da EF. Tal fato foi investigado por Pasquim (2005) ao analisar as grades curriculares dos cursos da USP e da Unicamp, concluindo que a EF é uma profissão da área da saúde na qual pouco se discute o SUS. Essa situação, segundo Machado (2007), produz uma lacuna na formação do futuro professor de EF que, ao sair da graduação, encontrará uma realidade desconhecida, induzindo o estudante a se conformar com a sua formação, sem conhecer outras oportunidades além das apresentadas pela grade curricular.

Durante o processo de formação acadêmica da EF, quando a discussão da saúde é abordada, de forma geral, predomina um modo de pensar a saúde que parece desconsiderar a reflexão acerca dos intervenientes sociais, econômicos, culturais e políticos na vida das

peessoas, com equivocada simplificação do ato “pedagógico”. De sorte que contextos de vida parecem não importar ou abalar o discurso linear e vertical “Exercício é Saúde!”, gerando-se em decorrência ausência de compromisso com a mudança das condições de vida da população brasileira (QUINT; MATIELLO JÚNIOR, 1999).

É neste contexto de tantos limites e dificuldades que nos questionamos de que forma a EF pode se aproximar e intervir em PS no SUS sem ao menos reconhecer os princípios que norteiam tal proposta. Estas dificuldades também foram evidenciadas na dissertação de mestrado de Ouriques (2005), que avaliou os objetivos e os pressupostos da PS e como eles são apropriados pela EF. A autora destacou que embora a PS seja uma expressão tradicionalmente utilizada nas produções da EF brasileira, ainda prevalece a necessidade de sua politização e contextualização, pois mesmo na leitura da produção científica dos críticos da Atividade Física relacionada à Saúde, prevalece a utilização epistemologicamente equivocada do termo ‘atividade física’ como a principal ação para a PS. Destaca ainda que os mesmos parecem “desconhecer” ou “desconsiderar” a responsabilidade social de promover ações de melhoria nas condições de vida da população.

Todos os fatos destacados acima demonstram a necessidade de investigar como a EF se apropria das concepções que fundamentam o modelo de assistência à saúde, o SUS como política pública com perspectiva do acesso universal, da igualdade e da justiça social no que diz respeito às necessidades de saúde da população brasileira. Pois, mesmo que se verifique a aproximação da EF em relação às políticas públicas de saúde, como, por exemplo, as determinações legais do MEC, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Política Nacional de Esportes – PNE (2005), da Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS (2006) e da Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008, que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as mesmas ainda se mostram insuficientes para tratar da complexidade que envolve a atuação da área em equipes multiprofissionais na assistência integral.

Feitas brevemente as críticas a respeito da forma predominante de conceber e de atuar da EF no campo da Saúde, corroborando com Quint *et al.* (2005), cabe a nós questionar a importância do debate, ainda que breve e preliminar, que mostre alguns elementos indicativos de outro enfoque de atuação do professor de educação física, sem a pretensão de eliminar de antemão o desencontro ainda presente entre a contribuição teórico-metodológica das correntes pedagógicas da EF e a prática “pedagógica” da mesma na área da saúde.

Nesse sentido, uma análise da produção científica torna-se necessária na medida em que se possa investigar e caracterizar as concepções e práticas contidas nessas pesquisas,

identificando suas concepções epistemológicas e articulando-as com as condições históricas da produção da EF que aborda a PS no SUS.

Como forma de orientar a análise da produção científica da EF, no que diz respeito à questão da saúde, nos apoiamos em Minayo (1998), que aborda a “saúde” como questão humana existencial valorizada por todos os segmentos sociais. Entretanto, é resultante da complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e da atribuição de significados dos referidos segmentos, os quais são levados a pensar, a sentir e a agir com relação à saúde, de acordo com as condições de vida e de trabalho que são oferecidas pelo meio nos quais estão inseridos.

Ao pensar a saúde como resultante da complexa interação de fatores físicos, psicológicos, sociais e ambientais desloca-se o foco da doença para além da dimensão biológica, colocando em evidência o contexto e as situações relacionais, subjetivas e sociais do processo saúde-doença, para que assim possamos pensar em uma intervenção integral à saúde da população. Neste sentido, Cecílio e Puccini (2004) destacam que se faz necessário estabelecer formas de intervenção que permitam a consolidação de uma ação cuidadora integral à saúde. Para que isso seja possível, há a necessidade de incorporar ao processo de formação profissional novas formas de conceber tanto a educação quanto a saúde, principalmente quando nos referimos à construção e à atuação no SUS.

A partir da aproximação dos referenciais teóricos da Saúde Coletiva, dos referenciais de abordagem crítica da EF, acima mencionados, e da vivência como fisioterapeuta e professora de educação física no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, algumas questões que passaram a integrar nossa prática profissional também se configuram como **questões investigativas** deste estudo:

- i) Qual o conceito de PS que fundamenta as intervenções da EF no SUS?
- ii) Como é abordada a PS nas produções científicas da EF?
- iii) Quais referências teórico-metodológicas estão presentes na produção de conhecimento científico da EF na PS no SUS?
- iv) Como se apresentam e são discutidos, na EF, os processos histórico-epistemológicos, políticos, sociais, culturais e biológicos relacionados ao processo saúde-doença com vistas à atuação na PS no SUS?

Na busca por entender a dinâmica da construção do conhecimento científico da EF, utilizamos neste trabalho, como referencial teórico-epistemológico, as categorias oriundas da

teoria do conhecimento proposta pelo médico e epistemólogo Ludwing Fleck (1986), as quais permitem compreender e analisar como ocorre o processo de instauração, extensão e transformação de uma determinada área do saber. Esta tem como principais categorias as concepções sobre Estilo de Pensamento² (EP) e Coletivo de Pensamento (CP), Circulação intracoletiva e intercoletiva de ideias.

Como forma de validação do processo investigativo fizemos a leitura e nos aproximamos de outras pesquisas que utilizaram abordagens históricas articuladas a uma análise epistemológica da produção de conhecimento. As pesquisas de Da Rós (2000), que teve como foco a área de Saúde Pública; de Delizoicov (2004), que analisou a área de Educação em Ciências; de Slongo (2004), analisou a área de Ensino de Biologia e como esta tem contribuído para a construção do conhecimento científico utilizando como o referencial fleckiano e de Lorenzetti (2008) que analisou um conjunto de teses e dissertações sobre Educação Ambiental para caracterizar a produção acadêmica em programas de Pós-Graduação do Brasil. Tais experiências científico-metodológicas somadas a práxis subsidiaram a construção de processo metodológico para a análise da produção do conhecimento científico da EF atuando na PS no SUS.

Tendo em vista as questões investigativas iniciais e a utilização das categorias fleckianas como instrumento de análise da produção científica da EF, desenvolvida nos programas de Pós- Graduação no Brasil, nos perguntamos: **quais os Estilos de Pensamento (EP) presentes na produção acadêmica (teses e dissertações) que tem como objeto de investigação a EF atuando em PS no SUS?**

Partindo deste problema, nos fundamentamos no referencial teórico-epistemológico de Ludwing Fleck (1986), nos referenciais teórico-metodológicos da Saúde Coletiva e na Pesquisa Social em Saúde. Apoiamos-nos no referencial teórico-epistemológico de Ludwing Fleck (1986) pelo fato de que o mesmo aborda o saber como produto histórico e sociológico da atuação de um coletivo de pensamento na sua interação com os objetos do conhecimento. Isto viabilizou a análise do processo de construção do conhecimento. Aproximamos-nos dos referenciais teóricos-metodológicos da Saúde Coletiva ao abordarmos a Saúde como a síntese de processos dinâmicos, inconclusos, contraditórios, resultantes da articulação dialética entre o singular e o coletivo e determinada socialmente (BREILH, 2005). Estruturamos nosso

² No decorrer do texto abordaremos as categorias epistemológicas Estilo de Pensamento utilizando a sigla EP e para Coletivo de Pensamento a sigla CP.

processo investigativo a partir das abordagens sócio-histórica da Pesquisa Social em Saúde, ao considerar a Determinação Social da Saúde como resultante de um produto social.

Determinação Social da Saúde, segundo a concepção adotada por Breilh (2006), explica que a saúde é determinada pelo contexto social e cujo movimento de gênese e reprodução é possibilitado pelos processos individuais e coletivos que se articulam e se determinam mutuamente. Quanto à reprodução social, refere-se às formas de vida das diferentes frações de classe social, incluindo os padrões de trabalho e consumo, às atividades práticas da vida cotidiana, às formas organizativas ou de participação social e política e à cultura. A este sistema contraditório de relações, do qual participam processos benéficos mantenedores da saúde e processos deletérios produtores da doença, acoplam-se padrões de saúde-doença das frações de classes sociais, constituindo assim os perfis epidemiológicos de classe.

Como **objetivo geral**, buscamos caracterizar quais os Estilos de Pensamento (EP) estão presentes na produção científica (teses e dissertações) da EF atuando em PS no SUS.

E, como **objetivos específicos**, procuramos:

- identificar que concepções de PS estão presentes na produção científica da EF atuando no SUS;

- investigar como as concepções de PS são abordadas pelos distintos Coletivos de Pensamento (CP) a partir da produção do conhecimento (teses e dissertações) da EF realizadas no âmbito de intervenção no SUS, no período compreendido entre os anos de 1998 e 2008. Com isso espera-se uma melhor compreensão, apropriação e utilização do conhecimento científico da EF para planejar e transformar nossa práxis na saúde.

Quanto à **justificativa** deste trabalho, avaliamos ser necessário realizar análises sistemáticas e críticas acerca da produção de conhecimento científico na Pós-Graduação relacionada à EF dedicada a refletir e a intervir na PS no SUS. A compreensão do estado do conhecimento de determinada área é necessária no processo de evolução da ciência, a fim de se organizar o conjunto de informações e resultados, viabilizando a indicação das possibilidades de integração de diferentes perspectivas, aparentemente autônomas, e a identificação de duplicações ou contradições e a determinação de lacunas ou vieses. Além disso, o resultado da análise da produção científica pode influenciar na formação universitária e na definição de políticas públicas intersetoriais.

Para analisarmos alguns aspectos da construção do conhecimento da EF dedicada a refletir e a intervir na PS no SUS, a pesquisa se estrutura do seguinte modo:

No capítulo I – **Contextualizando a adoção do Estilo de Pensamento de Ludwing Fleck**, devido à necessidade de buscar um referencial teórico-epistemológico para analisar a produção científica, destacamos a epistemologia de Ludwing Fleck (1986) como eixo estruturador de análise do que a área tem pesquisado. O primeiro contato com as bases epistemológicas desse autor se deu no mestrado em EF na Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, no ano de 2007, quando cursamos a disciplina Bases Epistemológicas da Educação Física, ministrada pela professora Ana Márcia Silva. A Disciplina se aprofundou na discussão das teorias do conhecimento e de autores como Popper, Bachelard e Kuhn. Na oportunidade, realizamos o estudo e a apresentação da Ciência Normal de Thomas Kuhn e a aproximação com o Estilo de Pensamento de Ludwing Fleck e suas principais categorias de análise.

Instigados pelas discussões realizadas na disciplina, durante o processo de formação acadêmica, cursamos a disciplina de Fundamentos da Saúde Coletiva, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFSC, ministrada pelo professor Marco Da Rós que apresentou com muita propriedade as bases epistemológicas de Ludwing Fleck.

A partir desses estudos percebemos que Fleck poderia balizar a análise da produção de conhecimento da EF. Num primeiro momento optamos por uma análise sistemática e crítica da produção científica. Mas foi no momento da apresentação dos dados da pesquisa que a adoção das bases epistemológicas de Ludwing Fleck foi validada como fundamental para a estruturação dos dados produzidos a partir da análise de conteúdo das teses e dissertações da EF. Deste modo, aprofundamos nossos estudos com base nos trabalhos de Da Rós (2000), de Slongo (2004) e de Lorenzetti (2008), que utilizaram Ludwing Fleck para analisar a produção acadêmica Medicina, no Ensino de Biologia e na produção científica sobre a Educação Ambiental, respectivamente.

No capítulo II - **Tecendo o caminho metodológico da análise da produção do conhecimento**, apresentamos o processo percorrido do “conceber” ao “fazer” a pesquisa. Apoiamo-nos nos referenciais da Saúde Coletiva (SC), nas bases epistemológicas de Ludwing Fleck e na Pesquisa Social em Saúde de caráter qualitativo para compreendermos como se dá a determinação social do processo saúde-doença. Como caminho para a construção do pensamento, fundamentamo-nos na Hermenêutica-Dialética, tendo como objeto a produção científica da Pós-Graduação. Para estabelecer esse primeiro contato com o conteúdo das teses e dissertações, escolhemos, dentre as diversas técnicas de Análise de Conteúdo, a Análise Temática por ser a técnica que melhor se adequa à investigação qualitativa do material sobre saúde. Optamos por organizar os conteúdos a partir de eixos temáticos, com base em um

modelo misto, para a definição das categorias analíticas *a priori*, quais sejam: Promoção em Saúde, Educação em Saúde e Participação na Saúde, dispostas no diálogo com os respectivos dados empíricos da pesquisa.

No terceiro capítulo - **A produção do conhecimento científico da EF atuando em PS no SUS**, contextualizamos o SUS como política pública de saúde e apresentamos os estudos já desenvolvidos, com o objetivo de localizar nos procedimentos metodológicos utilizados, caminhos que pudessem contribuir com as análises realizadas neste trabalho.

No quarto capítulo - **Caracterização dos estilos de pensamento da EF**, apresentamos a análise sobre o conjunto de onze obras (dissertações e teses) que se desenvolveram tanto em trabalhos de intervenção da EF no SUS quanto em trabalhos que se dedicaram a analisar as concepções dos profissionais da saúde (gestores, técnicos e estudantes de EF) e usuários, visando a compreensão do processo de desenvolvimento da pesquisa da EF atuando na PS no SUS. A partir da leitura do resumo, introdução, metodologia, conclusões e bibliografias e quando insuficientes, da leitura dos capítulos, foram identificados o problema de pesquisa, as concepções de PS, ES e participação na Saúde, bem como as práticas de pesquisa, a proposta assumida, a linguagem estilizada e as referências utilizadas. Para tanto, utilizamos as categorias de Fleck (1986), Estilo de Pensamento e Coletivo de Pensamento, com objetivo de identificar e caracterizar os Estilos de Pensamentos presentes entre os autores das onze obras (dissertações e teses). Desta forma, foi possível indicar a existência de três Coletivos de Pensamento que compartilham Estilo de Pensamento, que foram denominados e caracterizados como: *Educação Física & Clínica*, que em sua abordagem teórico-metodológica predominava o enfoque biológico-curativista da prescrição de exercício físico para a melhora da saúde; *Educação Física & Saúde Pública*, o qual fundamenta a prática em abordagens teórico-metodológicas preventivistas; e *Educação Física & Saúde Coletiva*, que além de ser um coletivo que estaria em transição, vez que compartilha de modo sincrético alguns elementos ao Estilo de Pensamento *Educação Física & Saúde Pública*, também se aproxima da discussão teórico-conceitual da SC e se preocupa em discutir a determinação Social da Saúde.

CAPÍTULO I

CONTEXTUALIZANDO A ADOÇÃO DO ESTILO DE PENSAMENTO DE LUDWING FLECK

Ludwing Fleck é considerado pioneiro na abordagem construtivista, interacionista e sociologicamente orientada para a Ciência e estudou as práticas de laboratório e de investigações enfocadas no crescimento, estabilização e difusão de conhecimento científico (LÖWY, 2004, p.437). A produção científica de Fleck é contemporânea à de Popper e Bachelard, e ao longo de sua obra epistemológica, estabelece os seus parâmetros de análise sobre o processo de produção do conhecimento.

Entre as principais categorias destacam-se as concepções sobre Estilo de Pensamento e Coletivo de Pensamento, Circulação intracoletiva e intercoletiva de ideias. Para Fleck (1986), a ciência não é uma construção formal, mas, essencialmente, uma atividade levada a cabo por comunidades de investigadores, as quais denomina de Coletivo de Pensamento (CP). CP é a unidade social da comunidade de cientistas de uma determinada área do saber, e o Estilo de Pensamento (EP) são as pressuposições de acordo com um estilo sobre as quais o coletivo de pensamento constrói seu edifício teórico. O pressuposto é que o saber nunca é possível em si mesmo, mas apenas sob condições de certas suposições sobre o objeto, ou seja, essas suposições não podem tornar-se compreensíveis *a priori*, mas somente como produto histórico e sociológico da atuação de um coletivo de pensamento na sua interação com os objetos do conhecimento. Pode-se considerar o EP como os conhecimentos e práticas compartilhadas por membros da comunidade de pesquisa que constitui o CP.

Para Fleck (1986), a tradição, a formação e os costumes de uma época originam uma disposição a perceber e atuar conforme um estilo, isto é, de forma dirigida e restrita nas interações com os objetos. Ou seja, o estilo de pensamento é o direcionador no modo de pensar e de agir de um grupo de pesquisadores de uma determinada área do conhecimento.

O estilo de pensamento consiste, como qualquer estilo, em uma determinada atitude e um tipo de execução que o consuma e cuja origem são as mediações sócio-históricas enfrentadas pelo coletivo ao interagir com dados da realidade. Essa atitude tem duas partes extremamente relacionadas entre si: disposição para um sentir seletivo e para a ação conseqüentemente dirigida. Portanto, pode-se definir o estilo de pensamento como um

perceber dirigido com a correspondente elaboração intelectual e objetiva do percebido.

Fica caracterizado pelos desafios comuns dos problemas que interessam ao coletivo de pensamento, pelas razões que o pensamento coletivo considera evidentes e pelos métodos que emprega como meio de conhecimento. O estilo de pensamento também pode vir acompanhado pelo estilo técnico e literário do sistema de saber (FLECK, 1986, p.145).

O estilo de pensamento apresenta duas fases bem distintas, o classicismo e a complicação. Na época do **classicismo** de uma teoria só se observam fatos que se encaixam perfeitamente na teoria, contribuindo para o processo de extensão do estilo de pensamento. A época das **complicações** ocorre quando surgem as exceções, podendo contribuir para a transformação e a mudança de um estilo de pensamento.

Na época clássica ocorre a extensão do EP, período em que tudo concorda com o EP (FLECK, 1986). Neste período, se estabelece a chamada harmonia das ilusões, em que os fenômenos são adaptados ao estilo de pensamento com grande êxito. No entanto, nem sempre tudo se acomoda perfeitamente; temos então, “as chamadas complicações, ou seja, os fenômenos que destoam do previsível” (FLECK, 1986, p.140). O CP esforça-se para adequar as complicações ao estilo (FLECK, 1986); não obstante, tal coletivo nem sempre alcança êxito. Quando as complicações se intensificam após um período de instauração e extensão de um estilo de pensamento, surge, então, uma fase de mudanças no EP, ou seja, a transformação do EP, reiniciando um novo processo com novos conhecimentos e práticas.

Fleck (1986) destaca ainda o papel atribuído à circulação do conhecimento, tanto para os elementos que formam o CP, como para os outros indivíduos que não compartilham desse EP. Um CP é formado por um círculo esotérico e outro círculo exotérico, existindo entre eles a circulação intracoletiva de ideias. A presença de um círculo esotérico formado pelos especialistas de uma determinada área do conhecimento caracteriza a identidade primeira do CP, por ser o portador do EP. É a partir desse núcleo de conhecimentos e de práticas compartilhadas que se formam o círculo exotérico, formado pelos leigos que passam a interagir com o círculo esotérico, adquirindo o conjunto de elementos que formam o EP. O saber existente no grupo exotérico é mais simplificado, porque deixa de lado detalhes e generalidades com o fim de tornar-se mais compreensível ao leigo. Entre os dois círculos ocorrem formas distintas de comunicação.

Entre os círculos exotérico e esotérico estabelecem-se relações dinâmicas que contribuem para a ampliação da área de conhecimento, denominadas de circulação intracoletiva e circulação intercoletiva.

A complexa estrutura da sociedade moderna leva consigo que os coletivos de pensamento se interseccionam e interrelacionam de formas diversas, tanto temporal como espacialmente. [...] Quanto mais especializada, quanto mais restringida em seu conteúdo é uma comunidade de pensamento, mais forte é o vínculo de pensamento entre os membros (FLECK, 1986, p.154).

Através da **circulação intracoletiva** de ideias, que ocorre no interior do coletivo de pensamento, o sujeito individual se insere no coletivo de pensamento e precisa aprender e compartilhar os conhecimentos e práticas do estilo de pensamento vigente. Na visão de Fleck (1986), a **circulação intracoletiva** de ideias é a responsável pela coerção de pensamento que forma um membro novato de determinado coletivo de pensamento. Esse tipo de circulação contribui para o processo de extensão do EP.

A circulação intercoletiva de ideias ocorre entre dois ou mais **distintos coletivos de pensamento**. Esta circulação intercoletiva de ideias tem papel fundamental na extensão do estilo de pensamento, uma vez que “toda circulação intercoletiva de ideias tem por consequência um deslocamento ou transformação dos valores dos pensamentos” (FLECK, 1986, p.156). Argumenta ainda que a circulação intercoletiva não ocorre nunca sem transformação e sem que se produza uma remodelação de acordo com o estilo, que intercoletivamente se traduz em um reforço e intercoletivamente em uma mudança fundamental do pensamento comunicado.

Ludwing Fleck (1986) identifica três fases da estruturação de um EP: instauração, extensão e transformação. Um EP se instaura quando um problema é encarado como tal por mais de uma pessoa, ou seja, por um CP. O critério para identificar um estilo de pensamento é histórico e, portanto, uma análise sócio-histórico-cultural do fato deve ser realizada *a posteriori*. Uma vez instaurado o Estilo de Pensamento, o coletivo esforça-se em estendê-lo a outros problemas com sucesso.

Ao surgirem complicações, que são problemas que o estilo de pensamento não consegue resolver, este passa por um processo de transformação e se instaura um novo Estilo de Pensamento, dando início a um novo ciclo.

Conforme apresentado acima, vários motivos nos levam à utilização da epistemologia de Fleck para analisar as pesquisas em EF, entre elas podemos destacar:

- **A concepção de conhecimento:** a epistemologia de Fleck (1986) acrescenta o EP compartilhado pelo CP como elemento a ser considerado no processo de construção do conhecimento. Nesse processo, o sujeito do conhecimento caracteriza-se por ser não-neutro e coletivo, que interage com o objeto de conhecimento sempre mediado pelo CP e pelo EP a que pertence.

- **A existência de elementos formadores do EP.** Para Fleck (1986), o conceito de EP mostra que ele é formado por vários elementos que se complementam e inter-relacionam. Entre eles pode-se destacar que o Estilo de Pensamento é formado por um “corpo de conhecimento” (FLECK, 1986, p.48), formado por “elementos teóricos e práticos”, possuindo uma “linguagem específica” (FLECK, 1986, p.89) e seus membros “utilizam determinados termos técnicos” (FLECK, 1986, p.129).

Para Cutolo (2001), a categoria Estilo de Pensamento existe como estrutura que possui elementos constituintes que podem não ser específicos para cada objeto a ser estudado. Argumenta ainda, que a utilização de certos elementos ou propriedades da categoria é que podem auxiliar para a definição do objeto.

Portanto, não parece que ocorra a construção da categoria associadamente com a construção do objeto, mas a definição de quais elementos ou propriedades da categoria podem ser utilizados para o objeto de pesquisa em questão (CUTOLO, 2001, p.53).

- **A existência de trabalhos tidos como de referência à utilização da epistemologia de Ludwing na análise da produção de conhecimento no Brasil.** São as pesquisas de Da Rós (2000) e de Lorenzetti (2008) que contribuíram para a compreensão das concepções de EP e CP para a análise da produção de conhecimento da EF. Os processos metodológicos utilizados pelos autores em suas pesquisas mediaram a construção de nossas análises.

- **A existência de Estilos de Pensamento distintos e incongruentes.** Partimos da interpretação feita por Da RÓS (2000, p.13) sobre os EP de Ludwing Fleck, ao destacar que

a compreensão do processo de construção do conhecimento especialmente para uma área com a abrangência referida, em que convivem simultaneamente diversas formas de pensar e atuar, tal como é a saúde, requer estudos que dêem conta de uma epistemologia altamente complexa.

Ainda ressaltamos que em algumas áreas particulares da saúde pública, existe uma clara exclusão de análises sociais, como a bioestatística, enquanto noutras discute-se saúde sem envolver a biologia. Um modelo de análise que contemple padrões tão diferenciados requer a utilização de conceitos teóricos que satisfaçam essas aparentes contradições (DA RÓS, 2000, p.13).

Diante disso, utilizamos as categorias fleckianas como instrumento de análise buscando investigar quais são os conhecimentos, as concepções e as práticas que estão presentes nas dissertações e teses.

O caminho metodológico utilizado para caracterizar as pesquisas da EF atuando em PS no SUS, localizadas e desenvolvidas nos programas de Pós-Graduação brasileiros, serão apresentadas no capítulo que segue.

CAPÍTULO II

TECENDO O CAMINHO METODOLÓGICO DA ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO

Ao tecermos o caminho metodológico da pesquisa, apoiamo-nos nos referenciais da Saúde Coletiva (SC), nas bases epistemológicas de Ludwing Fleck e na Pesquisa Social em Saúde de caráter qualitativo para compreendermos como se dá a determinação social do processo saúde-doença (MINAYO, 2005).

As abordagens explicativas sócio-históricas da determinação social da saúde se fundamentam na ideia de que “*saúde é um produto social*” e os mesmos processos que determinam e estruturam a sociedade são os que geram as desigualdades sociais e produzem os perfis epidemiológicos de saúde e de doença (BARATA, 2008, p.459).

Determinação social explica a saúde decorrente do contexto social e cujo movimento de gênese e reprodução é possibilitado pelos processos individuais e coletivos que se articulam e se determinam mutuamente. O olhar dialético nos auxilia a compreender o movimento de interdependência entre os elementos mais amplos da estrutura político-ideológica da sociedade e os processos particulares de uma classe ou um grupo e a realidade pessoal dos sujeitos. Assim, o processo saúde-doença propriamente dito resulta da dialética entre as manifestações da reprodução social que constituem valor de uso para a classe social e aquelas que se contrapõem como nocivas ou perniciosas para a reprodução de classe (denominadas de "contra-valores") (BREILH, 2006).

Por sua vez, *reprodução social* é representada pelo

[...] conjunto da vida social caracterizado pelas formas de trabalhar e consumir, pelas relações que os seres humanos estabelecem entre si para produzir a vida social, pela forma com que transformam a natureza, pela forma em que realizam a distribuição e o intercâmbio dos bens socialmente produzidos, pelas instituições que geram e pelo nível de consciência e organização que alcançam (CAMPANA, 1997, p.133).

Neste contexto, entende-se reprodução social como um conjunto de processos mediante os quais os seres humanos se reproduzem como indivíduos e coletivos em diferentes instituições e grupos sociais em dado momento histórico.

Pesquisa Social representa os vários tipos de investigação que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações, de sua história e de sua produção simbólica. Como quaisquer fenômenos humanos, investigações sociais estão relacionadas aos interesses e circunstâncias socialmente concatenadas. As pesquisas nascem de determinado tipo de inserção no real, nele encontrando razões e objetivos. Como prática intelectual, o ato de investigar reflete também dificuldades e problemas próprios das Ciências Sociais, sobretudo sua intrínseca relação com a dinâmica histórica (MINAYO, 2008, p.47).

Minayo (2008) destaca que a Pesquisa Social não pode ser definida de forma estática ou estanque. Ela precisa ser conceituada historicamente e entendendo-se todas as injunções, contradições e conflitos que configuram seu caminho. Seu âmbito de ação precisa sair dos marcos da unidisciplinaridade e do academicismo. Sobretudo no campo da saúde, a realidade a ser abordada se apresenta sempre como uma totalidade que envolve diferentes áreas de conhecimento e abrange a dinâmica da vida.

O setor “saúde” possui especificidades relacionadas ao contexto político, econômico, social e ideológico e ao conjunto de saberes teóricos e práticos sobre a saúde e também sobre todo o mecanismo que envolve os serviços e usuários. Essa especificidade não deve impedir que esse setor cumpra seu compromisso com a questão social maior, pois sua prática e formulação de conceitos estão completamente transpassados pelos diferentes aspectos de organização da vida em sociedade (MINAYO, 2005).

A saúde, para Minayo (2006), é compreendida como disciplina implicada nas diferentes instâncias da realidade social, sendo sujeita às mesmas alternâncias, avanços, retrocessos, questionamentos e perspectivas do contexto sociológico a que pertence. Nessa linha de pensamento, as Ciências da Saúde são vistas não somente como disciplinas, mas como uma variedade delas não afastadas das outras áreas que trabalham na compreensão da realidade.

Segundo a autora, a pesquisa social responde à complexidade dos objetos de estudo (que implica na composição de elementos biológicos e sociais) no campo da saúde. A questão essencial é o problema da intervenção, que demanda uma abordagem dialética. Nessa perspectiva, a compreensão dos fenômenos é a via de acesso para o processamento das transformações, fazendo com que a teoria seja constantemente repensada.

Desta forma, ao adotarmos os referenciais teórico- metodológicos da Saúde Coletiva e da Pesquisa Social em Saúde, fizemos por considerar que os mesmos são abordagens que contribuem para uma maior abrangência e aprofundamento à conceituação do processo saúde-

doença e que possibilitam maior adequação de um sistema de saúde que atenda às necessidades e aspirações da população.

Ao nos fundamentarmos nos referenciais teórico-epistemológicos de Ludwing Fleck (1986), buscamos entender a dinâmica da produção do conhecimento científico da EF, a partir das categorias de EP e CP, as quais permitem compreender e analisar como ocorre o processo de instauração, extensão e transformação de uma determinada área do saber.

Como caminho para a construção do pensamento e aproximação da produção científica nos fundamentamos na Hermenêutica-Dialética por constituir um modo de interpretação de dados que corresponde às dimensões e à dinâmica das relações que se apreendem numa pesquisa que toma como objeto o processo saúde-doença em suas mais variadas dimensões. A partir da Hermenêutica-Dialética, buscamos perceber a prática social empírica dos indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório,

levando em conta que os indivíduos vivendo determinada realidade pertencem a grupos, classes e segmentos diferentes, são condicionados por tal momento histórico e, por isso, podem ter interesses coletivos que os unem e interesses específicos que os distinguem e os contrapõem (MINAYO, 2003, p.101).

Para tanto, é necessário realizar a crítica das ideias expostas nos produtos sociais (textos, documentos, instituições), buscando a especificidade histórica, a cumplicidade com seu tempo; e nas diferenciações internas, sua contribuição à vida, ao conhecimento e às transformações (MINAYO, 2003).

Neste contexto, ao investigarmos quais os Estilos de Pensamento presentes, vale destacar que ao considerarmos a historicidade das produções científicas, possivelmente, muitas das concepções defendidas pelos autores em suas dissertações já foram revistas por eles próprios, posto que as produções são historicamente situadas em um tempo e modo distinto de pensar a ciência, que não é fixo. Ressaltamos ainda, que em todo o processo da pesquisa, desde a coleta das dissertações, houve a preocupação de não desfazer, desvalorizar ou menosprezar os autores dos trabalhos. Assim sendo, foi uma opção metodológica e também ética destacar as áreas de conhecimento como centrais nas análises e não os autores. Considera-se essencial não caracterizar esta pesquisa como unicamente denunciativa, mesmo que se tenham críticas a ideias e concepções defendidas pelos autores, enfatizando o respeito e agradecimento pela colaboração com este estudo.

Como apresentado anteriormente, esta pesquisa constitui-se num estudo investigativo em diferentes áreas de conhecimento, referentes às concepções de PS presentes nos trabalhos

da EF, em pesquisas realizadas sobre a atuação da EF em PS no SUS nas produções científicas no Brasil cadastradas no Banco de Dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e nas principais bibliotecas virtuais de teses e dissertações, que disponibilizam a produção acadêmica dos cursos de pós-graduação do Brasil de 1998 a 2008.

Optamos por apresentar didaticamente o processo de investigação organizado da seguinte forma: i) **levantamento bibliográfico** da produção do conhecimento científico relacionado à temática de interesse, conforme definição de expressões-chave a seguir; ii) **exploração do material**; iii) **análise de conteúdo**.

A coleta de dados iniciou com o **levantamento bibliográfico da produção científica indicada**, do período de 1998 a 2008, e aconteceu nos meses de fevereiro a julho de 2008.

A localização das teses e dissertações para elaborarmos este estudo foi realizada a partir da consulta a quatro fontes de referências:

1- **Banco de Teses da CAPES**, utilizando-se como assunto a expressão “Educação Física e Saúde”. Esses dados foram coletados inicialmente em fevereiro de 2008, sendo que em julho de 2008 foi realizada nova consulta em função da atualização do Banco pela CAPES. Vale ressaltar a importância da CAPES para a expansão e consolidação da pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado) em todos os estados da Federação – conquista das maiores no campo da educação brasileira e da ciência e tecnologia. As atividades da CAPES podem ser agrupadas em quatro grandes linhas de ação, cada qual desenvolvida por um conjunto estruturado de programas: a) avaliação da pós-graduação *stricto sensu*; b) acesso e divulgação da produção científica; c) investimentos na formação de recursos de alto nível no país e exterior; d) promoção da cooperação científica internacional.

2- A Rede de bibliotecas virtuais do **Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo (SIBi)**, foi definida pelo Regimento Interno do SIBi (consolidado pela Resolução da Reitoria n.3.571, de 29.08.1989), é constituído por um Conselho Supervisor, um Departamento Técnico e um conjunto de 43 Bibliotecas, instaladas junto às Unidades Universitárias dos diversos "campi" da USP. O SIBi tem como missão promover o acesso e incentivar o uso e a geração da informação, contribuindo para a qualidade do ensino, pesquisa e extensão, em todas as áreas do conhecimento, com utilização eficaz dos recursos públicos. O SIBi/USP participa do projeto BDTD – Biblioteca Digital de Teses e Dissertações, em cumprimento ao convênio firmado em 1997 com aquele Instituto. E

os dados para alimentação dessa base são capturados automaticamente por meio do protocolo OAI, a partir da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP.

3- O portal da **Biblioteca Digital de Teses da Unicamp (SBU)**. Como destaca o próprio *site* da Unicamp, a Biblioteca Digital da UNICAMP foi oficialmente instituída em 08/11/2001, através da portaria nº GR-85, que trata da estruturação da Biblioteca Digital da UNICAMP, através da produção Científica/Acadêmica da Unicamp em formato eletrônico de: artigos, fotografias, ilustrações, obras de arte, revistas, registros sonoros, teses, vídeos e outros documentos de interesse ao desenvolvimento científico, tecnológico e sócio cultural. Com as iniciativas, o *software* Nou-Rau e a Biblioteca Digital, passou-se a realizar um trabalho integrado na adaptação do *software* às melhorias necessárias visando a integração de formatos de recuperação de informações usuais em bibliotecas, sem perder a característica principal do software. O trabalho consolida-se na disponibilização da Biblioteca Digital da UNICAMP à comunidade interna e externa, nacional e internacional, provendo mais um mecanismo de difusão da informação.

4- O portal da **Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD)** tem como objetivo integrar, em um só portal, os sistemas de informação de teses e dissertações existentes no país, assim como disponibilizar em todo o mundo, via Internet, o catálogo nacional de teses e dissertações com texto integral, também acessível via *Networked Digital Library of Theses and Dissertation* (NDLTD). O portal tem como proposta, além de disponibilizar gradativamente, para consulta ou *download*, a produção nacional de teses e dissertações, oferecer aos usuários produtos e serviços integrados capazes de proporcionar aumento significativo ao impacto de suas pesquisas.

Os bancos de dados permitiram a identificação do que já foi construído, nos orientar na busca/conhecimento do objeto epistêmico, possibilitando a localização das pesquisas através do nome do autor, do assunto, da instituição, do nível – mestrado ou doutorado – e do ano de defesa. Vale destacar a importância desses bancos, à medida que permitem aos pesquisadores um primeiro contato, uma aproximação com a produção de uma determinada área, contribuindo para o processo de circulação de ideias, fortalecendo o campo na medida em que se passa a conhecer o já produzido e que necessita ser disseminado para a ampliação daquele campo do saber. Além disso, possibilita a localização de lacunas que ainda não foram estudadas, justificando, em parte, a realização de pesquisas na área.

Ainda ressaltamos que, por um lado, com o levantamento bibliográfico e o estabelecimento de categorias de análise corre-se o risco de não se “dar conta” da área toda, de não ser abrangente e de demarcar alguns recortes metodológicos em detrimento dos outros.

Por outro lado, esses trabalhos acabam contribuindo para a consolidação do campo de pesquisa.

Tendo este princípio como base e a etapa de “sondagem”, constatou-se a existência de alguns caminhos que precisavam ser percorridos antes da entrada, propriamente dita, no campo de investigação.

Para a definição das palavras-chave utilizadas nas buscas das produções sobre a temática a ser investigada, percebemos a necessidade de resgatar o que já havia sido produzido pelo campo da Educação Física sobre a Saúde, considerando que a temática Saúde tem sido objeto de estudo frequente nesse campo. A expressão “Educação Física e Saúde” foi definida pelas nossas expectativas e percepções, além das buscas bibliográficas durante a construção do projeto de pesquisa e que pareciam, inicialmente, refletir os critérios de abrangência dos tipos de estudos a serem buscados. A partir da expressão “Educação Física e Saúde” identificamos setenta e oito obras que abordavam a temática das formas mais variadas.

Como resultado do levantamento inicial e ponderando questões metodológicas e questões de pertinência teórica referentes à PS no SUS, prosseguimos o processo de seleção do material de campo delimitando nossa pesquisa às expressões-chave: “educação física & saúde”, “educação física & saúde pública”, “educação física & saúde coletiva”, “atividade física & saúde”, “atividade física & saúde pública”, “atividade física & saúde coletiva” e “educação física & Programa Saúde da Família”. A partir desta delimitação foram selecionados quarenta e quatro estudos. A seleção privilegiou os trabalhos cujo **tema central** fosse a relação **EF e PS no SUS** e suas diferentes denominações e que estabelecessem um cruzamento com os temas atividade física e/ou exercício físico, Saúde Coletiva, Saúde Pública, Programa Saúde da Família, ou seja, foram excluídos os trabalhos que tratavam isoladamente de cada um desses temas.

A partir do critério de seleção e identificação de trabalhos, procedeu-se à leitura dos resumos dos quarenta e quatro estudos, distribuídos em sete teses e trinta e sete dissertações, das quais identificamos os autores, à qual Programa de Pós-Graduação pertenciam e o ano de conclusão. O primeiro contato com os conteúdos fez com que identificássemos certo distanciamento da EF (como categoria profissional pertencente à área da saúde) em relação ao SUS (como campo de intervenção), refletidos na não-abordagem dos princípios norteadores do SUS e da proposta do Programa Saúde da Família nas pesquisas da área.

Tal distanciamento nos fez repensar o foco de nossa investigação, ressaltando a necessidade de se estudar, a partir da produção científica, como se dá a aproximação da EF

aos conceitos básicos do SUS, uma vez que não estão claramente discutidos, para então num estudo posterior investigarmos como se estabelece a relação da EF com as demais políticas públicas de saúde e estratégias de operacionalização do SUS e, no caso, o PSF.

Tendo em mãos os quarenta e quatro resumos, foi solicitado aos autores o envio das obras na íntegra (dos trabalhos que não estavam disponíveis via online nas bibliotecas virtuais) por meio de correio eletrônico (e-mail). Esse processo foi permeado por emoções contraditórias: primeiro, a ansiedade para descobrir o e-mail dos pesquisadores, de todas as formas imagináveis, na Plataforma Lattes, em *sites* de busca ou através de e-mail enviado a orientadores, como última tentativa de conseguir contato. Em outros momentos, muita alegria ao receber a resposta dos pesquisadores manifestando disposição de colaborar com a pesquisa. Houve também momentos de muita angústia, em que se pensou ser impossível reunir um número significativo de dissertações para análise.

Dos estudos identificados a partir do **tema central EF atuando em PS no SUS**, três não estavam disponíveis nas bibliotecas virtuais ou em sistemas de comutação. Entramos em contato via e-mail com os autores para que, com a autorização dos mesmos e se possível fosse, encaminhassem-nos as pesquisas. Devido ao não atendimento das solicitações, justificadas, por problemas de cunho tecnológico e operacionais, foi necessário excluir os mesmos da investigação. Desta forma, fizemos a leitura dos resumos e dos capítulos da metodologia dos quarenta e um estudos, identificamos os tipos e os objetos de pesquisa buscando elementos que se aprofundassem na discussão dos conceitos de PS e do SUS.

Após a leitura dos resumos e metodologias dos estudos, selecionamos vinte e dois, sendo cinco teses e dezessete dissertações, que se propuseram intervir em PS no SUS ou analisar a percepção dos profissionais de saúde e usuários acerca da atuação do EF no SUS. Os estudos selecionados foram agrupados segundo o tipo de estudo: 1) Intervenção no SUS; 2) Intervenção em PSF; 3) Intervenção em Programas de Promoção de Saúde; 4) Análise teórica; 5) Percepção/conhecimento dos trabalhadores do PSF/SUS sobre atividade física e 6) Percepção/conhecimento dos professores de educação física como educadores em saúde.

Fizemos a leitura na íntegra dos vinte e dois estudos e a partir de nosso foco investigativo foram selecionados onze **trabalhos que tinham como objetivos intervir em PS ou analisar a percepção dos profissionais de saúde e usuários acerca da atuação da EF no SUS**. Os estudos classificados como de análise teórica foram excluídos da investigação, mas contribuíram para fundamentar teoricamente a pesquisa e para a discussão das categorias de análise.

Os estudos foram agrupados segundo o tipo de pesquisa: 1) Intervenção da EF em PS no SUS (Saúde Pública)/PSF/Promoção de Saúde (uma tese e cinco dissertações); 2) Estudos sobre a percepção dos profissionais de Saúde (gestores, técnicos e acadêmicos da EF) e usuários dos SUS acerca da EF intervindo no SUS (uma tese e quatro dissertações).

Os onze estudos selecionados foram elaborados em Programas de Pós-Graduação (doutorado e mestrado) de instituições públicas localizadas nas regiões Sul e Sudeste. Cinco dissertações foram elaboradas em cursos de Mestrado em EF dos Estados de São Paulo e Santa Catarina; quatro (duas teses e duas dissertações) foram elaboradas em pós-graduação (doutorado e mestrado) em Enfermagem dos Estados de São Paulo e Rio Grande do Sul e duas dissertações são do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Estado de São Paulo, como pode ser observado na Tabela 1.

TABELA 1 – Distribuição dos estudos selecionados, por Programa de Pós-Graduação e unidade federativa brasileira.

Programa de Pós-Graduação	São Paulo		Santa Catarina		Rio Grande do Sul		Total
	Tese	Dissertação	Tese	Dissertação	Tese	Dissertação	
Pós-Graduação em Educação Física		4	-	1	-	-	5
Pós-Graduação em Enfermagem	2	1	-	-	-	1	4
Pós-Graduação em Saúde Pública		2	-	-	-	-	2
Total	2	7	-	1	-	1	11

Fonte: Elaborada por Cavalli (2008).

Sobre os onze estudos, foram feitas três leituras: primeiramente, uma leitura flutuante para reconhecimento dos conteúdos; na segunda, foram destacadas com cores diferentes as categorias analíticas *a priori*; a terceira leitura serviu para a validação dos conteúdos e sistematização das categorias analíticas em quadros, destacando os recortes de conteúdos segundo os eixos temáticos.

Os estudos foram numerados de I a XI e organizados segundo o ano de conclusão, nível de titulação (primeiro teses e depois dissertações), título, objetivo, tipo de estudo e

abordagem metodológica utilizada. Escolhemos por numerá-los desta maneira para organizá-los e para orientar o leitor na identificação dos recortes dos conteúdos das categorias analisadas. Os estudos numerados de I a XI com suas respectivas referências (nome do autor, título, Programa de Pós-Graduação e ano de conclusão) podem ser observados no Quadro I a seguir.

QUADRO 1 – Caracterização dos estudos analisados segundo referência, objetivos, tipos de estudo e abordagem metodológica

Estudo	Objetivo	Tipo De Estudo	Abordagem Metodológica
<p>ESTUDO I</p> <p>PALHA, P. F. Vivência do cotidiano: A promoção de Saúde como um exercício de cidadania no programa de integração da Vila Tibério – Ribeirão Preto/ SP. Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado das Escolas de Enfermagem de São Paulo. Ribeirão Preto, SP: 2001.</p>	<p>“Elaborar e desenvolver programas teóricos e práticos de promoção de saúde do adulto, dirigidos os trabalhadores da área da saúde e comunidade, visando à melhoria da qualidade de vida biológica e socioambiental” (PALHA, 2001, p.5).</p>	<p>Pesquisa Social de caráter qualitativo.</p>	<p>Análise documental; Entrevista semi-estruturada, Observação participante, Discurso do Sujeito Coletivo (DSC); Análise temática do conteúdo.</p>
<p>ESTUDO II</p> <p>ANDRADE, D. A. A Atividade física e Promoção da Saúde: Conhecimento e Prática dos profissionais de Saúde das Unidades Básicas de Saúde do Município de São Caetano do Sul – São Paulo. Dissertação apresentada ao Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP: 2001.</p>	<p>“Identificar o nível de prática de atividade física e o nível de conhecimento do novo paradigma sobre a recomendação da atividade física para a equipe de profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de São Caetano do Sul- São Paulo” (ANDRADE, 2001, p. 49).</p>	<p>Estudo exploratório descritivo.</p>	<p>Questionários Análises Estatísticas (Pacotes estatísticos) (<i>Statistic Package Social Sciences</i> – SPSS versão 10).</p>
<p>ESTUDO III</p> <p>BATAGLION, A. N. O Conhecimento e a prática dos acadêmicos da Educação Física com atuação na Saúde Pública. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Universidade De São Paulo/ Ribeirão Preto – São Paulo, 2003.</p>	<p>“Estudar, quantificar, analisar e interpretar os conhecimentos teóricos dos futuro profissional de educação física atuando em programa de Promoção da Saúde, a respeito de novas estratégias e conteúdos pedagógicos dirigidos à Saúde Pública, face às transformações que estão ocorrendo no mundo contemporâneo” (BATAGLION, 2003, p.43).</p>	<p>Pesquisa quantitativa, utilizando-se da pesquisa-ação;</p>	<p>Questionários Análises Estatísticas (Pacotes estatísticos);</p>
<p>ESTUDO IV</p> <p>FREITAS, F. F. A Educação Física no Serviço Público de Saúde. Dissertação apresentada à Pós-Graduação da Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP: 2003.</p>	<p>“Discutir e analisar qual o significado do educador físico no serviço público de saúde considerando as vivências do projeto, as referências bibliográficas e as minhas experiências anteriores” (FREITAS, 2003, p.06).</p>	<p>Investigação social; Pesquisa qualitativa.</p>	<p>Observação participante, Entrevista aberta, Registros em diário de campo.</p>

QUADRO I – Caracterização dos estudos analisados segundo referência, objetivos, tipos de estudo e abordagem metodológica.

Estudo	Objetivo	Tipo De Estudo	Abordagem Metodológica
<p>ESTUDO V</p> <p>COUTINHO, S.S. “Atividade física no Programa Saúde da Família, em municípios da 5a Regional de Saúde do Estado do Paraná - Brasil”. Dissertação apresentada à Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP: 2005.</p>	<p>“Qual a percepção do gestor de saúde sobre a realização de atividades físicas para a Promoção da PSF?” (COUTINHO, 2005, p.19).</p>	<p>Estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa.</p>	<p>Entrevista semi-estruturada, Questionários; Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)</p>
<p>ESTUDO VI</p> <p>ACOSTA E. B. Os conhecimentos acerca de atividade física, saúde e ambiente dos trabalhadores das equipes do Programa Saúde da Família. Dissertação apresentada à Fundação Universidade Federal do Rio Grande, no curso de Mestrado em Enfermagem, Rio Grande, RS, 2005.</p>	<p>“Identificar a relação entre os conhecimentos sobre atividade física, saúde e ambiente, através do processo de trabalho das equipes do Programa de Saúde da Família no município do Rio Grande” ACOSTA 2005, p.18).</p>	<p>Pesquisa de corte transversal orientada por caráter descritivo-exploratório e analítico-quantitativo.</p>	<p>Questionário. Análises Estatísticas (Pacotes estatísticos) Programa Statística 5.0 na versão 2000.</p>
<p>ESTUDO VII</p> <p>MARCONDES, R. As práticas Corporais no serviço público de saúde: Uma aproximação entre a Educação Física e a Saúde Coletiva. Dissertação apresentada à Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo, 2007.</p>	<p>“Contribuir para a reflexão sobre a prática do educador físico, na assistência à saúde, por meio da implementação de uma intervenção de Práticas Corporais (PC) para o Centro de Saúde Escola do Butantã- USP, segundo os referenciais da Saúde Coletiva” (MARCONDES, 2007, p.4).</p>	<p>Pesquisa Social em Saúde de caráter qualitativo.</p>	<p>Observação do grupo; Diário de campo. Entrevistas Análise de Conteúdo em sua modalidade Temática.</p>
<p>ESTUDO VIII</p> <p>FERDINANDO, D.C. Práticas Corporais promovidas pela unidade básica de saúde “Vila Dalva”: Visão de Usuários. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2007.</p>	<p>“Compreender a percepção dos usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) ‘Vila Dalva’ sobre as práticas corporais promovidas pela unidade sob a ótica da Promoção da Saúde” (FERDINANDO, 2007, p.46).</p>	<p>Estudo exploratório de abordagem qualitativa.</p>	<p>A entrevista semi-estruturada; Análise temática do conteúdo.</p>

QUADRO I – Caracterização dos estudos analisados segundo referência, objetivos, tipos de estudo e abordagem metodológica.

Estudo	Objetivo	Tipo De Estudo	Abordagem Metodológica
<p>ESTUDO IX</p> <p>GOMES, M. A. Orientação De Atividade Física em Programa de Saúde da Família: Uma Proposta De Ação. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC: 2007.</p>	<p>“Desenvolver, implementar e avaliar um programa de orientação de atividade física para adultos aparentemente saudáveis em Programa de Saúde da Família em Florianópolis, (SC)” (GOMES, 2007, p.4).</p>	<p>Estudo do tipo descritivo desenvolvimental com delineamento de pré e pós-teste com grupo controle.</p>	<p>Questionário; Análises Estatísticas (Pacotes estatísticos-Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 12.0).</p>
<p>ESTUDO X</p> <p>VICENTIN, A. P. M. Conhecendo para intervir, em direção ao empowerment pela atividade física no Complexo São Marcos, Campinas-SP. Dissertação apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP: 2008.</p>	<p>“Na perspectiva de desenvolvimento de cidadania e <i>empowerment</i> da população... propõe-se identificar e explicitar concepções e práticas de AF na cotidianidade de segmentos populacionais do Complexo São Marcos, Campinas – SP” (VICENTIN, 2008, p.27).</p>	<p>Estudo qualitativo,</p>	<p>A técnica adotada para coleta dos dados foi o grupo focal*. Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Análises Estatísticas (Pacotes estatísticos QualiQuantiSoft®)</p>
<p>ESTUDO XI</p> <p>WARSCHAUER, M. Lazer e Saúde: As práticas corporais no Sistema Público de Santo André. Dissertação apresentada à Pós-Graduação da Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP: 2008.</p>	<p>“Compreender quais seriam as relações existentes entre Educação física, saúde, comunidade e poder público, implícita no cuidado à saúde, segundo a PNPS no projeto Lazer e Saúde na cidade de Santo André- no ABC paulista” (WARSCHAUER, 2008, p.18).</p>	<p>Investigação qualitativa</p>	<p>Entrevista semi-estruturada; Diário de campo; Observação. Análise temática do conteúdo Análise de sujeito.</p>

* Grupo Focal é a maneira de verificar como as pessoas avaliam uma experiência, ideia ou tratamento; como definem problemas e quais opiniões, sentimentos e significados encontram-se associados a determinados fenômenos. Operacionalmente, consiste em reuniões com pequenos grupos (6 a 12 pessoas) com duração de 60 a 90 minutos, dirigida por um moderador que tem a função de condução, administrando a participação de todos os presentes. Há também um observador, com a tarefa de registrar as manifestações não verbais, como expressões faciais e postura corporal das participantes (MINAYO, 2006).

Fonte: Elaborado por Cavalli (2008).

Na sequência, iniciamos o que chamamos de **fase de análise** que, segundo Bardin (1977), é a **pré-análise**, que consistiu no contato exaustivo com o conteúdo e na articulação entre hipóteses iniciais (advindas da análise e das teorias que sustentam o tema para superar a confusão inicial; neste caso, já foram anunciados os pressupostos da pesquisa anteriormente).

Na pré-análise, utilizamos a Análise de Conteúdo como um conjunto de técnicas de análise visando obter, do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitissem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977).

A Análise de Conteúdo, do ponto de vista operacional, parte de uma leitura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado. Em termos gerais, ela relaciona estruturas semânticas (significantes-forma) com estruturas sociológicas (significados-conteúdo) dos enunciados; articula a superfície dos textos descrita e a analisa com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem (MINAYO, 1993).

A Análise de Conteúdo pode ser entendida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 1977, p.42).

Segundo Laville e Dione (1999), através da Análise de Conteúdo procura-se desmontar a estrutura e os elementos do conteúdo com vistas a esclarecer suas diferentes características e significação. No entanto, a Análise de Conteúdo não é, como se poderia imaginar, um método rígido, no sentido de que, percorrendo-se uma sequência fixa de etapas, fatalmente se obteriam os resultados desejados. Ao contrário, “ela constitui, antes, um conjunto de vias possíveis nem sempre claramente balizadas, para a revelação - alguns diriam reconstrução - do sentido de seu conteúdo” (LAVILLE; DIONNE, 1999, p.216).

Uma das primeiras tarefas do pesquisador consiste, pois, em efetuar um recorte dos conteúdos em elementos que deverão, em seguida, ser agrupados em torno de categorias. Tais elementos vão constituir as unidades de análise, no sentido de que “... cada um desses fragmentos de conteúdo deve ser completo em si mesmo no plano do sentido” (LAVILLE; DIONNE, 1999, p.216).

Laville e Dionne (1999) consideram que uma forma mais rica de trabalhar os conteúdos é recortá-los em *temas*, ou seja, em fragmentos que traduzem uma ideia particular, que pode ser um conceito, ou a relação entre conceitos. Tal encaminhamento permite ao pesquisador uma maior

aproximação com o sentido do conteúdo, já que a construção das unidades de análises se faz a partir da compreensão do conteúdo.

Como forma de estabelecer esse primeiro contato com o conteúdo das teses e dissertações, escolhemos entre as diversas técnicas de Análise de Conteúdo a Análise Temática, por ser a técnica que melhor se adequa à investigação qualitativa do material sobre saúde (MINAYO, 1993).

Na Análise Temática, a noção de *tema* está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Segundo Bardin (1979, p.105), “o *tema* é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. As unidades de análise são, portanto, palavras, expressões, frases ou enunciados que se referem a temas, e que são apreciados em função de sua situação no momento e em relação aos outros elementos aos quais estão ligados e que lhes dão sentido e valor (MINAYO, 2002).

Em nossa investigação, optamos por organizar os conteúdos a partir de eixos temáticos, com base em um modelo misto³ para a definição das categorias analíticas, que são “... rubricas sob as quais virão se organizar os elementos de conteúdo agrupados por parentesco de sentido...” (LAVILLE; DIONNE, 1999, p.219). A definição das categorias de análise *a priori* se deu a partir de nossos conhecimentos teórico-conceituais acerca dos elementos que fundamentam e estruturam a relação da Educação Física com a Saúde. Porém, essa escolha não teve caráter imutável, pois em suas análises e interpretações o pesquisador não deve se limitar à verificação da presença de elementos pré-determinados; levam-se em consideração todos os elementos que se mostram significativos, mesmo que isso o obrigue a ampliar o campo das categorias, a modificar uma ou outra, a eliminá-las, aperfeiçoar ou precisar as unidades temáticas (LAVILLE; DIONNE, 1999, p.222).

Na **exploração do material**, deu-se continuidade à Análise Temática de acordo com as questões identificadas. Segundo Bardin (1979), ela se realiza na transformação dos dados brutos visando o núcleo de compreensão do texto. Após a segunda leitura das pesquisas em sua integralidade, com um direcionamento para as categorias de interesse, iniciamos a organização dos dados pela exploração do material, estabelecendo três atividades principais:

1^a) Para o recorte do texto em *unidades de registros*, utilizamos as categorias de análise *a priori* estabelecidas na fase de pré-análise: Promoção da Saúde, Educação em Saúde e Participação na Saúde, dispostas no diálogo com os respectivos dados empíricos da pesquisa.

³ O *modelo misto* que faz uso de dois outros modelos: o *modelo aberto que é* freqüente em estudos de caráter exploratório, no qual as categorias tomam forma no decorrer do processo de análise e o *modelo fechado*, em que o pesquisador estabelece previamente, o *modelo misto* estabelece categorias inicialmente que, entretanto, poderão ser modificadas a partir do que a análise demandar (LAVILLE; DIONNE, 1999, p. 219).

2^a) Escolhemos como regras de conferência (uma vez que tradicionalmente ela constrói índices que permitem algumas formas de quantificação) a forma como as *unidades de análise* apareciam e como eram conceituadas nos textos.

3^a) A partir disto, com vistas a operacionalizar a pesquisa, estruturamos os dados coletados em quadros que apresentam: as categorias de análise definidas *a priori*, o conceito, a intervenção e a avaliação do processo, como pode ser observado no exemplo apresentado no Quadro II a seguir.

QUADRO 2 – Categorias de análise relacionadas com o conceito, intervenção e avaliação.

TÍTULO DO ESTUDO			
EIXOS TEMÁTICOS			
CATEGORIAS DE ANÁLISE	Conceitos Qual o conceito adotado	Intervenção (Como fez/ aborda)	Avaliação (Como o autor avaliou o processo)
PROMOÇÃO DA SAÚDE			
EDUCAÇÃO EM SAÚDE			
PARTICIPAÇÃO NA SAÚDE			

Fonte: Elaborado por Cavalli (2008).

No **tratamento e interpretação dos resultados obtidos**, segundo Minayo (2006), busca-se compreender o significado das informações obtidas através da presença ou frequência de núcleos de sentido de uma comunicação. Esta interpretação pode confirmar as hipóteses iniciais ou sugerir outras, de acordo com o referencial teórico adotado.

CAPÍTULO III

A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO DA EF ATUANDO EM PS NO SUS

Neste capítulo, contextualizamos o SUS como política pública de saúde e apresentamos os estudos, com o objetivo de localizar nos procedimentos metodológicos utilizados, caminhos que pudessem contribuir com as análises realizadas neste trabalho.

3.1 CONTEXTUALIZANDO O SUS NO PROCESSO INVESTIGATIVO

Na parte inicial deste capítulo apresentamos o SUS destacando os principais momentos do processo histórico que o constitui como política pública de saúde, contextualizando assim o nosso interesse em investigar como se dá a atuação da EF em PS no SUS.

A constituição de um Sistema Único de Saúde, no Brasil se deu em um processo de reforma da saúde que entusiasmou a sociedade e mobilizou grupos sociais (movimento sanitário), partidos políticos e entidades civis. As iniciativas de reformas de saúde tinham como princípios a luta pela universalização do direito à saúde e as estratégias de descentralização e de participação social no sistema de saúde.

A reforma da saúde brasileira ocorreu com a concomitância não intencional, portanto, não planejada, de medidas de ajustes fiscais, envolvendo a Previdência Social e a assistência médica. A influência no meio acadêmico e sindical da saúde demarcada pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), pela Renovação Médica (REME) e logo pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), ajudou a acelerar as medidas concretas e os debates para a implantação do Sistema Único de Saúde (CORDEIRO, 2001).

Exemplo destes momentos de debates para a implantação do SUS foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986. A 8ª CNS representou um marco histórico na reforma de saúde e na construção da política pública de saúde Brasileira, foi um espaço onde disputas, conflitos, anseios e expectativas, internos e externos ao Movimento Sanitário, foram colocados em discussão, e seus integrantes buscaram, por meio do debate, o consenso (possível) para a elaboração de um sistema de saúde no país (NESCO, 1989).

Para o Movimento Sanitário as discussões e encaminhamentos ocorridos a partir da 8ª CNS

acabaram por produzir ou iniciar mudanças no contexto sócio-político da saúde no país, destacando a necessidade de transformação de concepção de saúde e de superação de um modelo de assistência.

Outro momento importante no processo histórico da constituição do SUS foi a aprovação da Constituição Brasileira (CF) em 1988, escrita pelos deputados eleitos no mesmo ano da 8ª CNS, contendo pela primeira vez na história brasileira um capítulo da CF versando sobre saúde, (os artigos 196 ao 200 instituem o SUS). E neste processo constitucional como forma de garantir que as proposições da CNS de 1986 fossem instituídas, duas Lei Orgânica da Saúde foram criadas (SCOREL, 1998). As Leis Orgânicas de Saúde n. 8.080/90 e n. 8.142/90 foram criadas para a regulamentação do SUS, um sistema público descentralizado e integrado pelas três esferas do governo (BRASIL, 2003).

O SUS se estrutura em um arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços de saúde e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde nos âmbito municipal, estadual e federal, e ainda em serviços privados de saúde que o integram para prestação de serviços aos usuários do sistema de forma complementar (VASCONCELOS; PASCHE, 2008).

Para Teixeira, Paim e Vilasboas (1998), o processo de construção do SUS tem sido conduzido de forma a se priorizar a elaboração e implementação de instrumentos legais, reconstruindo as formas de financiamentos do sistema de saúde, com ênfase na municipalização e com aumento da autonomia política dos municípios. Têm sido também redefinidas competências nos diferentes níveis de administração pública a partir da proposta de descentralização do poder de diferentes instâncias.

As propostas da Constituição de 1988 estiveram bem distantes das propostas internacionais e nacionais das políticas de ajuste. Propôs-se, com o SUS, a concepção da seguridade social, que articulava políticas e integraria recursos orçamentários (do orçamento da seguridade social, um dos orçamentos da União). As políticas de saúde (SUS), de previdência social e de assistência social se pautariam pelos princípios constitucionais que assinalavam a transição de um modelo incipiente e incompleto de seguridade para outro de maior escopo e abrangência (BRASIL, 1988).

A implementação do SUS se efetiva a partir das diretrizes organizativas (descentralização, regionalização e participação comunitária) e do cumprimento dos princípios doutrinários que conferem ampla legitimidade ao sistema: trata-se de operacionalizar a universalização⁴, a

⁴ A **Universalidade** assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso sem discriminação ao conjunto das ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema (VASCONCELOS; PASCHE, 2008).

integralidade⁵, a equidade⁶ e o direito à informação⁷ que se constitui em requisito básico para a afirmação da cidadania (VASCONCELOS; PASCHE, 2008), representando a retomada da estratégia de Atenção Básica à Saúde.

A **descentralização** com ênfase na municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde se constituiu na mudança mais significativa no aspecto político-administrativo da reforma do Sistema de Saúde do Brasil. Contudo, a mesma não se esgota na municipalização, e o processo de **regionalização** da saúde é uma diretriz há muito defendida pelos que propõem a organização racionalizada dos serviços de saúde. O objetivo da **regionalização** é distribuir de forma mais racionalizada e equânime os recursos assistenciais no território, com base na distribuição da população, promovendo a integração das ações e das redes assistenciais de forma que garanta acesso oportuno, continuidade do cuidado e economia de escala (VASCONCELOS; PASCHE, 2008).

A **participação comunitária** assegurada pela constituição Federal e regulamentada pela Lei nº 8.142/90, ocorre mediante a participação dos segmentos sociais organizados nas Conferências e nos Conselhos de Saúde, nas três esferas do governo, e através da participação em colegiados de gestão nos serviços de saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2008).

Na prática, a criação da Lei Orgânica da Saúde e de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde - as Normas Operacionais Básicas (NOB) - surgem como instrumentos de regulamentação do sistema. Contudo, nem nas Leis Orgânicas e nem na NOB/93 há indícios sobre modelos de atenção. A NOB/93 apresenta timidamente o processo de descentralização. Além de ser uma reação a uma crise quase fatal no financiamento do SUS em 1993, onde foi retirada de forma arbitrária a fonte de contrapartida do nível federal, junto a essa norma operacional foram construídos o Decreto de Calamidade Pública na Saúde e o documento: “A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” (SANTOS, 2007, p.433), (SOLLA *et al.*, 2007, PELLEGRINI, 2007).

A NOB/96, com a criação do Plano de Atenção Básica, traz as primeiras propostas para a mudança do modelo de atenção à saúde, tendo sua implantação adiada por dois anos. Na análise da linguagem dessa norma operacional percebemos a sua dualidade, pois assim como aparece a postura ideológica a favor da descentralização, ao mesmo tempo demonstra a posição dos defensores da

⁵ A **Integralidade** pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando a garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos (VASCONCELOS; PASCHE, 2008).

⁶ A **Equidade** no acesso às ações e ao serviço de saúde traduz o debate atual relativo à Igualdade, prevista no item legal, e justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição da renda, bens e serviços (VASCONCELOS; PASCHE, 2008).

⁷ O **direito à informação** é assegurado por lei e outorga ao cidadão usuário o domínio das informações sobre sua saúde individual e acerca dos riscos e dos condicionantes que afetam a Saúde Coletiva, atribuindo aos profissionais e aos gestores a responsabilidade pela viabilização desse direito (VASCONCELOS; PASCHE, 2008).

política centralizadora do modelo assistencial, configurando assim um processo de descentralização tutelada (SOLLA *et al.*, 2007, PELLEGRINI, 2007). A NOB/96 nasce da necessidade do Ministério da Saúde em modificar a forma de transferência dos recursos entre as instâncias de governo, isto é, que o pagamento dos serviços de saúde não aconteça por procedimentos realizados: propõe novas práticas no setor público de saúde, visando à reforma desse sistema (VIANA; DAL POZ, 2005). A proposta não suprimiu o pagamento por procedimento, mas foi o primeiro passo na direção da mudança, ampliando a compreensão de novas estratégias para a saúde, para além da doença.

Esta norma operacional já aponta para o Programa da Saúde da Família (PSF) como uma opção para reestruturar o modelo de atenção à saúde estruturando a Atenção Básica. Junto ao seu antecessor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF provocam alterações nas modalidades de alocação de recursos financeiros, formas de remuneração das ações de saúde e na organização do sistema, dando um passo importante na universalização dos cuidados (DA RÓS, 2006, GIL, 2006, VIANA; DAL POZ, 2005, SANTOS, 2007).

No campo da saúde isso significou a possibilidade de superação da oferta estratificada de serviços, que diferenciava os indivíduos em indigentes e segurados da Previdência Social, e trouxe a oportunidade para reduzir as diferenças de atendimento aos moradores do campo e da cidade, e entre as regiões do país (VASCONCELOS; PASCHE, 2008).

O PSF proporciona uma nova modalidade de alianças políticas, envolvendo não apenas gestores locais, mas também técnicos de fora da área da saúde e associações de comunidade, e introduziu na discussão política social uma série de questões (GIL, 2006). Visando fortalecer ainda mais a mudança no modelo assistencial, e romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estender suas ações para e junto à comunidade, em 1997 o PSF passa, de sua limitada condição de programa, a ser caracterizado como Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF busca estruturar o sistema público de saúde, reafirmando os princípios do SUS e buscando a consolidação de uma nova filosofia de atenção à saúde (RIBEIRO, 2008, ANDRADE *et al.*, 2007).

No entanto, a expansão da atenção primária à saúde promovida por meio da ESF não consegue lograr que a expressiva cobertura da população nesse nível de atenção venha acompanhada da suficiente retaguarda de cobertura dos outros níveis de atenção (secundário e terciário), uma vez que os investimentos em saúde nestes tipos de equipamentos vêm sendo muito tímidos ou quase nulos (CONH, 2008).

A ESF, hoje, cresce e expõe importantes fragilidades do processo de mudança do modelo de atenção, pois sua prática cotidiana se vê diante de novos desafios ainda não pensados ou vivenciados. Desafios estes que se descortinam em diversos âmbitos, como na gestão, nas ações práticas dos profissionais de saúde e nas necessidades de cuidados de saúde (integralidade, conceito ampliado de saúde, formação de vínculos, trabalho em equipe e abordagem familiar). Além

disso, expõe um enorme rombo na formação dos recursos humanos, que continuam formando profissionais segundo a lógica do modelo flexneriano⁸ (GIL, 2006, DA RÓS, 2005).

Os profissionais de saúde não devem ser vistos como meros executores de objetivos determinados por instâncias de poder superiores. Eles têm importante papel da transformação do modelo para a implementação do SUS, para isso deve-se atender as demandas e necessidades desses trabalhadores sem perder de vista os princípios do nosso sistema de saúde. A prática de atenção proposta pelo SUS necessita ampliar os conhecimentos para outros campos, como da educação em saúde e epidemiologia, atuando de forma interdisciplinar. A própria clínica tem de ser ampliada, pois é na relação entre cidadãos e profissionais que se constrói o vínculo, o envolvimento com a família, meios de vida e outras peculiaridades de cada caso (CAMPOS, 1997; ABRASCO, 2006).

Considerando as análises sobre a política pública de saúde realizada acima, destacamos a necessidade de investigar como a EF, como área de conhecimento da saúde, tem atuado em PS e contribuído para promover mudanças na organização dos serviços e nas práticas assistenciais no SUS. Para tanto, no próximo item do texto, apresentamos os estudos que compuseram nossa análise, com o objetivo de localizar, nos procedimentos metodológicos utilizados, os caminhos que pudessem contribuir com as análises realizadas neste trabalho.

3.2 APRESENTAÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA EF ATUANDO EM PS NO SUS

A Pós-Graduação brasileira tem sido o *locus* da produção da pesquisa, contribuindo para o processo de formação do pesquisador aliado ao desenvolvimento de novos conhecimentos. Nos últimos dez anos observa-se um aumento significativo no número de programas de pós-graduação, implicando também no aumento quantitativo das produções. Na área da pesquisa em Educação Física interessada em investigar a saúde, esse crescimento acompanha o desenvolvimento da Pós-Graduação brasileira.

A identificação e a classificação das pesquisas desenvolvidas nos programas de Pós-Graduação, envolvendo os níveis de mestrado e doutorado, enquadram-se num tipo de pesquisa

⁸ Este modelo consolidou-se em virtude das recomendações apontadas por Abraham Flexner (1866-1959) em relatório encomendado pela Fundação Carnegie dos Estados Unidos, em 1910, cujas conclusões tiveram amplo impacto na formação médica em quase todo continente americano (NOVAES, 1990). O modelo flexneriano, baseado num paradigma fundamentalmente biológico e quase mecanicista para a interpretação dos fenômenos vitais, gerou, entre outras coisas, o culto à doença e não à saúde, e a devoção à tecnologia, sob a presunção ilusória de que seria o centro de atividade científica e de assistência à saúde. A evolução do conceito de saúde influenciou e continua influenciando a forma como a comunidade científica incorpora o paradigma da saúde, num processo de reconstrução, tanto por força das inovações científicas, quanto dos métodos e das práticas sanitárias (MENDES, 1996).

sobre o “Estado do Conhecimento” ou “Estado da Arte”. As pesquisas sobre o “Estado do Conhecimento” caracterizam-se por mapear e descrever a produção acadêmica, avançando as discussões na medida em que aprofundam a análise a partir de parâmetros epistemológicos. Os estudos de Da Rós (2000), Slongo (2004) e Lorenzetti (2008) são exemplos de pesquisas sobre o “Estado do Conhecimento”.

As pesquisas do “Estado da Arte” são pesquisas de caráter bibliográfico desenvolvidas com o objetivo de inventariar e sistematizar a produção em determinada área do conhecimento. Essas pesquisas podem conduzir à plena compreensão do estado atingido pelo conhecimento a respeito de determinado tema – sua amplitude, tendências teóricas, vertentes metodológicas (SOARES, 1991, p.3). Destacamos ainda, que essa compreensão do estado do conhecimento sobre um determinado tema é necessária no processo de evolução da ciência, a fim de que se ordene periodicamente o conjunto de informações e resultados já obtidos, ordenação esta que permita a indicação das possibilidades de integração de diferentes perspectivas, aparentemente autônomas, e a identificação de duplicações ou contradições e a determinação de lacunas ou vieses.

Assim, poderemos caracterizar esta pesquisa como “Estado da Arte”, Na medida em que buscamos a compreensão do estado atingido pelo conhecimento a respeito do tema – sua amplitude, tendências teóricas e vertentes metodológicas.

Na seqüência apresentamos as pesquisas que foram objeto de nossa investigação. As pesquisas identificadas foram classificadas em dois grupos, utilizando-se como critério o tipo de estudo. O primeiro grupo enfoca os **estudos de intervenção da EF no SUS**. O segundo refere-se ao grupo de **Estudos que analisam a percepção dos profissionais da saúde (gestores, técnicos e acadêmicos de Educação Física) e dos usuários acerca da atuação da EF no SUS**.

3.2.1 Apresentação das pesquisas

Como já mencionado anteriormente, onze trabalhos fizeram parte de nosso estudo, sendo cinco estudos de intervenção (uma tese e quatro dissertações) e seis que analisavam a percepção dos profissionais de saúde e dos usuários (uma tese e cinco dissertações).

Quanto ao tipo de estudo observamos maior predominância de dissertações, sendo identificadas nove que correspondem a 81,8% dos trabalhos, e duas teses (18,1%).

Nos primeiros estudos produzidos, a hipótese é de que o papel da EF ocupado nesses trabalhos é marginal, ou seja, a EF atuando em PS no SUS não é o foco central, mas os autores fazem referência à temática EF e intervenções no SUS, com a utilização de poucas

referências teóricas à PS no SUS. Já nos estudos realizados nos anos de 2006, 2007 e 2008 percebemos uma aproximação com as referências teóricas da SC, dos conceitos de PS e dos princípios do SUS. Essa aproximação pode ser reflexo do processo de transformação pelo qual tem passado as políticas públicas de saúde, com implementação de estratégias para operacionalização do sistema, como por exemplo, a ESF e a própria Política Nacional de Promoção da Saúde.

Os onze trabalhos analisados foram agrupados segundo o tipo de estudos e seus resumos podem ser verificados no **Apêndice I – estudos de intervenção** e **Apêndice II - estudos que analisavam a percepção dos profissionais de saúde e dos usuários.**

CAPÍTULO IV

CARACTERIZAÇÃO DOS ESTILOS DE PENSAMENTO DA EF ATUANDO EM PS NO SUS

4.1 CARACTERIZANDO OS ESTILOS DE PENSAMENTO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

A partir do levantamento das pesquisas produzidas nos programas de pós-graduação, destacamos algumas características dos coletivos da EF que atuam em PS no SUS.

A partir das análises, identificamos que esses pesquisadores comungam de três estilos de pensamento, os quais denominamos de *Estilo de Pensamento Educação Física & Clínica*, *Estilo de Pensamento Educação Física & Saúde Pública* e *Estilo de Pensamento Educação Física & Saúde Coletiva*. A seguir, apresentaremos a caracterização de cada estilo.

4.1.2 Estilo de Pensamento Educação Física & Clínica

Neste Estilo de Pensamento encontramos três estudos, duas dissertações (II e V), respectivamente, uma que analisou a percepção dos profissionais técnicos (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde) acerca da atuação no SUS, e outra, que investigou a percepção dos gestores sobre a realização de atividades física para a PS no PSF. E uma tese (III) que examinou o conhecimento dos acadêmicos de EF acerca da atuação no SUS.

Vale destacar aqui que o fato dos estudos terem como campo de investigação o SUS não garante que as propostas de intervenção ou análise sejam desenvolvidas a partir dos princípios norteadores do mesmo. Observamos nos estudos analisados a dificuldade de construir suas ações segundo as propostas, predominando a reprodução de práticas prescritivas de exercícios físicos. Assim, o que muda é o ambiente físico onde elas acontecem, ao invés de academias, escolas ou clubes elas acontecem em centros ou unidades de saúde do sistema.

Na sequência apresentaremos os pressupostos, a linguagem estilizada, as temáticas abordadas e as práticas de EF no SUS que constituem o *Estilo de Pensamento EF & Clínica*

4.1.2.1 Pressupostos

O *Estilo de Pensamento EF & Clínica* se caracteriza predominantemente na abordagem teórica-conceitual atrelada ao modelo biomédico do adoecimento humano. Entre suas principais características destaca-se a preocupação com a assistência curativa e preventiva das doenças, focando em ações prescritivas de atividade física para grupos específicos de patologias, tendo como veículo de prevenção de doenças o estímulo à prática de atividades física ou exercícios físicos para adoção de um estilo de vida ativo. Apresenta forte tendência comportamentalista, tecnicista e voltada ao indivíduo para a resolução dos problemas de saúde que muitas vezes ficam restritas ao enfoque biológico, carecendo de ações práticas e que tenham a participação ativa dos mesmos no processo de saúde-adoecimento. Aproximam-se de uma concepção tradicional de ES, na qual cabe ao profissional de saúde discorrer sobre os problemas de saúde e ditar o que é certo ou errado, e aos usuários cabe assimilar estes conteúdos de forma acrítica e se responsabilizar pelo seu adoecimento.

O discurso teórico está centrado no tratamento e prevenção de doenças crônico-degenerativas, com foco restrito à modificação de hábitos, estilos de vida e comportamentos individuais não saudáveis, dentre os quais o sedentarismo, a obesidade, o fumo e o abuso de bebidas alcoólicas e de substâncias psicoativas. As ações priorizavam aspectos educativos relacionados a fatores de risco comportamentais individuais, culpabilizando, no processo, as vítimas da iniquidade social, não tendo conseguido responder as questões relacionadas com a determinação social do processo saúde doença. Esta maneira de pensar e atuar em saúde do *Estilo de Pensamento EF & Clínica* tem aderência à formação de profissionais ligada ao modelo flexneriano, que em sua proposta de intervenção na saúde leva em conta somente a doença, a medicalização e a clínica individualizada altamente especializada e de alto custo.

O conhecimento dos profissionais que compartilham esse Estilo de Pensamento se fundamenta em aspectos biológicos do processo de adoecimento, não avançando em termos de compreensão das interrelações e interdependências existentes no processo saúde–doença da população. Assim, utilizam uma linguagem estilizada mais próxima da abordagem biológica. Eles não demonstram compreender a saúde como parte integrante de contexto social e cujo movimento de gênese e reprodução é possibilitado pelos processos individuais e coletivos que se articulam e se determinam mutuamente. Além disso, os pesquisadores não apresentam o componente reflexivo e político acerca da importância da participação da população na construção de políticas públicas de saúde.

4.1.2.2 Linguagem estilizada

A linguagem estilizada, segundo Fleck (1986), é utilizada para caracterizar um Estilo de Pensamento. Desta forma, são recorrentes os seguintes termos utilizados pelos membros que compartilham o *Estilo de Pensamento EF & Clínica*: prescrição de exercício físico, atividade física relacionada à saúde; estilo de vida ativo; prevenção de doenças; mudança de comportamento e treinamento de profissionais.

Os autores da tese e das dissertações utilizam um conjunto de expressões ao se referir às visões e práticas dos profissionais e gestores de saúde que compartilham deste Estilo de Pensamento: visão fragmentada do mundo, descontextualizada; dissociação entre a teoria e a prática, o exercício físico ou a atividade física são vistos como salvadores da população no combate ao sedentarismo e aos problemas de saúde; visão mecanicista e reducionista; responsabilização do indivíduo pela saúde e consciência sanitária da saúde.

4.1.2.3 Temáticas abordadas

Os assuntos que aparecem em maior evidência neste Estilo de Pensamento são: prática de atividade física, intervenções de exercício físico para grupos especiais, prevenção de doenças, mudança de comportamento, adoção de estilo de vida ativo e combate do sedentarismo.

Dos estudos analisados, podemos citar dois trabalhos que evidenciam essas afirmações: Bataglion (2003) destaca que o papel da educação física é essencial no processo de implementação de um projeto de PS através de um programa de atividade física relacionada à saúde, procurando alcançar objetivos compatíveis com a comunidade, ou seja, ministrar orientações para que os exercícios sejam executados de forma natural para facilitarem o processo de assimilação. Para Andrade (2001) a atuação dos profissionais de saúde para capacitar a população a adotar um estilo de vida saudável torna-se fundamental.

As citações dos autores dão sinais de certo reconhecimento da importância da EF no SUS com adoção conceitual predominante ao Modelo Ecológico defendido por Leavell e Clark (1965) que foca em medidas preventivas do nível primário das doenças. Neste, incluem-se medidas para elevar a saúde e o bem-estar geral através de moradia adequada, nutrição, recreação e condições agradáveis no lar e no trabalho, educação em saúde, dentre outros. Defende ainda que ações

educativas e de motivação sanitária iniciadas no âmbito individual acabariam sendo repassadas à família e à comunidade.

Esta concepção tem sido alvo de severas críticas por dois aspectos interrelacionados: o primeiro relacionado ao reducionismo do foco de atenção na medida de PS no âmbito individual, uma vez que as ações dirigem-se, via de regra, para o indivíduo, podendo se projetar para a dimensão da família e, raramente, para os grupos sociais. O segundo aspecto a ser questionado é a inadequação do modelo na contenção das doenças crônicas não-transmissíveis e, por isso, a PS acabou associada a medidas preventivas ligadas ao ambiente físico e aos estilos de vida (BUSS, 2000).

Ou seja, ao abordar o problema, supervalorizam-se os efeitos fisiológicos do exercício físico no que se refere à adoção de estilos de vida mais saudáveis e combate ao sedentarismo de determinados grupos sociais, em detrimento aos aspectos sociais e políticos do processo saúde-doença da população.

Para Hyndman (1998) *apud* Carvalho (2004) essas abordagens muitas vezes vêm obtendo impacto limitado sobre as condições de vida da população marginalizada, resultado que alguns investigadores explicam pela ênfase unilateral em intervenções sobre estilos de vida à custa de um enfoque ampliado sobre as causas sociais da não-saúde.

4.1.2.4 Práticas de EF & Clínica no SUS

Ao analisarmos as práticas desenvolvidas pelos professores de EF pertencentes ao Estilo de Pensamento EF & Clínica, percebemos serem baseadas na prescrição de exercícios para determinada patologia, pouco contribuindo para a construção de práticas que privilegiem a participação da população na construção de políticas públicas de saúde. Além disso, não existe relação entre a atividade desenvolvida e o contexto em que o usuário de saúde está inserido.

As propostas de intervenção foram centradas na prevenção de doenças com foco restrito à modificação de hábitos, priorizando aspectos educativos relacionados a fatores de risco comportamentais individuais. A responsabilização individual e a culpabilização foram evidenciadas, considerando-se os indivíduos como responsáveis exclusivos pela saúde, desatrelando as determinações sócio-políticas e econômicas. Priorizam ações de saúde que carecem de tecnologia de custos elevados e campanhas informativas de prevenção de doença focada na mudança de comportamento, de baixa eficácia, tão presentes na década de 1980 (CERQUEIRA, 1997).

Ao considerarmos os estudos sobre as **percepções dos profissionais da saúde (gestores, técnicos e estudantes de Educação Física) e dos usuários acerca da atuação da EF no SUS**, percebe-se certa confusão na adoção conceitual de PS e prevenção de doenças, como destacam os recortes dos conteúdos abaixo:

Verificamos que os gestores apresentam algumas dificuldades de definir “Promoção da Saúde”. Essas dificuldades aqui destacadas são dos sujeitos desta pesquisa, no entanto sabemos que não são exclusivas desse grupo, pois essa dificuldade de conceituar promoção está presente de modo geral, entre a população e mesmo entre grande parte dos profissionais (COUTINHO, 2005, p.89- 90).

[...] destaca-se uma preocupação dos gestores com o pronto atendimento, com as demandas de alta e média complexidade e com o oferecimento de medicamentos aos usuários, demonstrando proximidade com os níveis de prevenção de doença definidos por Leavel e Clark – história natural da doença (COUTINHO, 2005, p.90).

Em relação à metodologia utilizada, as intervenções educativas são pautadas em um modelo tradicional, historicamente hegemônico, assentado no referencial biologicista do adoecimento humano (SMEKE; OLIVEIRA, 2001, CHIESA; VERÍSSIMO, 2003). Estas privilegiam práticas educativas em saúde impositivas, com técnicas de comunicação informativa verticalizadas, ditando comportamentos “corretos” a serem adotados para a manutenção da saúde ou não adoecimento do indivíduo. Ações que pouco contribuem para uma efetiva diminuição dos problemas de doença da população.

Ao verificarmos qual **concepção de ES presente nas falas dos gestores de saúde**, fica clara a defesa do caráter informativo, na qual os profissionais são vistos como os detentores de saber técnico-científico, com *status* de verdade, e os usuários são tomados como indivíduos carentes de informação e que precisam ser devidamente informados. Como verificamos nos recortes abaixo:

[...] Na visão do gestor, trabalhar com Educação em saúde é apenas repassar informações [...] o usuário do sistema de saúde é entendido como aquele que é desprovido de conhecimento e vem para aprender com a Equipe de Saúde da Família (ESF). Entende o usuário como aquele que depende do sistema de saúde (COUTINHO, 2005, p. 64).

[...] os gestores têm uma visão distorcida em relação à Educação em Saúde no PSF e acompanha uma ideia equivocada sobre o processo de atenção que o programa tem como diretriz ou princípios (COUTINHO, 2005, p. 65).

[...] o profissional de Educação Física não deve ser visto somente como um orientador de atividades, mas pode e deve atuar com ações de educação em saúde (COUTINHO, 2005, p. 103).

Os gestores de saúde assumem o pressuposto de que o profissional deve adotar uma atitude paternalista, explicando aos usuários hábitos e comportamentos saudáveis, “o que fazer” e “como fazer” para a manutenção da saúde. Consideram que, a partir da informação recebida, os

usuários serão capazes de tomar decisões e responsabilizar-se-ão pela prevenção de doenças e agravos, bem como poderão assumir novos hábitos e condutas.

Nesse sentido, é possível concluir que as práticas em saúde desenvolvidas por este Coletivo de Pensamento caracterizam-se como atividades isoladas e pontuais que têm um fim em si mesmo, sem preocupação com a mudança de atitudes em relação à atuação no SUS, ou interesse a construção ou reforma das políticas públicas de saúde constituindo, em alguns casos, práticas de treinamento físico. As atividades desenvolvidas apresentam deficiências e incongruências na sua execução, com uma análise superficial das questões biológicas deixando de abordar aspectos importantes para a compreensão da problemática, não relacionando as interações fisiológicas do adoecimento às questões políticas, econômicas, culturais e sociais.

Torna-se necessário destacar que essas atividades e metodologias são oriundas dos conhecimentos e práticas que vem sendo hegemônicas durante o seu processo de formação de professores e EF, no qual o estudo do processo saúde-doença tem sido atrelado ao estudo da biologia e da fisiologia e ligada ao modelo biomédico pouco direcionado a estudar a determinação social do processo saúde-doença. Essa maneira de ver a saúde é construída e reforçada ao longo dos anos e também tem delineado a formação dos profissionais de saúde no Brasil. Esse é um fato que pouco contribui para o estabelecimento de complicações no *Estilo de Pensamento EF & Clínica*, permanecendo o mesmo sem transformação no modo de pensar e agir na saúde.

4.1.3 Estilo de Pensamento EF & Saúde Pública (Grupo em transição)

4.1.3.1 Pressupostos

Os resultados das pesquisas mostram que existe um Estilo de Pensamento em transição, em movimento do *Estilo de Pensamento EF & Clínica* para o *Estilo de Pensamento EF & Saúde Coletiva*, que nesta dissertação classificamos como: *Estilo de Pensamento EF & Saúde Pública*. Este Estilo de Pensamento é representado pelos estudos (IV, VI e IX), sendo duas dissertações (IV e IX) que desenvolveram e analisaram as intervenções de EF no SUS e uma dissertação (VI) que analisou a percepção dos profissionais técnicos (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde).

As informações analisadas demonstram que existem tentativas da EF de aproximação e construção de intervenções de PS no SUS buscando romper com intervenções puramente

preventivas de doença. Destacamos também a percepção por parte deste grupo de pesquisadores de que ações de saúde não podem se limitar a melhorias de parâmetros fisiológicos. No entanto, nos estudos analisados, ainda não se verificam ações de PS qualificadas que visem à mudança de valores e atitudes dos profissionais de saúde, dos gestores e dos usuários de saúde capazes de representar uma nova transformação de Estilo de Pensamento.

No *Estilo de Pensamento EF & Saúde Pública* mantém-se a adoção teórico-conceitual atrelada ao modelo biomédico do adoecimento humano, porém apresenta-se uma tendência ao rompimento desta abordagem unilateral do processo saúde. Suas principais características levantadas consistem na aproximação ao referencial da PS descrito na “Carta de Ottawa” de 1986. Os professores e pesquisadores da EF deste estilo de pensamento estão num processo de aproximação dos conceitos norteadores do SUS. Teoricamente vislumbram alguns preceitos sobre o tema tais como PS, ES, Participação Comunitária e *Empowerment*. Mas, na prática, ainda há certa confusão quanto aos procedimentos a serem utilizados, a metodologia, os objetivos e a análise dos resultados mantendo forte tendência comportamentalista, tecnicista e biologista ao atuarem na saúde.

O que verificamos nos estudos analisados pertencentes a este EP é a predominância conceitual de PS centrada no comportamento dos indivíduos e seus estilos de vida, fundamentada nos princípios estabelecidos pelo Informe Lalonde⁹, de 1974, que contempla a decomposição do campo da saúde em quatro amplos componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde. O Informe Lalonde privilegiou os “fatores particulares” em detrimento aos “fatores gerais” da determinação da saúde ao considerar que as causas principais das enfermidades e mortes tinham suas origens nos três primeiros componentes, aspectos que se apresentaram idênticos nas propostas de intervenção da EF em nossa pesquisa, em detrimento da organização da assistência à saúde.

Deixamos claro que não negamos a importância do Informe Lalonde de 1974 para o momento histórico em que ele foi elaborado, nem a sua proposta de ampliar o campo de atuação da Saúde Pública, priorizando medidas preventivas e programas educativos que trabalhassem com mudanças comportamentais e de estilos de vida (TERRIS, 1992). Pois até os dias atuais, essas estratégias de intervenção em PS têm provocado efeitos positivos no que se refere à adoção de

⁹ O Informe Lalonde representa um memorando de discussão produzido pelo Ministério de Bem Estar e Saúde do Canadá, que sintetizou um ideário que preconiza como eixo central de intervenção um conjunto de ações que procuram intervir positivamente sobre comportamentos individuais não-saudáveis. O resultado das discussões se concretizou na produção de um modelo que inter-relaciona quatro grupos explicativos do fenômeno saúde/doença: ambiente (natural e social), estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde), biologia humana (genética e função humana) e organização dos serviços de saúde (LALONDE, 1979).

estilos de vida mais saudáveis de determinados grupos sociais, aspecto que foi percebido nos estudos da EF que analisamos.

O estudo de Gomes (2007) mostra que intervir com a atividade física na perspectiva da Promoção da Saúde significa ampliar o conhecimento para além das questões biológicas e focar a atenção no desenvolvimento de habilidades e atitudes, estimulando a construção do *empowerment* (GOMES, 2007). A dissertação de Acosta (2005) também evidencia a transição dos EPs ao afirmar que a Participação Comunitária é essencial construir espaços onde a comunidade possa se expressar é fundamental para o sucesso do PSF. Aliás, esse exercício é um caminho que leva a comunidade a exercer a sua cidadania, pois requer compromisso de ambas as partes, não como uma meta a ser atingida, mas como um aprendizado coletivo e prática efetiva. Ainda ressalta a necessidade de participação responsável e o compromisso com o processo que envolve os trabalhadores, colocando-os como sujeitos (ACOSTA 2005).

Este movimento de transição é importante na medida em que indica que está ocorrendo a circulação de ideias e que a consciência das complicações está ocorrendo no Estilo de Pensamento *EF & Saúde Pública*.

4.1.3.2 Linguagem estilizada

A linguagem estilizada, segundo Fleck (1986), é utilizada para caracterizar um Estilo de Pensamento. Desta forma, são recorrentes os seguintes termos utilizados pelos membros que compartilham o *Estilo de Pensamento EF & Saúde Pública*: PS centrada no comportamento dos indivíduos, promoção de atividade física, cultura corporal, estilo de vida saudável, qualidade de vida, educação em saúde e participação na saúde.

Os autores das dissertações utilizam um conjunto de expressões e uma forma de pensar as práticas de PS no SUS que compartilham deste Estilo de Pensamento: visão fragmentada do mundo; adotam a concepção de PS centrada no comportamento dos indivíduos e seus estilos de vida considerando quatro amplos componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde; permanecendo inexistente a leitura do contexto social, político e econômico do processo saúde-doença da população e responsabilizam o indivíduo pela condição de saúde.

4.1.3.3 Temáticas abordadas

Os assuntos que aparecem com maior frequência neste Estilo de Pensamento são: PS segundo a Carta de Ottawa, ES para mudança de comportamentos, *empowerment* psicológico e Participação Comunitária.

Na direção de analisarmos a concepção de PS com os fundamentos da Carta de Ottawa, percebemos a adoção deste conceito como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Isto nos faz acreditar que, de alguma forma, a prática social da EF se aproxima da PS e que tal situação pode influenciar a maneira de pensar e de intervir na Saúde, marcando sua distinção com relação às práticas preventivas e curativas da doença. Vale destacar que não podemos assumir este fato como representativo da realidade, mas precisamos realizar a crítica das ideias expostas nos textos dos estudos buscando “a especificidade histórica, a cumplicidade com seu tempo; e nas diferenciações internas, sua contribuição à vida, ao conhecimento e às transformações” (MINAYO, 2003, p.101).

A PS proposta pela Carta de Ottawa supõe uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença que incidem sobre as condições de vida da população, que vão além das condições de sobrevivência e do estilo de vida. Não se referem apenas aos aspectos relacionados com o poder aquisitivo na esfera individual, mas também às políticas públicas que buscam garantir o atendimento de necessidades básicas para a sobrevivência, agregando-se assim a dimensão política a essa categoria. O espaço social, ao expressar as condições de vida dos segmentos sociais que o ocupam, representa uma dimensão da vida que contém as outras dimensões que nele se reproduzem, mas que é modificado constantemente na interação com as outras dimensões (PAIM, 1997).

Neste contexto, ao analisarmos como o *Estilo de Pensamento EF & Saúde Pública* aborda a PS, segundo a Carta de Ottawa, somos inspirados a repensar os modelos e os pressupostos das intervenções no SUS. Destacamos que além de se desenvolver tecnologias adequadas, comunicacionais, educativas e relacionais, devemos considerar que estas estão vinculadas a valores, saberes técnicos, e práticas sociais, influenciando-as e sendo por elas influenciadas.

O fato do conceito de PS, descrito pela Carta de Ottawa, fazer-se presente na fundamentação teórico-conceitual dos estudos da EF, não garante que as propostas de intervenção sejam desenvolvidas a partir da mesma. O que observamos nos estudos analisados pertencentes a este estilo de pensamento foi a dificuldade de traduzi-los em práticas coerentes no SUS, a ponto de que as raras práticas que privilegiam a PS se encontram ainda dispersas, descontextualizadas

e desarticuladas, ou ainda focadas em mudanças de comportamentos pré-determinados como de “risco”. Este exercício dialético de análise dos conteúdos dos textos nos faz pensar que embora os pesquisadores da EF citem em seus trabalhos o conceito de PS, este ainda não foi incorporado e compreendido em sua essência.

Salientamos que, no Brasil, embora a PS tenha respaldo das conferências de saúde, ações efetivas neste sentido não têm sido implementadas suficientemente. Permanecem equívocos com relação à sua concepção nos serviços, não havendo emprego correto do termo pelos profissionais, que constantemente confundem a PS com práticas de prevenção e/ou educação para a saúde baseada na mudança de comportamento.

Possível explicação para a confusão conceitual se refere à complexidade do tema, pois ainda se mantém a confusão relacionada à utilização de termos como “Promoção da Saúde”, “Educação em Saúde” e “Prevenção em Saúde”. Em nosso entendimento, esse problema se repete na EF, caracterizado pela forma como são desenhadas e aplicadas às intervenções no SUS.

No entanto esta dificuldade de compreensão conceitual perpassa a realidade de implementação da PS, uma vez que a maioria dos projetos de PS em andamento possui o enfoque behaviorista e “mantém o foco de sua atuação voltada para a regulação da vida social e para a criação de critérios que delimitam o sentido de viver saudável” (CARVALHO, 2004, p.670).

Outra temática abordada pelo *Estilo de Pensamento EF & Saúde Pública* se refere à ES para mudança de comportamento. Assim, ao analisarmos como se constroem as ações de ES encontramos práticas educativas que cooperam para a formação da consciência sanitária (do que é certo e do que é errado) por meio de um esforço pedagógico sistemático e permanente, que envolve técnicas focais e de *marketing* social, e que têm como objetivo final a manutenção da harmonia social e de uma relação saudável entre indivíduo com o seu meio externo. Ao adotar o *empowerment* a partir das ações educativas, cria-se o falso sentimento de existência efetiva de poder por parte dos indivíduos, desconsiderando que a maior parte da vida é controlada por políticas e práticas macrossociais que impõe e estabelecem contornos delimitados.

Vale ressaltar que nos estudos pertencentes a este estilo de pensamento, o que embasa as discussões de *empowerment* não é o poder real, mas sim, o senso de *empowerment*, levando à personalização da política que pode favorecer a manutenção do *status quo*. Identificamos neste Estilo de Pensamento a adoção conceitual de *empowerment* psicológico definido por Carvalho (2004, p.1090), como um sentimento de maior controle sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos, e que pode ocorrer sem que haja necessidade de que as pessoas participem de ações políticas coletivas. Esta formulação conceitual de *empowerment* é influenciada por uma perspectiva filosófica individualista que tende a ignorar a influência dos fatores sociais e estruturais; uma visão que fragmenta a condição humana no

momento em que desconecta, artificialmente, o comportamento dos homens do contexto sociopolítico em que eles encontram-se inseridos.

Outra temática abordada pelo *Estilo de Pensamento EF & Saúde Pública* é a Participação Comunitária. Para discutirmos a Participação Comunitária, primeiramente precisamos compreender qual conceito de comunidade define o caráter desta forma de atuação. Carvalho (1995), em sua análise sobre a participação em saúde no Brasil, sustenta que a concepção de comunidade adotada como base desta forma de participação se referia a um conceito genérico de origem funcionalista que:

[...] designa difusamente um agrupamento de pessoas que coabitam num mesmo “meio ambiente”, ou seja, compartilham o que se poderia chamar de “condições ecológicas” de existência, independentemente dos fatores estruturais ou conjunturais que lhes dão origem. A comunidade é assim definida como social e culturalmente homogênea o que lhe confere e cria uma identidade própria e uma suposta predisposição à solidariedade, ao sentido coletivo e, por que não, ao trabalho voluntário de auto-ajuda (CARVALHO, 1995. p.16).

Para o autor acima citado, o conceito de Participação Comunitária tem sua origem no início do século XX nos Estados Unidos e relaciona-se à ascensão do movimento de medicina comunitária, que nasce com o objetivo de oferecer uma forma de assistência à saúde voltada às camadas pobres da população. Esta forma de participação irrompe uma nova relação entre a sociedade e o Estado e, embora tenha encontrado obstáculos à disseminação na sociedade daquele país, representou um grande avanço para a época. Esta proposta, na América Latina, começou a ser discutida na década de 1950, com a introdução de programas de desenvolvimento econômico e social patrocinados por instituições dos EUA que propunham ações de organização e Participação Comunitária como instrumento de melhoria da qualidade de vida.

Neste período histórico, a medicina comunitária expressa uma mudança na concepção de saúde que, por sua vez, delinea o modo como a participação é interpretada. Para Carvalho (1995), embora a preocupação estrita com a higiene do meio se desloque para a intervenção na relação entre o homem e o meio ambiente, abarcando elementos culturais e sociais, os riscos sanitários ainda são atribuídos a uma dimensão meramente técnica, ignorando completamente a responsabilidade política. Esta percepção faz com que a Participação Comunitária seja idolatrada como sendo a solução para a pobreza e as doenças, uma vez que ela se torna um meio de concretizar os serviços de saúde pública.

A presença do conceito “Participação Comunitária” nas dissertações da EF nos remete a pensar que os preceitos da medicina comunitária, das décadas de 1960 e 1970, ainda se mantêm presentes na fundamentação das propostas de participação da comunidade nas ações de saúde. É importante destacar aqui que a própria medicina comunitária e o modo de conceber o processo

saúde-doença têm avançado nestas últimas quatro décadas, seja em sua discussão conceitual, seja no modo de atuar na assistência à saúde da população.

Ao considerarmos o contexto histórico da saúde no Brasil, nos anos de 1970, era consenso no campo da saúde a necessidade de recrutamento da comunidade como mecanismo de vencer as doenças e a pobreza e ampliar a cobertura dos serviços de saúde. Atualmente, com a consagração da Saúde como um direito de todos e dever do Estado, a instituição do SUS e a garantia do direito à participação nas definições das políticas públicas de saúde, não se pode mais conceber que as ações de estímulo à participação da comunidade se fundamentem em concepções tão restritivas.

4.1.3.4 Práticas de EF & Saúde Pública

As práticas desenvolvidas pelos professores de EF pertencentes ao *Estilo de Pensamento EF & Saúde Pública* mantêm raízes próximas ao *Estilo de Pensamento EF & Clínica*, utilizando o exercício físico e a atividade física como recursos para atingir a PS, estimulando a participação da comunidade na construção dos grupos de atividade física que pouco tem contribuído para a mudança da assistência a saúde.

Ao analisarmos a PS como proposta de intervenção dos estudos pertencentes a este estilo de pensamento, percebemos a dificuldade em transpor a barreira teórico-prática e dar vida aos conceitos adotados como pressupostos teóricos dos trabalhos. Os recortes dos conteúdos das pesquisas colocam em evidência certo distanciamento dos pressupostos da PS nas propostas **de intervenção da EF no SUS**, fato que parece ser reconhecido pelos pesquisadores quando descrevem sobre os próprios resultados da pesquisa, como podemos verificar:

[...] No que se refere à Educação Física, é preciso ainda um esclarecimento relativo à proposta da promoção de saúde para que não seja reforçada a incorporação reducionista e o uso indiscriminado desse termo em suas práticas, teorias e na formação profissional (FREITAS, 2003, p.32).

Intervir com a atividade física na perspectiva da Promoção da Saúde significa ampliar o conhecimento para além das questões biológicas e focar a atenção no desenvolvimento de habilidades e atitudes, estimulando a construção do *empowerment* (GOMES, 2007, p.3).

[...] Observa-se que as mudanças comportamentais não são suficientes para garantir a contribuição da atividade física para a saúde, necessita de outros mecanismos para poder efetivar esta relação entre atividade física e a Promoção da Saúde (GOMES, 2007, p.90).

[...] necessidade de criar e implantar Equipes de Apoio Matricial, com a participação do profissional de educação física, a fim de estimular e aumentar as ações de Promoção da Saúde na atenção básica [...] (GOMES, 2007, p.93).

[...] Os resultados confirmam a carência e a necessidade de intervenções para a Promoção da Saúde, onde atividade física pode ser explorada tanto como um componente educacional quanto comportamental, e apresentar contribuições significativas para a saúde pública (GOMES, 2007, p.94).

Outro fato que nos chama a atenção é que, apesar da PS estar descrita na Lei Orgânica da Saúde, encontrar ancoradouro nos caminhos da 9ª Conferência Nacional de Saúde e haver uma Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), as políticas e ações não têm sido implementadas no cotidiano dos serviços.

O desconhecimento dos documentos doutrinários da PS do país foi observado nos estudos da EF pertencentes a outros Estilos de Pensamento. Verificamos que apenas um dos três estudos (VIII, IX e X) menciona a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em seu referencial teórico, sendo apenas um estudo pertencente ao *Estilo de Pensamento EF & Saúde Pública*, como observamos no recorte abaixo:

[...] O Brasil apresentou sua Política Nacional de Promoção da Saúde (2002b), em que descreve a Promoção da Saúde como um amplo processo social e político, que não engloba apenas as ações dirigidas para o fortalecimento das habilidades e capacidades dos indivíduos, mas, das ações direcionadas para as mudanças nas condições sociais, ambientais e econômicas, de forma a aliviar seu impacto sobre a saúde pública e individual (GOMES, 2007, p.8).

O fato de a PNPS considerar as práticas corporais e a atividade física uma de suas prioridades, e esta ser citada nos referenciais teóricos dos estudos da EF, não significa que as propostas de intervenção em saúde da EF no SUS estejam embasadas nos princípios deste documento. Percebemos que a mesma foi, no máximo, mencionada, sem estar relacionada à proposta de investigação e/ou intervenção.

Para BUSS (2003) isto pode ser reflexo de um processo que ainda está em construção e que precisa passar por discussões e críticas para o seu amadurecimento. Nesta ótica, no decorrer de mais de vinte anos da divulgação da Carta de Ottawa, o conceito de PS vem sendo incessantemente discutido e reelaborado por diferentes atores técnicos e sociais, em diferentes conjunturas e formações sociais. Assim, é preciso ser tolerante também com a inclusão efetiva de tal concepção no campo da EF.

Ao analisarmos como o *Estilo de Pensamento EF & Saúde Pública* aborda em suas práticas de PS *empowerment* psicológico destacamos o seguintes recorte de conteúdo:

O *empowerment* é a participação popular na direção dos assuntos de saúde, bem como o acesso total e contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem nesta área, ou seja, a aquisição de poder técnico e consciência política para atuar em prol de sua saúde (BUSS, 2003 *apud* GOMES, 2007, p.1)

No estudo (IX) de **intervenção da EF no SUS**, o autor, ao citar em seu referencial teórico o conceito de *empowerment* como um eixo principal em sua proposta, o faz embasado na abordagem de *empowerment* psicológico. Sua proposta tem como objetivo principal o fortalecimento da autoestima e da capacidade de adaptação ao meio e o desenvolvimento de mecanismos de autoajuda e de solidariedade.

Ao analisarmos como o *empowerment* psicológico é abordado na proposta de intervenção deste estudo pertencente do *Estilo de Pensamento EF & Saúde Pública*, destacamos que ao discutir o conceito de *empowerment* ele não se aprofunda na discussão do poder como palavra-chave e que, ao abordar o indivíduo *empowered* (com poder) considera-o como sendo aquele que é:

comedido, independente e autoconfiante, capaz de comportar-se de uma determinada maneira e de influenciar o seu meio e atuar de acordo com abstratos princípios de justiça e de equilíbrio (RIGER, 1993 *apud* CARVALHO, 2004, p. 1091).

Destacamos ainda que embora na pesquisa (IX) se apresentem discursos a favor de uma sociedade saudável e socialmente justa e se preconize o *empowerment* de indivíduos e coletivos, estes podem se interpretados como discursos inconclusos, na medida em que não se discutem as raízes dos problemas e nem se busca apontar alternativas superadoras à condição de opressão, como diria Freire (2001). As propostas de intervenção não incidem sobre a distribuição de poder e de recursos na sociedade, podendo facilmente transformar-se em um mecanismo de regulação e de controle social sobre certos grupos de indivíduos. Os governos e instituições conservadoras podem se utilizar destes artifícios para legitimar suas práticas, neutralizando, de passagem, proposições que não questionam a ordem social (CARVALHO, 2004).

No estudo (IX) também percebemos que, embora seu discurso esteja fundamentado na importância de se promover a autonomia das pessoas e a diminuição da dependência da população às instituições de saúde, na proposta de intervenção predomina a política de responsabilização do indivíduo, ao sugerir que as pessoas façam, cada vez mais, uso de seus recursos próprios e/ou da comunidade antes de recorrer à ajuda de instituições de saúde.

Ao investigarmos como o *Estilo de Pensamento EF & Saúde Pública* promove o *empowerment* a partir de ações de ES, percebemos que os mesmos reforçam a ideia de que ES permite o *empowerment* dos sujeitos envolvidos a partir do momento em que eles recebem informações a respeito da importância da prática de exercícios, sem mencionar as dificuldades que

os investigados (os quais foram apresentados como moradores de regiões carentes) teriam para superar suas condições de vida que determinam seus estilos de vida sedentários. Isto pode ser observado mais claramente nos recortes do conteúdo do trabalho de **intervenção da EF no SUS** (IX), abaixo:

[...] além da mudança de comportamento para atividade física, o que esta proposta de ação sugere é a prática e a construção do empoderamento (*empowerment*), cuja relação entre a promoção da saúde e a pedagogia libertadora ou da problematização é evidenciada com o intuito de afirmar o desenvolvimento de habilidades e atitudes conducentes à prática regular de atividade física e à promoção da saúde (GOMES, 2007, p.38).

[...] Os resultados confirmam a carência e a necessidade de intervenções para a promoção da saúde, onde atividade física pode ser explorada tanto como um componente educacional e quanto comportamental, e apresentar contribuições significativas para a saúde pública (GOMES, 2007, p.94).

[...] o PSF constituiu-se numa estratégia adequada para aplicação de uma proposta de orientação de atividade física para adultos aparentemente saudáveis, possibilitando ampliação e reflexão do papel da atividade física para a promoção da saúde. Destaca-se que a participação das Agentes Comunitárias de Saúde foi de grande importância para o desenvolvimento desta proposta, principalmente no que diz respeito ao acesso às comunidades e a recepção da população (GOMES, 2007, p.91).

Os recortes do estudo mostram que o fato do Estilo de Pensamento EF & Saúde Pública adotar em seu referencial teórico o conceito de *empowerment* não representa que as intervenções educativas sejam desenvolvidas a partir da valorização e criação de espaços públicos, coletivos e democráticos (rodas e grupos de discussão, colegiados, gestores etc.), nem que, ao propor intervenções de ES, as mesmas busquem promover a participação dos indivíduos e coletivos na identificação e na análise crítica de seus problemas, visando à elaboração de estratégias de ação de transformação do *status quo*. O que observamos no conjunto foram estratégias de ES que tiveram como tônica a prática de atividade física e conhecimentos a respeito do fortalecimento da autoestima e da capacidade de adaptação ao meio.

Este ponto merece uma pausa para que possamos refletir e avançar na discussão sobre como a EF tem se apropriado dos referenciais teóricos que estruturam as suas propostas de intervenções em ES, para a promoção da autonomia/*empowerment* da população usuária do SUS. Neste contexto, o *empowerment* social coloca-se como uma potente ferramenta conceitual para construção de práticas de ES, já citadas, visando superar processos que têm como eixo a relação de hierarquia estabelecida, por exemplo, entre professor/alunos e entre profissional de saúde/usuário.

Quanto à adoção conceitual de Participação Comunitária, ao analisarmos os estudos da EF que constituem o *Estilo de Pensamento EF & Saúde Pública* percebemos que a mesma aparece vinculada aos valores de solidariedade, auto-ajuda e voluntarismo, com papel ligado à ideia de

cooperação com as políticas institucionais, inclusive com atuação na execução de ações sanitárias propostas pelo Estado. Como pode ser visto nos trechos que seguem:

[...] Participação Comunitária é essencial, construir espaços onde a comunidade possa se expressar, e é fundamental para o sucesso do PSF, aliás, esse exercício é um caminho que leva a comunidade a exercer a sua cidadania, pois, requerem compromisso de ambas as partes (BRASIL, 2006 *apud* ACOSTA, 2005).

[...] o exercício de cidadania está presente e é percebido no processo de trabalho das equipes de PSF, não como uma meta a ser atingida, mas como uma prática efetiva, elas ressaltam a necessidade de participação responsável e compromisso com o processo que envolve os trabalhadores, colocando-os como sujeitos (ACOSTA 2005, p. 100).

[...] compromisso com a ética e a cidadania, levantam também a compreensão da dimensão humana, e colocam o trabalhador como parte integrante e atuante desse contexto, capaz de transformá-lo ou não (ACOSTA 2005, p. 100)

Em síntese, ao analisarmos a Participação Comunitária neste Estilo de Pensamento destacamos a necessidade de esclarecimento de que as ações da EF podem representar um fator mobilizador da Participação na Saúde e que as mesmas contribuem não só para o processo de *empowerment* dos atores sociais locais, mas para a construção de políticas públicas de saúde que visam à construção de canais interlocutores na busca por melhoria das condições de vida e desenvolvimento social da população.

Os conceitos e conhecimentos produzidos e discutidos pelo grupo de pesquisadores deste Estilo de Pensamento podem representar nuances dos EPs em consideração e constituir o que Fleck (1996, p. 155) sinaliza como possibilidade de ocorrência de matizes de Estilo de Pensamento, ou seja, pequenas variedades, graus de distinção de um mesmo EP. Os matizes são oriundos dos objetos de investigação e dos referenciais teóricos que são utilizados pelos autores, emergindo do processo de extensão do Estilo de Pensamento. Assim, os matizes indicam distanciamentos ou proximidades existentes entre os conhecimentos e práticas dos membros do Círculo Esotérico que compartilham de um mesmo Estilo de Pensamento.

A consideração de matizes de um estilo de pensamento é importante na medida em que se verifica que nas pesquisas analisadas existem variações, principalmente na linguagem estilizada e em algumas referências bibliográficas utilizadas. Esses dados, associados a outros, podem indicar a existência de matizes.

Ao analisarmos a linguagem estilizada, alguns autores das dissertações utilizam expressões como: trabalho multidisciplinar, interdisciplinaridade, trabalho coletivo, coletivo social, pluralidade, entre outras. Além disso, observamos que alguns estudos utilizam diferentes perspectivas de análise. A dissertação de Freitas (2001) estudou o significado do “educador físico nos serviços de

Saúde Pública, por meio de revisão de literatura e de intervenção elaborada”, proposta e desenvolvida em um Centro de Saúde, utilizando como metodologia a observação participante e entrevista fundamentada na investigação social. Acosta (2005) investigou os conhecimentos sobre atividade física, saúde e ambiente, através do processo de trabalho das equipes do PSF a partir da perspectiva empírico-analítica. Gomes (2007) desenvolveu e avaliou um programa de orientação de atividade física para a promoção da saúde de adultos aparentemente saudáveis participantes do PSF, utilizou o Modelo Transteorético e a Teoria Educacional de Paulo Freire em uma perspectiva empírico-analítica.

Essas diferenciações estariam, então, sugerindo que muito embora sejam compartilhados elementos fundamentais que distinguem este EP do *Estilo de Pensamento EF & Clínica* e do *Estilo de Pensamento EF & Saúde Coletiva*, no seu processo de instauração e extensão, pode ter ocorrido algo que, no momento, e dada a contemporaneidade dessa análise, poder-se-ia associar à existência de matizes.

4.1.4 Estilo de Pensamento Educação Física & Saúde Coletiva

4.1.4.1 Pressupostos

O *Estilo de Pensamento Educação Física & Saúde Coletiva* envolve uma visão mais ampla do processo saúde-doença se aproximando da discussão dos problemas de saúde, analisando-os em suas múltiplas dimensões: históricas, culturais, políticos, econômicos e sociais.

O *Estilo de Pensamento EF & Saúde Coletiva* é constituído por uma tese (I) e quatro dissertações (VII, VIII, X e XI) que desenvolveram e analisaram as intervenções de EF no SUS. Três estudos (VII, VIII e XI) analisaram as intervenções de EF no SUS e uma dissertação (X) que analisou a percepção dos profissionais técnicos (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde) acerca da atuação da EF no mesmo sistema.

Esse EP apresenta uma abordagem da saúde considerando os seus determinantes sociais, sendo desenvolvido numa perspectiva crítica, reflexiva, contextualizada e democrática, estimulando a população (gestores e profissionais e os usuários de saúde) para que participem de forma consciente das políticas públicas de saúde e para que os profissionais se empenhem na busca de uma melhor condição de vida da população. Ao abordar a Determinação Social da Saúde o *EP EF & Saúde Coletiva* se fundamenta na ideia de que “saúde é um produto social”, estimulando

assim o questionamento do processo saúde-doença sob a ótica dos componentes biológico, histórico, social, econômico, cultural e político em suas especificidades e interações.

Para o *EP EF & Saúde Coletiva* é neste contexto social que o movimento de gênese e reprodução é possibilitado, tanto pelos processos individuais quanto pelos processos coletivos que se articulam, se determinam, estruturando a sociedade, e que são também os geradores das desigualdades sociais e produzem os perfis epidemiológicos de saúde e de doença.

O *Estilo de Pensamento EF & Saúde Coletiva* se fundamenta no referencial da SC como campo de conhecimento que estuda o fenômeno saúde-doença em populações tratando-o como processo social; investiga a produção e a distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social. E analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1999).

Neste contexto, o *EP EF & Saúde Coletiva* procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los. O objeto deste EP é construído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos. Nesse sentido, o conhecimento e as propostas de intervenção do *EP EF & Saúde Coletiva* tem caráter interdisciplinar, sugerindo uma integração no plano do conhecimento e não no plano da estratégia, reunindo profissionais com múltiplas formações.

O *EP EF & Saúde Coletiva*, ao desenvolver suas propostas de ação na saúde, consideram as necessidades sociais da saúde. Além disso, fundamentados no referencial metodológico da SC utilizam instrumentos de trabalho de diferentes saberes, áreas, disciplinas, tecnologias materiais e não materiais e desenvolve ações com diferentes grupos sociais e no ambiente, independentemente do tipo de profissional e do modelo de institucionalização.

Nos trabalhos analisados, verificamos que a perspectiva crítica aparece em vários momentos como um importante elemento da EF & Saúde Coletiva. Assim, nesta dissertação, a opção em denominarmos o *Estilo de Pensamento Educação Física & Saúde Coletiva* justifica-se pela necessidade de relacionar o que os autores das teses e dissertações discutem sobre isso, mas também incluir uma perspectiva de transformação das práticas de PS desenvolvidas pela EF no SUS. Não basta conscientizarmos os usuários sobre a necessidade realizar algum exercício físico para a prevenção de doenças, mas precisamos discutir a determinação social da saúde como processo do qual eles são co-partícipes. É necessário que se estabeleçam ações concretas para a compreensão e a tomada de decisão, para o enfrentamento dos problemas, refletindo em ações efetivas na comunidade.

4.1.4.2 Linguagem estilizada

São recorrentes os seguintes termos utilizados pelos membros que compartilham o *Estilo de Pensamento Educação Física & Saúde Coletiva*: PS; ES; Participação na Saúde; participação social; participação popular Práticas Corporais; Processo saúde-doença em abordagem interdisciplinar; multidisciplinaridade; *empowerment* social; caráter político; visão crítica da realidade e visão transformadora.

4.1.4.3 Temáticas abordadas

Uma das características do *Estilo de Pensamento Educação Física & Saúde Coletiva* é a de que não existem conteúdos pré-estabelecidos para o desenvolvimento das intervenções de PS no SUS, uma vez que a abordagem interdisciplinar e o contexto social são imprescindíveis para a sua efetividade. As temáticas privilegiam assuntos relacionados tanto com o processo saúde-doença, como a transformação da realidade social para a melhoria da condição de vida da população. Assim, o lugar em que se vive, com suas características e problemas, como o acesso aos serviços de saúde, espaços de lazer, o acesso à educação, às condições de trabalho e ao saneamento básico, entre outros tantos, passam a ser objeto de estudo relacionando-se com as questões sociais, políticas, econômicas.

Como assuntos norteadores deste Estilo de Pensamento, destacamos: a PS com entendimento da saúde como um produto social e com enfoque no desenvolvimento de políticas públicas e melhorias nas condições de vida da população. O *empowerment* social como um processo e um resultado de ações que afetam a distribuição do poder levando ao acúmulo ou desacúmulo de poder (*disempowerment*) no âmbito das esferas pessoais, intersubjetivas e políticas. A ES como um processo político-pedagógico de construção coletiva que requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo. A Participação Social com enfoque no conjunto dos cidadãos que compõem a sociedade, abarcando a diversidade de posições e interesses presentes nesta esfera e construindo a forma de atuação na saúde. Os coletivos de pensadores que compartilham do EPs e SC abordam a categoria Participação Social segundo a perspectiva de controle social como o controle da sociedade civil sobre o Estado e de acordo com o princípio do SUS.

Esta EF atuando em PS no SUS pretende ser facilitadora do processo de promover melhoria na condição de vida da população através de interação multidisciplinar, da

intersetorialidade estimulando a participação na construção e efetivação das políticas públicas de saúde.

O *EP EF & Saúde Coletiva* estrutura sua prática embasado no referencial teórico conceitual da PS produzido a partir das Cartas e Declarações Internacionais organizadas pela OMS, ocorridas nos últimos vinte anos, Quatro importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, realizadas em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991) e Jacarta (1997), desenvolveram as bases conceituais e políticas da PS. Na América Latina, em 1992, realizou-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde (1992), trazendo formalmente o tema para o contexto sub-regional (BUSS, 2000).

O conceito de PS produzido a partir das diversas Cartas e Declarações na tentativa de ampliar o entendimento do processo saúde-doença passa a estar relacionado aos aspectos globais da comunidade e seu significativo campo de atuação parece ampliar para além da prática unicamente médica, extrapolando para ações de estímulo à mobilização comunitária, à reivindicação dos direitos à saúde e à participação na construção de políticas públicas.

Nos estudos analisados pertencentes ao *EP EF & Saúde Coletiva* identificamos a utilização conceitual de PS seguindo dois modelos diferentes: no primeiro deles, a PS consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram. Neste caso, os programas ou atividades de PS tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. Nessa abordagem, fugiriam do âmbito da PS todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos. Já no segundo grupo de conceituações baseia-se no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a condição de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde (BUSS, 2000).

Verdi e Caponi (2005) destacam que tanto no modelo de PS com foco na mudança de comportamento individual quanto no modelo com enfoque mais amplo de desenvolvimento de políticas públicas e de condições favoráveis à saúde, as estratégias podem também gerar modos de controle e de exclusão. A depender do modo como se estruturam, as estratégias de PS podem se tornar estratégias de vigilância que muitas vezes limitam ou restringem as decisões individuais, com a motivação do bem-estar coletivo ou da evitabilidade de consequências danosas à saúde e à sociedade.

Este aspecto também foi destacado por Carvalho (2004), ao salientar o reconhecimento do avanço da PS ao incorporar em seu referencial teórico-conceitual o *empowerment* e a determinação social do processo saúde-doença (como um avanço em relação ao projeto behaviorista que lhe antecedeu). O autor não deixou de esclarecer que este fato não impede que ocorram importantes dissensos em relação ao sentido e significados das premissas, diretrizes e estratégias da PS com embasamento socioambiental para a implementação de um projeto sanitário comprometido com a equidade social e a produção de sujeitos autônomos e solidários.

Desta forma,

se de um lado se evidencia a tendência de responsabilização dos indivíduos pelo eventual risco de adoecer caso não adotem os padrões indicados como saudáveis, por outro gera a subalternidade às medidas médicas, frente às quais o indivíduo pode articular o consenso ou o dissenso, porém sem a possibilidade de construir autonomia (VERDI; CAPONI, 2005, p.86).

Contudo, vale ressaltar que não é somente na EF que a falta de clareza conceitual parece persistir; isto se repete nas demais categorias profissionais da área da saúde. De fato, esta dificuldade de compreensão conceitual perpassa a realidade de implementação da PS, uma vez que a maioria dos projetos de PS em andamento possui o enfoque behaviorista e mantém o foco de sua “atuação voltada para a regulação da vida social e para a criação de critérios que delimitam o sentido de viver saudável” (CARVALHO, 2004, p.670).

Não se encontram como propostas governamentais ações dirigidas a conscientizar as pessoas sobre seus direitos como cidadão em relação à saúde. O que se tem visto é que alguns trabalhos isolados detêm este tipo de preocupação, mas a maioria apenas segue os modelos de programas de trabalho aprovados pelo Ministério da Saúde (RABELLO, 2006).

O que entendemos ao ampliarmos nosso marco conceitual da PS, assumindo a saúde como produção social, é que não podemos simplesmente reproduzir programas de PS hierarquicamente impostos por órgãos reguladores da Saúde, mas cabe a nós desenvolver ações promotoras de saúde emancipadoras dos indivíduos levando em conta o contexto coletivo e cotidiano da população, extrapolando o campo específico da assistência médico curativa. Este seria justamente o campo de ação da promoção, cuja concepção e significado deveriam enfatizar as ações de educação em saúde, a participação da população nas discussões sobre a melhoria das condições de vida e de saúde do coletivo, bem como estimular o envolvimento da população na construção de políticas públicas de saúde voltadas para a assistência integral, humanizada, equânime e universal.

A categoria *empowerment* se fez presente, implícita ou explicitamente, no interior das premissas e estratégias dos estudos pertencentes ao *EP EF & Saúde Coletiva*, em razão da PS ser um processo que procura atuar na melhoria das condições de vida. O *EP EF & Saúde Coletiva* ao

abordar o *empowerment* social trabalha com a noção de poder como um recurso material e não-material distribuído de forma desigual na sociedade, como uma categoria conflitiva na qual convivem dimensões produtivas, potencialmente criativas e instituintes, com elementos de conservação do *status quo*. Para os teóricos do

empowerment social, a sociedade é constituída de diferentes grupos de interesses que possuem níveis diferenciados de poder e de controle sobre os recursos, fazendo com que processos de *empowerment* impliquem, muitas vezes, na redistribuição de poder e a resistência daqueles que o perdem (CARVALHO, 2004, p.1091).

Nesta categoria também se encontram inscritos elementos que caracterizam um patamar elevado de *empowerment* psicológico¹⁰, a participação ativa na ação política e a conquista de (ou possibilidade de) recursos materiais ou de poder por parte de indivíduos e coletivos (RISSEL, 1994 *apud* CARVALHO, 2004).

Para compreendermos como a categoria ES é abordada pelos *EP EF & Saúde Coletiva* buscamos compreender a sua especificidade histórica, como seu conceito se constrói e se reconstrói com o passar do tempo, além de verificar como a abordagem desta categoria pode contribuir para a transformação da vida e para a produção do conhecimento para a área.

Neste EP, para a análise da categoria ES, apoiamo-nos no conceito desenvolvido por Vasconcellos (1999) que a define como um processo político-pedagógico de construção coletiva que requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras, considerando o usuário como sujeito histórico social capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e tomada de decisão, no que se refere ao cuidar de si, de sua família e da coletividade.

No *EP EF & Saúde Coletiva* entendemos que a ES, como área de conhecimento, se constrói a partir do diálogo, tanto das Ciências da Educação como da Saúde, integrando disciplinas como a psicologia, sociologia, filosofia e antropologia. Esse entendimento é reforçado ao se afirmar a ES como um campo multifacetado para o qual convergem e espelham diversas e diferentes concepções e compreensões de mundo demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade (SCHALL; STUCHINER, 1999 *apud* MACHADO *et al.*, 2007).

Outra temática abordada pelo *EP EF & Saúde Coletiva* é a concepção de ES elaborada a partir dos princípios da PS e consiste num processo que abrange a participação da população no

¹⁰ Carvalho (2004, p. 1090) define o *empowerment* psicológico como um sentimento de maior controle sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos, e que pode ocorrer sem que haja necessidade de que as pessoas participem de ações políticas coletivas. Esta formulação conceitual de *empowerment* é influenciada por uma perspectiva filosófica individualista que tende a ignorar a influência dos fatores sociais e estruturais; uma visão que fragmenta a condição humana no momento em que desconecta, artificialmente, o comportamento dos homens do contexto sociopolítico em que eles encontram-se inseridos.

contexto de sua vida cotidiana, nas formas de produzir e reproduzir a vida e na tomada de decisão frente às condições de adoecimento, e não apenas na construção de situações de controle do risco de adoecer. Corroborando com Albuquerque e Stotz (2004), entendem que as ações de saúde são ações educativas em que tanto profissionais como usuários aprendem e ensinam, numa construção dialógica do conhecimento.

Outra temática abordada pelo *Estilo de Pensamento EF & Saúde Coletiva* é a Participação na Saúde que foi investigada tanto em **trabalhos de intervenção da Educação Física no SUS** quanto em **trabalhos que se dedicaram a analisar as concepções dos profissionais da saúde (gestores, técnicos e estudantes de Educação Física)**.

Partindo do pressuposto que a “Participação” é uma condição necessária a uma política social realmente comprometida com mudanças sociais, analisamos como esta categoria se constrói ao longo do tempo, como suas características de atuação sofreram alterações em seu decurso e como se apresenta nos modos de atuação no campo da saúde. Além de verificar como o EP EF & Saúde Coletiva aborda a temática.

Neste sentido, decidimos por caracterizar as diferentes concepções de Participação na Saúde, quais sejam: Participação Comunitária, Participação Popular e Participação Social, que serão abordadas com o objetivo de contribuir para a identificação de como a EF vê e atua na proposta de controle social do SUS.

A participação da sociedade civil na gestão do SUS foi instituída na Constituição de 1988 em seu artigo 198, inciso III, e nas Leis 8080/90 e 8142/90 como “participação da comunidade” e, posteriormente, mencionada na Resolução 33/92 e 333/03 como “participação da sociedade civil organizada” no controle social do SUS. Esta mudança de termos revela, no campo epistemológico, uma alteração que faz jus à conceituação, pois

entre a Participação Comunitária e a Participação Social existe expressivo distanciamento referente às origens, às bases que as compõem, ao papel a cumprir, e especialmente, à relação entre a sociedade civil e a sociedade política (Estado) (SEVERO, 2008, p.39).

Dito isto, ao apresentarmos as duas formas de participação (popular e social) frequentes no *EP EF & Saúde Coletiva*, não pretendemos que as mesmas sejam interpretadas como categorias rígidas, mas como categorias que apresentam elementos transitórios, pois se trata do modo como a sociedade civil se organiza em determinados movimentos sociais.

A participação popular tem sido considerada fator constitutivo das políticas sociais e condição *sine qua non* para atingir o objetivo de *empowerment*. Nesta perspectiva, ao analisarmos a adoção conceitual de Participação Popular associada à discussão de *advocacy*/negociação e de *empowerment* na dissertação (X), aproximamo-nos da ideia central de que a mesma é elemento vital

e integrante das políticas públicas. Para tanto, faz-se necessário contextualizá-la e entendê-la historicamente.

A mesma difere da Participação Comunitária em seu espectro de atuação, na medida em que sua categoria central deixa de ser a comunidade e passa a ser o povo, entendido como o segmento populacional que compartilha da exclusão do acesso aos bens e serviços públicos. Na mesma, as causas dos problemas de saúde passam a ser atribuídas às questões políticas e não meramente técnicas, e o local de participação não se restringe mais aos serviços vinculados ao setor de saúde, passando a ser o conjunto da sociedade e o Estado (CARVALHO, 1995, p.22).

Vale destacar que a construção da concepção de Participação Popular se desenvolve em meio à crise política e econômica da década de 1970, que se refletiu em todos os campos da vida social, revelando profundas desigualdades na distribuição de renda e evidenciando as precárias condições de vida de grandes parcelas da população que sofriam com os baixos salários, com a falta de acesso aos serviços de saúde e más condições de infraestrutura e habitação, agravadas pelo quadro de recrudescimento de doenças infecciosas no país (FINKELMAN, 2002), que traduziam um Estado a serviço das classes dominantes.

Foi neste encontro de insatisfações e lutas por mudanças e melhorias nas condições de vida da população que se estimulou e desenvolveu a Participação Popular por meio de diversos movimentos sociais, refletindo a tomada de consciência da classe popular frente à sua condição de oprimida (GERSCHMAN, 2004, SOUZA, 2004). Na saúde não foi diferente, e a participação acompanhou a forma de atuação dos movimentos sociais urbanos, adotando seus referenciais teóricos marcados pela doutrina marxista e desenvolvendo lutas de cunho reivindicatório e com caráter de classe (CARVALHO, 1995).

Neste contexto, emergiram na década de 1970 os movimentos sociais que apostavam na ideia de construção de um contra-poder popular, na articulação de forças independentes do aparelho estatal. Na saúde, o Movimento de Educação Popular em Saúde (EPS) é um exemplo destas forças que enfatizava a organização das classes populares com o objetivo de despertá-las à reflexão crítica e à luta política por acesso a bens e serviços públicos de responsabilidade do Estado (GOHN, 2003c). No entanto, este movimento não se limitou à reivindicação de políticas públicas, incluindo em sua trajetória a luta pela construção de canais de interlocução entre a sociedade civil e o Estado, materializados na formação dos Conselhos Populares de Saúde, organizados especificamente pelo movimento de saúde da zona leste de São Paulo (STOTZ, 2005).

Vale destacar que, ao examinarmos a Participação na Saúde segundo a concepção de Participação Social, a categoria central, aqui discutida, deixa de ser a comunidade ou o povo e passa a ser a sociedade. Sendo assim, seus protagonistas já não se referiam somente aos grupos excluídos por problemas técnicos do sistema, como foi concebido na participação comunitária, ou às

classes populares marginalizadas pela lógica do sistema, implícita na participação popular, mas ao conjunto dos cidadãos que compõem a sociedade, abarcando a diversidade de posições e interesses presentes nesta esfera e construindo a forma de atuação denominada por Carvalho (1995) de Participação Social.

Para o autor acima citado, os mecanismos de ação se deslocam da oposição ao Estado e de manifestações reivindicatórias e passam a incluir a luta pela ocupação de espaços dentro da arena estatal, passando a requerer a participação nos processos decisórios das políticas públicas, refletindo assim uma nova concepção de sociedade civil e Estado e vinculando a participação a uma perspectiva ampliada do exercício da cidadania.

Esta forma de participação no campo da saúde foi impulsionada pela Reforma Sanitária brasileira e pela instituição da garantia da participação da sociedade no controle social do SUS, inscrita na Constituição de 1988 (CORREIA, 2005). Mas, embora a participação seja citada nos principais documentos doutrinários da saúde, como a Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde 8080/90 e 8142/90, como “participação da comunidade”, o contexto em que foi construída indica que seus pressupostos buscavam instituir o que Carvalho (1995) denomina de “Participação Social”, visto que carregam consigo uma concepção de Estado ampliado, uma vez que estabelecem canais de participação passíveis de se fazer disputa e resistência.

Dito isto, vale sublinhar que analisamos a categoria Participação Social segundo a perspectiva de controle social como o controle da sociedade civil sobre o Estado e de acordo com o princípio do SUS. Desta forma, verificamos que, ao conceituar Participação Social no recorte do conteúdo abaixo, o pesquisador da EF o faz ancorado nos dispositivos legais que institui o princípio do Controle Social do SUS, contemplado na Constituição Federal, na Lei Orgânica da Saúde 8142/90 e na Resolução 333/03, como um dos princípios organizativos do sistema de saúde que garante a participação da sociedade civil na definição, fiscalização e acompanhamento das políticas de saúde implementadas pelos gestores nas três esferas de governo (CARVALHO; SANTOS, 2002, WENDHAUSEN; CAPONI, 2002).

[...] a Participação Social encontra dispositivos que regulamentam no próprio SUS, referente ao controle social, como dispostos na Lei n^{os} 8142 de 28.12.90. Na perspectiva de PS, a Participação Social também está colocada em bases de mobilização, onde a capacitação e o desenvolvimento de estratégias de ação visam articular a população para maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida [...] (MARCONDES, 2004, p.12 *apud* FERDINANDO, 2007).

Nota-se que neste EP, ao abordar a Participação Social ligada ao controle social, o pesquisador aproxima-se dos referenciais do SUS e parece corroborar com autores como Felisbino e Nunes (2000) ao afirmar que ela é a expressão mais evidente da inscrição da democracia na constituição do SUS, pois representa uma forma de compartilhar o poder, expressa na participação

da sociedade civil no exercício do poder político. Da mesma forma, Carvalho e Santos (2002) e Wendhausen e Cardoso (2007) também afirmam que o controle social sobre as ações e serviços de saúde constitui um dos pilares do sistema, e sua garantia se justifica em função de ser a saúde um bem público e, sendo assim, não pode ser regida por padrões éticos deliberados de forma unilateral (FORTES 1997).

No entanto, ao analisarmos os aspectos envolvidos na Participação Social/Controle Social no SUS, não identificamos nos trabalhos deste EP menção às Conferências de Saúde e aos Conselhos de Saúde como instâncias de Participação Social, referidas como “participação da comunidade”, instituídos em cada esfera de governo.

Isto reflete não só a limitação conceitual do EP no que se refere ao princípio do controle social, mas também ao significado da conquista do direito de Participação Social na gestão do SUS cuja operacionalização, segundo Lucchese (2003), acarretou profundas mudanças na forma de atuação do Estado brasileiro no campo social.

Os Conselhos de Saúde¹¹ podem ser entendidos como um espaço deliberativo da máquina político institucional do SUS, sendo instrumento privilegiado para fazer valer os direitos dos cidadãos, rompendo com as formas tradicionais de gestão e possibilitando a ampliação dos espaços de decisão e ação do poder público. Para Kruger (2000), estas instâncias impulsionam a constituição de esferas públicas democráticas, transformando-se também em potenciais capacitadores dos sujeitos sociais para processos participativos mais amplos de interlocução com o Estado.

4.1.4.4 Práticas de EF & Saúde Coletiva

As práticas desenvolvidas pelos professores de EF pertencentes ao *Estilo de Pensamento EF & Saúde Coletiva* buscam o rompimento com as práticas tradicionais de PS utilizando como recurso o exercício físico e a atividade física. As ações de PS no SUS são construídas de forma multidisciplinar e consideram o contexto coletivo e cotidiano da população, procuram extrapolar o campo específico da assistência médico-curativa e estimulam a participação da comunidade na discussão das políticas de assistência a saúde.

O *Estilo de Pensamento EF & Saúde Coletiva* procura materializar seu referencial teórico em suas propostas de intervenção em PS, como observamos nos **estudos de intervenção no SUS** (I

¹¹ O Brasil, com mais de 5500 Conselhos de Saúde, coloca o setor de saúde em posição de destaque, não somente internamente, como também na América Latina (LABRA; FIGUEIREDO, 2002), tornando os Conselhos o principal órgão de controle social do SUS (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002).

e VII). Estes conseguem, em parte, transpor a barreira existente entre a teoria e a prática, pois ao desenvolverem suas intervenções, abordam, entre os principais campos de ação da PS: o estímulo ao reforço da ação comunitária; a criação de ambientes favoráveis à saúde e o desenvolvimento de habilidades pessoais. Como podemos observar nos recortes a seguir:

A organização de um programa de saúde que visa ao desenvolvimento da comunidade e à formação de lideranças locais possibilita a Participação Social, co-responsabilidade pela saúde e a solidariedade, influenciando na melhoria da saúde, qualidade de vida e no exercício da cidadania (PALHA, 2001, p.212).

O PIC tem suas potencialidades como trabalho comunitário, sob a ótica da Promoção da Saúde, assim como, demonstrou as potencialidades de um programa na formação do sujeito social, que consciente do contexto social e histórico vivido, revelou sua capacidade objetiva de trabalhar em prol do projeto comum de interesses mútuos com vistas à sua emancipação e da sua comunidade (PALHA, 2001, p.244).

[...] um dos principais objetivos do trabalho com as Práticas Corporais, especialmente para a APS (atenção básica em saúde), seja o de viabilizar que construam uma atenção ao corpo, a partir de ‘escolhas qualificadas’, que possam vir a ser boas e desejáveis para o alcance de bem-estar (desde dimensões mais individuais até as de encontro e convivência). Acredita-se que a partir dessa capacidade de (re) conduzir as questões relacionadas ao corpo e do (re) conhecimento sobre as próprias necessidades, as pessoas poderão estar melhor preparadas, disponíveis e abertas para outros tipos de trabalhos (corporais, culturais, etc.), encontros e grupos (MARCONDES, 2007, p.112).

[...] expõe a possibilidade de ação com as Práticas Corporais, num movimento que se dirige do serviço de saúde para a comunidade e para outros equipamentos da rede social. Neste sentido, observam-se nos discursos algumas tendências para desenvolvimento de ações de integração e parceria entre diferentes setores. Oferecem alguns caminhos para a reflexão sobre as práticas de saúde, os modos de organizá-las e conduzi-las, para além do espaço físico do serviço de saúde. Também se vislumbram nos depoimentos, um exercício do que seria pensar as Práticas Corporais considerando a Saúde Coletiva de uma região (ações com a comunidade e com outros setores) (MARCONDES, 2007, p.138).

[...] são necessárias ações para o reconhecimento do entorno dos serviços – as comunidades e suas atividades, as instituições e equipamentos sociais (MARCONDES, 2007, p.138).

Considera-se que essas ações necessitam atender às demandas de saúde dos usuários e para isso contemplar, para além do emprego de seus procedimentos técnico-científicos, as dimensões da produção das relações nas práticas de saúde e suas particularidades, com vista a construir a Integralidade da Assistência (MARCONDES, 2007, p.98).

Há que se mencionar que estudos (I e VII) parecem avançar na discussão, incluindo elementos como a emancipação comunitária e a integralidade na assistência à saúde. Nos trechos abaixo, podemos verificar como eles se apresentam:

[Deve-se] [...] tomar como tema a Promoção da Saúde sob o prisma do processo de organização e desenvolvimento da comunidade, Participação Social, desenvolvimento de lideranças e formação do sujeito social [...] (PALHA, 2001, p.100).

O Programa de Integração Comunitária (PIC) tem suas potencialidades como trabalho comunitário, sob a ótica da Promoção da Saúde [...] consiste em um programa na formação do sujeito social, que consciente do contexto social e histórico vivido, revelou sua capacidade objetiva de trabalhar em prol de um projeto comum de interesses mútuos com vista a sua emancipação e da sua comunidade (PALHA, 2001, p. 245).

Considera-se que essas ações necessitam atender às demandas de saúde dos usuários e para isso contemplar, para além do emprego de seus procedimentos técnico-científicos, as dimensões da produção das relações nas práticas de saúde e suas particularidades, vista à construir a Integralidade da Assistência (MARCONDES, 2007, p.98).

[...] a possibilidade de ação com as Práticas Corporais, num movimento que se dirige do serviço de saúde para a comunidade e para outros equipamentos da rede social [...] (MARCONDES, 2007, p.138).

[...] são necessárias ações para o reconhecimento do entorno dos serviços – as comunidades e suas atividades, as instituições e equipamentos sociais (MARCONDES, 2007, p.138).

De fato, no conjunto destes recortes, podemos ao menos perceber elementos pouco frequentes em textos da área da Atividade Física relacionada à Saúde, sendo já possível percebermos certa aproximação com a categoria reprodução social, a qual orienta a preocupação com as instituições e com os grupos sociais, buscando alcançar, em dado momento histórico, um nível de consciência e organização que resulte na emancipação humana com disposição de enfrentamento dos poderes historicamente instituídos.

Vale ressaltar o diferencial desses trabalhos, pois, ao se desenvolverem em um determinado contexto social e político, pareceram influenciar na forma como abordam a PS e elaboram suas propostas de intervenções, valorizando aspectos relacionados à participação, organização social e à elaboração de alternativas, às práticas de ES que não se restringem à intervenção sobre os hábitos e estilos de vida individuais.

Nos estudos pertencentes ao *EP EF & Saúde Coletiva*, podemos observar que o fortalecimento da ação comunitária como campo de ação da PS esteve presente e foi marcado pela preocupação dos pesquisadores em refletir sobre o incremento do poder técnico e político das comunidades (*empowerment*), visando a sua participação efetiva e concreta na escolha de prioridades, tomada de decisões e na elaboração e implementação de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde. Corroborando com Verdi e Caponi (2005), percebemos que tais iniciativas buscaram promover o acesso total e contínuo às informações e às oportunidades de aprendizagem sobre as questões relacionadas ao processo saúde-doença da população.

Ao analisarmos a adoção do *empowerment* social no *EP EF & Saúde Coletiva* identificamos em dois estudos (X e XI) a citação do mesmo, conforme segue:

Juntamente com essas formas de ação, estão sendo articulados os conceitos de *empowerment*, *advocacy*, *accountability* e *governance* (VICENTIN, 2008, p.8).

[...] o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde, em todas as etapas da vida, encontram-se entre os campos de ação da Promoção da Saúde. Para tanto, é imprescindível a divulgação de informações sobre a educação para a saúde, o que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em outros espaços coletivos. Diversas organizações devem se responsabilizar por tais ações. Esse componente da Carta de Ottawa recupera a dimensão da educação em saúde, embora que também avance com a ideia de *empowerment*, ou seja, o processo de capacitação em termos de aquisição de conhecimentos e de poder por parte dos indivíduos e da comunidade (WARSCHAUER, 2008, p.46).

A discussão de *empowerment* encontrada nos estudos (X e XI) se aproxima da abordagem *empowerment* social ao considerar a possibilidade de que indivíduos e coletivos venham a desenvolver competências para participar da vida em sociedade, o que inclui habilidades, mas também um pensamento reflexivo que qualifique a ação política.

Esta noção demanda mais do que o controle sobre os determinantes da saúde, requer, principalmente, o controle dos indivíduos sobre o próprio destino:

Ser dono do próprio destino é um processo, e uma condição, que demanda a aquisição de competências tais como o desenvolvimento da auto-estima e da confiança pessoal; a capacidade de analisar criticamente o meio social e político e o desenvolvimento de recursos individuais e coletivos para a ação social e política (CARVALHO, 2004, p.1092).

Mais do que repassar informações e induzir determinados comportamentos, o *empowerment* social deve buscar apoiar pessoas e coletivos a realizarem suas próprias análises para que tomem as decisões que considerem corretas, desenvolvendo a consciência crítica e a capacidade de intervenção sobre a realidade.

Embora tenhamos identificado neste EP a aproximação da abordagem *empowerment* social nos estudos citados, não podemos deixar de destacar a necessidade de a EF avançar conceitualmente nesta discussão. Tanto na discussão da categoria *empowerment* quanto na práxis na saúde é preciso atentar para a experiência subjetiva da “falta de poder” e que, ao mesmo tempo, contribua para a mudança das condições sócio-culturais. Para ilustrar esta necessidade da EF, é possível constatar que, se por um lado muitos estudos da Atividade Física relacionada à saúde demonstram o papel importante do exercício físico para o controle da obesidade e de outras doenças crônico-degenerativas, outros estudos com enfoque na participação dos indivíduos comprometidos com a produção da saúde são capazes de reconfigurar o contexto social no qual vivem, sem, contudo, negligenciar a atuação sobre as dimensões biológicas pelo envolvimento com as Práticas

Corporais.

Não desconsideramos as contribuições das propostas de PS desenvolvidas no Brasil, pois, mesmo que singelamente, têm contribuído para a renovação do pensamento sanitário, buscando contrapor-se ao modelo biomédico, hospitalocêntrico e curativo. As propostas recuperam de alguma maneira o papel dos determinantes sociais no processo saúde-doença, presente no ideário da Saúde Coletiva, defendendo ações que estimulem a participação da população no cuidado da saúde individual e coletiva, na criação de ambientes favoráveis à saúde, no reforço da ação comunitária, no desenvolvimento de habilidades individuais e na reorientação dos serviços de saúde articulados com os demais setores (educação, lazer, planejamento urbano), constituindo uma nova forma de assistir a saúde da população.

Sem sermos ingênuos, temos claro que com *empowerment* social podemos nos instrumentalizar para delinear estratégias visando à superação da desigualdade de poder predominante na relação entre os profissionais e o usuário. Além de desenvolver estratégias que preconizam a capacitação, o controle sobre a vida e a saúde que podem deixar de fazer, muitas vezes, o enfrentamento dos diferenciais de poder existentes na relação entre:

especialistas e não-especialistas, entre populações de países ricos desenvolvidos e de países pobres, entre homens e mulheres, e entre heterossexuais e homossexuais (PERTENSEN; LUPTON, 1996 *apud* CARVALHO; GASTALDO, 2008, p.2033).

O fato de não se discutir o “poder” nos trabalhos da EF não pode ser considerado como mera causalidade inocente e natural. Quando se insiste no caminho único da prescrição de atividade física para indivíduos objetivando a prevenção e (ou) a redução do sedentarismo e controle da obesidade, obviamente se pode contribuir para a saúde das pessoas, mas, paradoxalmente, pode-se também constituir práticas de controle e estímulo à dependência de indivíduos e coletivos (MATIELLO; GONÇALVES, 1999).

Ainda, estratégias que buscam PS de doentes crônicos através do ensino de práticas de auto-observação, realização de autoexames e de exercícios físicos podem, em muitas situações, ser modos de exercício de um poder disciplinador sobre os corpos individuais e sociais (GASTALDO, 1997 *apud* CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Além disto, é frequente constatarmos que, na relação entre profissionais de saúde e usuários do sistema, a escolha saudável é apresentada como a escolha ideal, a única escolha. Como ressalta Gastaldo (1997 *apud* CARVALHO; GASTALDO, 2008), espera-se dos profissionais a persuasão dos pacientes para viver a vida mais saudável possível. Nesta situação, a possibilidade de um paciente optar por comportamentos não saudáveis depois de atividades de ES é, comumente, interpretada como o fracasso dos profissionais da área.

O que queremos salientar aqui é que as estratégias de PS que preconizam o *empowerment*, tendo como objetivo a produção de uma vida saudável, podem se prestar a distintos fins. Corroborando com os autores acima, se por um lado esta constatação gera um relativismo com o qual os gestores e profissionais não estão acostumados a trabalhar, por outro contribui para romper com o dogmatismo das soluções únicas no momento em que afirma que um mesmo programa pode gerar uma pluralidade de circunstâncias e efeitos conforme as relações de poder que o permeiam.

Ao intervir na PS considerando os determinantes políticos, econômicos e sociais da distribuição da saúde e da doença, no interior e entre as sociedades, identificando os aspectos protetores e os nocivos à saúde presentes na organização social, poderemos ampliar o alcance de nossas intervenções para além dos parâmetros tradicionais da saúde pública e da prevenção da doença (KRIEGER, 2001 *apud* BARATA, 2005).

Para isso, as propostas de intervenção em PS da Educação Física podem superar a centralização no indivíduo, pois pouca ou nenhuma mudança institucional e social ocorrerá. Ao contrário, se mantida a abordagem da prevenção da doença, fechar-se-á na esquemática do marketing social do “faça exercício físico e tenha saúde”, “seja saudável, pratique esporte” e serão perpetuadas as formas institucionais e biomédicas de resolver os problemas.

No sentido de reverter esse processo, é possível compreender a PS como a possibilidade de conferir *empowerment* às pessoas para que desenvolvam controle e responsabilidade sobre o processo saúde-doença (LABONTÉ, 1994). Dito isto, para que haja *empowerment*, é necessário ter consciência crítica sobre assuntos estruturais patogênicos da sociedade e sobre as iniquidades sociais identificadas por diferentes grupos em desvantagens e outros consumidores de saúde com riscos à saúde.

Quanto à prática de ES desenvolvida pelo *EP EF & Saúde Coletiva* destacamos três estudos, dois **de intervenção da EF no SUS** (I e VII) e um **que analisou o que pensam os profissionais de saúde e os usuários** (XI) que apresentam a discussão conceitual interligando a práxis no SUS. Este EP considera a ES como processo de capacitação do indivíduo para a tomada de decisão com relação à condição individual de saúde, à emancipação, à troca e multiplicação de saberes, estimulando a participação na melhoria das condições de vida da comunidade. Estes pontos são vistos nos trechos a seguir:

Com relação aos cursos de Educação em Saúde, outro ponto relevante que salta aos olhos é o fato de que, por parte da mentora do programa existe toda uma bagagem teórica sobre o processo de aprendizagem, teoria da problematização, dos referenciais teóricos de Paulo Freire, fruto de sua vivência acadêmica. Sendo que este processo de teoria da problematização levou os sujeitos a um processo de aprendizagem, que até hoje é lembrado pelas temáticas abordadas e pela mudança que isso significou para suas vidas (PALHA, 2001, p.254).

Isso nos permite afirmar que este processo de aprendizagem necessita ser retomado pelo grupo e em especial pelas instituições Públicas com as quais o PIC mantém relações, pois comprovadamente é um dos caminhos que auxiliam no desenvolvimento do trabalho comunitário e na emancipação da comunidade (PALHA, 2001, p.255).

As ações educativas são comumente organizadas buscando responder a diagnósticos estabelecidos a priori e a um decorrente 'planejamento' de ações. Procurou-se responder a esses aspectos, porém, priorizaram-se as necessidades reais, concretas do encontro terapêutico no sentido de contemplar o cuidado em saúde (MARCONDES, 2007, p.154).

A construção das práticas de educação em saúde foram permeadas pelo juízo prático que não significa um livre fazer, sem direção, mas uma ação apoiada em saberes e técnicas (e não mera aplicação delas) (MARCONDES, 2007, p.154).

[...] a capacitação, que consiste em assegurar oportunidades e recursos igualitários para todas as pessoas, para que possam realizar completamente seu potencial de saúde, o que inclui uma base sólida, com ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde, se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua vida (WARSCHAUER, 2008, p.45).

Ao aprofundarmos nossa reflexão acerca da concepção da ES, percebemos que a mesma vem passando, mesmo que de forma singela, por mudanças, seja na produção do conhecimento ou na prestação de serviços, de modo a resgatar a importância da participação nos contextos onde se constrói a vida; nos ambientes onde os movimentos de aprender e ensinar a tecer a vida se dão (VICTOR, 2004).

Isto também é percebido nos estudos analisados, que fazem parte do *EP EF & Saúde Coletiva*, ao destacarem a importância de ações de educação permanente nos serviços. Tais ações são influenciadas, em parte, por movimentos que tiveram início na década de 1970 e que buscavam romper com a tradição autoritária e normalizadora da relação entre os serviços de saúde e a população, o movimento da Educação Popular em Saúde (EPS) (VASCONCELOS, 2001).

Este movimento tem priorizado a relação educativa com a população, rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário. Valorizam-se as trocas interpessoais, as iniciativas da população e dos usuários e, pelo diálogo, busca-se a explicitação e compreensão do saber popular. Desta forma, a metodologia contrapõe-se à passividade usual das práticas educativas tradicionais. O usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença, capaz de estabelecer interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver análises críticas sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. Para Vasconcelos (1999, 2001), pela potencialidade desta metodologia, vislumbram-se as experiências de EPS como forma de superação do fosso cultural entre os serviços de saúde e a população assistida.

Para Vasconcelos (2001), o elemento fundamental é o fato de tomar como ponto de partida

do processo pedagógico o saber anterior das classes populares. No trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e pela transformação da realidade, as pessoas vão adquirindo um entendimento sobre a sua inserção na sociedade e na natureza. Este conhecimento fragmentado e pouco elaborado é a matéria-prima da Educação Popular. A valorização do saber popular permite que o educando se sinta “em casa” e mantenha a sua iniciativa. Neste sentido, não se reproduz a passividade usual dos processos pedagógicos tradicionais.

Na EPS não basta que o conteúdo discutido seja revolucionário se o processo de discussão se mantém vertical. O que se verifica nos locais em que a experiência tem sido desenvolvida é a “emergência de novos padrões de enfrentamento dos problemas de saúde marcados pela integração entre o saber técnico e o saber popular e pela mútua colaboração” (VASCONCELOS, 1999, p.30). Desta forma, a EPS não é só uma atividade a mais a ser realizada pelos serviços de saúde, mas uma estratégia capaz de reorientar as práticas.

Apesar dos sinais da aproximação do *EP EF & Saúde Coletiva* ao campo da EPS, ainda são poucos os relatos de experiências que se aproximam da metodologia de ES nas intervenções no SUS. O que se observa é que, historicamente, na EF, a ES vêm sendo construída a partir de documentos produzidos por órgãos reguladores e normatizadores que pensam e intervêm na saúde seguindo um modelo e interesses de determinado grupo social, desconsiderando muitas vezes o contexto social, histórico e econômico e o modo como se produz e reproduz a vida da população. As propostas de ES são produzidas e reproduzidas de forma verticalizada e hierarquizada, não estabelecendo diálogos dos profissionais com os usuários em busca do desenvolvimento de propostas de ES superadoras e emancipadoras.

Se observarmos análises de estudiosos a respeito, poderemos notar que esta tendência foi construída em virtude da predominância de concepções de ES hegemônicas enraizadas em nosso modo de produzir e intervir na Saúde, resultado das limitações de nossa formação acadêmica que dificilmente aborda o processo saúde-doença, os princípios norteadores do SUS, da PS e da ES como conteúdos a serem estudados nos cursos de graduação em EF.

Visto isto, destacamos a necessidade de aproximação da EF da concepção crítica da ES que privilegie a educação para a conscientização, para a mudança, para a libertação e que estabeleça uma relação de proximidade entre os profissionais e a população.

Como argumento para a aproximação da EF da concepção crítica da ES, compartilhamos do pensamento de Carvalho e Gastaldo (2008) ao valorizar propostas pedagógicas que tenham com o eixo uma espécie de *empowerment education* (educação empoderadora), objetivando a superação de métodos que reforçam o exercício do poder-sobre-o-outro (*power-over*), através da criação de espaços dialógicos e de co-gestão em que se privilegie o exercício do poder com-o-outro (*power-with*).

Para Carvalho e Gastaldo (2008), na concepção da *empowerment education*, o profissional de saúde não deve ser um simples repassador de conhecimentos e de experiência, nem o usuário dos serviços de saúde um receptor passivo do que lhe é transmitido. Para a sua compreensão, necessita-se escutar o outro, como afirma Paulo Freire (1997 p.127):

Se, na verdade, o sonho que nos anima é democrático e solidário, não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo, como se fôssemos portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar, mas é escutando que aprendemos a falar com eles. Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele, mesmo que em certas condições precise falar a ele. O que jamais faz quem aprende a escutar para poder falar com é falar impositivamente [...] O educador que escuta aprende a difícil lição de transformar o seu discurso, às vezes necessário, ao aluno, em uma fala com ele.

Para FREIRE (2000), o exercício de uma prática educativa crítica, como experiência especificamente humana, constitui uma forma de intervenção no mundo comprometida com o princípio de democracia, que rejeita qualquer forma de discriminação e dominação e integra uma atitude de inovação e renovação na crença de que é possível mudar. Desta forma, percebemos que, para viabilizar a relação da EF e ES no “educar em saúde”, faz-se necessário estarmos abertos e atentos à realidade física/geográfica, social, política, cultural do indivíduo, família e comunidade, e percebermos como se dá a relação de produção e reprodução da vida.

Nesta relação educativa, a produção do conhecimento passa a ser coletiva, gerando modificação mútua, porque ambos são portadores de conhecimentos distintos. As ações de ES passam a ser consideradas como estratégias de PS neste processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidades e de direitos à saúde, estimulando assim ações que atendam aos princípios do SUS (MACHADO *et al.*, 2007).

Ao analisarmos a Participação Popular no *EP EF & Saúde Coletiva* destacamos no **estudo de intervenção da EF no SUS (X)** a necessidade de esclarecer que as ações da EF podem representar um fator mobilizador da Participação na Saúde e que as mesmas contribuem não só para o processo de *empowerment* dos atores sociais locais, mas para a construção de políticas públicas de saúde que visam à construção de canais interlocutores na busca por melhoria das condições de vida e desenvolvimento social da população. Este fato pode ser observado nas citações que seguem:

[...] há necessidade de traçar relações do envolvimento sistemático com AF como possível fator mobilizador de Participação Social, atuando na exploração prática já conhecidas, como o *empowerment* e a abordagens de desenvolvimento político na busca da geração de alternativas criativas e operadoras de transformação em direção à cidadanização (VICENTIN, 2008, p.25).

O estudo possibilitou a reflexão a cerca da receptividade da inserção, num processo de *empowerment* dos protagonistas sociais locais, da discussão da AF sistemática no âmbito de sua cotidianidade. [...] Ainda tratando das questões de Participação Popular voltadas principalmente aos grupos vulneráveis, ressaltamos uma característica universal da população estudada que é o não acesso a vínculos empregatícios formais e a participação em programas de transferência condicionada de renda [...] (VICENTIN, 2008, p. 74).

Reconhecemos ainda a necessidade urgente de aproximar a EF do referencial teórico defendido pelos movimentos sociais da saúde e, em específico, do Movimento de EPS e da discussão da Participação Popular, uma vez que se tornaram claras as incompreensões conceituais nas propostas de intervenção.

Visto isto, enfatizamos que este EP, ao construir propostas de intervenção no SUS, tem como possibilidade ampliar as escolhas e deliberações dos indivíduos sobre os diversos determinantes de sua saúde, estimulando a sua participação efetiva e concreta na escolha de prioridades, tomada de decisão e na elaboração e implementação de estratégias para a melhoria das condições de vida.

Nos estudos do *EP EF & Saúde Coletiva*, a tese (I) e a dissertação (VIII), a Participação na Saúde foi abordada segundo a concepção de Participação Social, como pode ser verificado nas citações a seguir:

A Participação Social é entendida como o processo mediante o qual as diversas camadas sociais tomam parte na produção, na gestão e no usufruto dos bens de uma sociedade historicamente determinada (AMMANN, 1997, P. 171 *apud* PALHA, 2001).

Em busca da participação e pela conquista de poder, encontra-se o *empowerment* [...]. Falar de *empowerment* equivale a sugerir que há grupos que estão à margem do poder e que precisam de apoio para 'empoderar-se'. Refere-se às posições relativas ao poder formal e informal desfrutados por diferentes grupos socioeconômicos, e às conseqüências dos grandes desequilíbrios na distribuição de poder. Empoderar é buscar intervir nestes desequilíbrios (OAKLEY; CLAITON, 2003 *apud* FERDINANDO, 2007).

No entanto, o que percebemos com a análise das pesquisas não só do *EP EF & Saúde Coletiva*, mas também no *EP EF & Saúde Pública*, é que a EF eles ainda se mantêm distantes da discussão da consolidação dos espaços institucionais ou não-institucionais de participação no controle social do SUS e, ao abordar a Participação na Saúde, restringem-se à frequência passiva da população aos programas de exercícios físicos ou, ainda, encontram-se em um nível de participação em que os grupos e segmentos sociais atuam como executores de algumas ações propostas. Entretanto, estas ações foram pensadas externamente aos grupos, ou seja, foram deliberadas por técnicos e especialistas, no âmbito das instituições de saúde. Quando muito, extrapolam para discussões das dificuldades para manter ou operacionalizar as intervenções nas Unidades de Saúde.

Isto pode ser visto nos recortes dos conteúdos das pesquisas que seguem:

[...] o trabalho comunitário teve como fator relevante para seu aprimoramento o desenvolvimento de lideranças comunitárias e lideranças externas ao programa, e os professores de Educação Física que mantiveram por um período relativo de tempo, uma espécie de assessoria à comunidade local, assim como a participação política dos componentes durante os sete anos do programa (PALHA, 2001, p.245).

[...] quando se pensa na Participação Social, ou seja, a dificuldade que usuários entrevistados mostram em se organizar, o que realmente não é tarefa fácil, e, sobretudo estabelecendo barreiras naturais entre as diferentes categorias de pessoas, indica a dificuldade em tornar realidade à Participação Social (FERDINANDO, 2007, p.82).

[...] os usuários de forma geral não participaram efetivamente no processo de PS da população local [...] alguns motivos como o culturalmente adquirido, ou seja, a situação de acomodação ou conformismo referente a uma situação determinada [...] a falta de Participação Social é tão presente que nem nas sessões das práticas corporais o usuário tenta transformar sua realidade [...] não sabem, não são estimulados e nem preparados para fazer tal coisa (FERDINANDO, 2007, p.101).

[...] o baixo envolvimento comunitário e a falta de espaço para discussões e reflexões e a reprodução da forma medicalizante de enxergar e trabalhar as práticas corporais, não contribui para o processo de PS (FERDINANDO, 2007, p.106).

Como podemos observar, as propostas da EF parecem desconsiderar que a participação envolve a deliberação sobre as metas e o destino do programa. Ou seja, nas propostas da EF analisadas não percebemos que as mesmas estavam dispostas a modificar seu curso, caso esta fosse a deliberação coletiva.

Desta forma, ao refletirmos como a EF tem pensado e desenvolvido suas intervenções com foco na Participação na Saúde, seja discutindo a participação comunitária, popular ou social, identificamos muitos desafios com relação à real aproximação dos princípios do SUS e dos referenciais da Saúde Coletiva. Os limites parecem estar vinculados a uma série de fatores, alguns estruturais, que dizem respeito ao tipo de formação acadêmica, outros conjunturais, e há ainda aqueles vinculados à concepção e ao modo como a EF historicamente tem abordado o processo saúde–doença em nosso país.

Contudo, embora exista uma lacuna na forma como os EPs da EF tem abordado a Participação Social, a conquista do direito da sociedade civil em participar das deliberações sobre as políticas de saúde constitui um avanço inquestionável pelos autores que discutem este tema e é essencial para o avanço da consolidação do direito à saúde.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES

VIVENDO EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE COLETIVA

O que justificou este estudo foi a vontade e necessidade de identificar as pesquisas desenvolvidas pela EF atuando em PS no SUS, vez que o interesse pela temática e a produção tem sido significativa nos últimos anos e distribuída em inúmeros Programas de Pós-Graduação e pouco divulgada no Brasil.

O trabalho investigou quais os Estilos de Pensamento (EP) presentes na produção acadêmica (teses e dissertações) que tiveram como objeto de investigação a EF atuando em PS no SUS. Isto objetivou contribuir com o debate em torno das características presentes nessas pesquisas, assim como nas lacunas, de modo que pudéssemos apontar tanto as tendências que estão se delineando ao longo de dez anos, como contribuir através de recomendações para o desenvolvimento de pesquisas futuras que venham a ser desenvolvidas.

O conjunto de categorias, estilo de pensamento, coletivo de pensamento, fundamentadas na epistemologia de Fleck (1986), permitiu uma análise a partir da localização dos documentos produzidos e sua classificação através de descritores em distintos conjuntos. As categorias analíticas PS, ES e Participação na saúde foram estabelecidas *a priori* pela aproximação dos referenciais teóricos da SC, da práxis social da EF e da Pesquisa Social em Saúde, viabilizando a compreensão de como se constrói o conhecimento científico e como a EF tem abordado a determinação social do processo saúde-doença. Estas categorias analíticas foram caracterizadas e balizaram ao longo da dissertação, a busca de parâmetros que pudessem contribuir para analisar a emergência e as transformações ocorridas nos estudos da EF.

A opção pela adoção da abordagem explicativa sócio-histórica da determinação social da saúde se dá a partir da ideia de que “*saúde é um produto social*” no qual os mesmos processos que determinam e estruturam a sociedade são os que geram as desigualdades sociais e produzem os perfis epidemiológicos de saúde e de doença.

Esse olhar sócio-histórico do objeto investigado possibilitou que analisássemos as categorias para além dos referenciais biológicos e predominantes da saúde, considerando o contexto

social, cujo movimento de gênese e reprodução é possibilitado pela articulação e determinação mútua dos processos individuais e coletivos.

Ao olharmos dialeticamente para a problemática em questão, consideramos que o processo saúde-doença resulta das manifestações da reprodução social. Assim, a partir da análise de Conteúdo em sua modalidade Análise Temática, identificamos qualitativamente o conjunto de temas que subsidiaram a reflexão das categorias analíticas. A utilização dessa metodologia representou, para nós, uma tarefa árdua e que exigiu muita dedicação e tempo.

Durante o processo de construção da pesquisa qualitativa, destacamos a necessidade de maior apropriação teórica dos princípios que orientam a pesquisa social, de identificação dos diversos processos metodológicos, das formas de análises e de interpretação. Essa apropriação teórica nos proporcionou maior agilidade e viabilizou a tomada de decisão durante o processo metodológico de análise dos dados empíricos.

Já no processo de conclusão deste trabalho, identificamos na epistemologia de Ludwig Fleck (1986), os pressupostos para dar conta com maior consistência do objeto de nossa pesquisa. Através da análise das teses e dissertações de outras áreas de conhecimento que utilizaram Fleck (1986) como referencial teórico, verificamos a viabilidade e coerência de seu pensamento, expressas principalmente pela concepção de conhecimento e sujeito, na relevância das categorias Estilo de Pensamento e Coletivo de Pensamento, pela existência de elementos formadores do EP - que devem ser construídos de acordo com as especificidades de cada área de conhecimento e pelas análises que são feitas em relação à constituição de uma área de saber no tempo e no espaço.

A outra etapa da pesquisa constituiu-se na localização e no mapeamento da produção de conhecimento científico nos Programas de Pós-Graduação no Brasil. Para tal, identificamos que os dados disponibilizados no Banco de Teses da Capes foram os mais completos. Porém, destacamos algumas limitações relacionadas à atualização e alimentação de dados que podem representar a existência de um número maior de trabalhos, uma vez que esta atualização no banco de dados não é realizada regularmente.

A interpretação feita através da análise de conteúdo foi adequada, não dificultando a escolha e agrupamento dos temas e proporcionando os diálogos entre as categorias PS, ES e Participação na Saúde e os EPs da EF no SUS. As teses e dissertações de diferentes cenários, sujeitos e metodologias mostraram as contradições vivenciadas pelos usuários participantes de programas de PS e as diferentes maneiras de se analisar um mesmo objeto.

Como principais achados identificamos a existência de três Coletivos de Pensamento que compartilham Estilo de Pensamento, que foram denominados e classificados, nesta dissertação de: *Educação Física & Clínica*, que em sua abordagem teórico-metodológica predominava o enfoque biológico - curativista da prescrição de exercício físico para a melhora da saúde; *Educação*

Física & Saúde Pública, o qual fundamenta a prática em abordagens teórico-metodológicas preventivistas; e *Educação Física & Saúde Coletiva*, que além de ser um coletivo que estaria em transição, vez que compartilha de modo sincrético alguns elementos ao EP *Educação Física & Saúde Pública*, se aproxima da discussão teórico-conceitual da SC e se preocupa em discutir a determinação Social da Saúde.

Destacamos a partir das premissas fleckianas, que um processo de conscientização das complicações no interior do Estilo de Pensamento, caracterizado e nomeado de *Educação Física & Clínica*, vai se potencializando. Teve como uma de suas conseqüências a intensificação na adoção e utilização de conhecimentos e práticas focados no modelo biomédico e na prescrição de exercícios físicos, cujos reflexos incidem diretamente sobre a produção acadêmica, particularmente a que se realizam no âmbito da Pós-Graduação no Brasil, resultando em um grande número de publicações com este enfoque, sendo que muitas delas não fizeram parte desta pesquisa devido à delimitação de nosso objeto Investigativo.

No entanto, nos perguntamos: em que medida esses trabalhos contribuem para a atuação da EF em PS que esteja em sintonia com os princípios do SUS?

Identificamos a partir dos pressupostos da epistemologia de Fleck (1986), e com base na análise realizada, que a produção científica da EF atuando em PS no SUS, desenvolvida em diferentes Programas de Pós-Graduação no Brasil, se constitui em Coletivos de Pensamento, formada por pesquisadores que estão em intercâmbio e interação de pensamento. Esses pesquisadores compartilham conhecimentos e práticas, utilizam uma determinada linguagem estilizada, fazendo uso de palavras recorrentes e pautam-se em referenciais teóricos comuns, conforme categorizado anteriormente.

Por meio da leitura das teses e dissertações, identificamos um conjunto de elementos que representava os conhecimentos e práticas dos autores das pesquisas e estabelecemos um conjunto de elementos aglutinadores os quais possibilitaram a identificação dos três estilos de pensamentos citados anteriormente.

O *Estilo de Pensamento Educação Física & Clínica* é formado por pesquisadores que apresentam um conjunto de conhecimentos e práticas muito próximos do modelo biomédico, com práticas prescritivas de exercícios físicos, muitas vezes descontextualizadas e desarticuladas das reais necessidades da população. Apresenta forte tendência comportamentalista, tecnicista e voltada ao indivíduo para a resolução dos problemas de saúde que muitas vezes fica restrita ao enfoque biológico, carecendo de ações práticas e que tenham a participação ativa dos mesmos no processo de saúde-adoecimento. Essa maneira de ver a saúde é hegemonicamente construída e reforçada ao longo dos anos e tem delineado a formação dos profissionais de saúde no Brasil. Esse é um fato que pouco contribui para o estabelecimento de complicações no *Estilo de Pensamento EF &*

Clínica, permanecendo o mesmo sem transformação no modo de pensar e agir na saúde. Isto demonstra a necessidade de estabelecer a consciência da complicação nesse Estilo de Pensamento e a sua transformação. Assim, os pesquisadores que compartilham do *Estilo de Pensamento EF & Clínica* vivem o que Fleck (1986) denominou de época do classicismo, isto é, quando os fatos se encaixam perfeitamente ao Estilo de Pensamento vigente, contribuindo para a sua extensão.

No *Estilo de Pensamento EF & Saúde Pública* existe um Estilo de Pensamento em transição, em movimento do *Estilo de Pensamento EF & Clínica* para o *Estilo de Pensamento EF & Saúde Coletiva*. Este EP busca romper com intervenções puramente preventivas de doença. Destacamos também a percepção por parte deste grupo de pesquisadores de que ações de saúde não podem se limitar a melhorias de parâmetros fisiológicos. Mantém-se a adoção teórico-conceitual vinculada ao modelo biomédico do adoecimento humano, porém apresenta uma tendência ao rompimento desta abordagem unilateral do processo saúde-doença.

Os conceitos e conhecimentos produzidos e discutidos pelo grupo de pesquisadores deste Estilo de Pensamento podem representar nuances do EP em consideração e estar constituindo o que Fleck (1996, p. 155) sinaliza como possibilidade de ocorrência de matizes de Estilo de Pensamento, ou seja, pequenas variedades, graus de distinção de um mesmo EP. Os matizes são oriundos dos objetos de investigação e dos referenciais teóricos que são utilizados pelos autores, emergindo do processo de extensão do Estilo de Pensamento. Assim, os matizes indicam distanciamentos ou proximidades existentes entre os conhecimentos e práticas dos membros do Círculo Esotérico que compartilham de um mesmo Estilo de Pensamento.

Identificamos a convivência do *Estilo de Pensamento EF & Clínica* para o *Estilo de Pensamento EF & Saúde Pública* nas as pesquisas analisadas no período de 2001 a 2005. Constatamos também a crítica realizado pelos membros *Estilo de Pensamento EF & Saúde Pública* à abordagem conceitual das pesquisas realizadas pelo *Estilo de Pensamento EF & Clínica*, bem como o estabelecimento de proposta de superação deste EP.

Da mesma forma, é importante destacar que esses EPs foram identificados a partir do recorte da pesquisa realizada, ou seja, dissertações e teses pertencentes a diferentes áreas e que envolveram pesquisadores como alvo de seus estudos e defendidas no período de 2001 a 2003. Assim, uma análise de outras áreas do conhecimento e outro público-alvo podem indicar a existência de outros estilos de pensamento e/ou matizes de EP. Uma vez que os EPs são constituídos por conhecimentos e práticas, é provável que outros EPs, ou outros matizes, possam ser detectados, sobretudo devido às práticas tanto de pesquisa como de intervenções efetivadas com foco distinto da prevenção de doenças do EP *EF & Saúde Pública*.

Já o *Estilo de Pensamento Educação Física & Saúde Coletiva* compreende a EF atuando em PS de maneira a incorporar as questões biológicas, os aspectos sociais, econômicos e

políticos que estabelecem relações de interdependência e inter-relações no processo saúde-doença. Esse EP apresenta uma abordagem da saúde considerando os seus determinantes sociais, sendo desenvolvido numa perspectiva crítica, reflexiva e contextualizada estimulando a população (gestores e profissionais e os usuários de saúde) para que participem de forma consciente das políticas públicas de saúde e que se empenhem na busca de uma melhor condição de vida da população. Ao abordar a Determinação Social da Saúde o *EP EF & Saúde Coletiva* se fundamenta na ideia de que “saúde é um produto social”, estimulando assim o questionamento do processo saúde-doença sob a ótica dos componentes biológico, social, cultural e político em suas especificidades e interações. Dada a aproximação dos referenciais da Saúde Coletiva optamos por caracterizá-lo como *Estilo de Pensamento EF & Saúde Coletiva*, uma vez que há a necessidade de se pensar em processos de transformação dos conhecimentos e práticas que estão sendo vinculadas nessa área.

Em relação a quantidade de pesquisadores interessados em investigar e em propor intervenções de PS segundo os referenciais da SC, percebemos que o *Estilo de Pensamento EF & Saúde Coletiva* encontra-se na fase de extensão, contribuindo para a ampliação dos conhecimentos e práticas que estão sendo disseminados.

É importante destacar que os autores das teses e dissertações que fazem parte do *Estilo de Pensamento EF & Saúde Coletiva* utilizam um conjunto de referenciais teóricos comuns, porém uma análise mais aprofundada indicou que algumas pesquisas utilizam outros referenciais distintos para analisar o seu objeto de investigação e, conseqüentemente, fazendo uso de uma linguagem estilizada distinta, sinalizando uma possível existência de matizes de EP. Assim, destacamos que uma análise das dissertações produzidas após 2005 pode indicar a consolidação do *Estilo de Pensamento EF & Saúde Coletiva*. No entanto, ao realizarmos uma análise mais detalhada dessas distinções detectadas, alimentadas por mais dados de pesquisas, alguma modificação no entendimento atual poderá indicar que as transformações devido a essas diferenciações seriam de maior porte, representativas da instauração de outro(s) EP(s), como, por exemplo, *Estilo de Pensamento EF & Saúde Pública*.

Ao extrapolarmos os dados da pesquisa e analisarmos os conhecimentos e práticas que estão sendo compartilhadas pelo *Estilo de Pensamento EF & Saúde Coletiva*, destacamos que as mesmas não estão sendo incorporadas pelos professores de EF que desenvolvem práticas de PS no SUS. Esse dado é preocupante, uma vez que mostra o distanciamento entre o conhecimento produzido nos Programas de Pós-Graduação e as concepções e práticas desenvolvidas no cotidiano no SUS. Também se evidencia que as políticas públicas e os cursos de formação inicial e continuada não estão contribuindo para o estabelecimento da consciência da complicação e a

conseqüente transformação do *Estilo de Pensamento EF & Clínica*, tão predominante no contexto da EF atuando na saúde.

Assim, as contribuições das políticas públicas, das publicações da área, da produção acadêmica, dos eventos relacionados com a área para a disseminação do *Estilo de Pensamento EF & Saúde Coletiva* ainda não têm se verificado na dimensão necessária para que transformações mais efetivas de práticas da EF atuem na PS no SUS. O que evidenciamos é que essas ações estão contribuindo para a extensão do *Estilo de Pensamento EF & Saúde Coletiva* entre os pesquisadores ou autores das pesquisas. Mas elas, sem um necessário processo de mediação que precisa ser planejado e construído para a sua disseminação, são insuficientes para provocar complicações e mudanças no Estilo de Pensamento EF & Clínica da maioria dos professores de EF que atuam nos programas de prevenção de doenças do Sistema de Saúde brasileiro.

No Brasil existe uma Constituição Federal, que em seu art.196/89 descreve sobre a Saúde; existem as determinações legais do MEC, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Política Nacional de Esportes – PNE (2005); existe uma Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS (2006); uma Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008, que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), existe dissertações e teses produzidas. Ou seja, há um número suficiente de iniciativas que, se articuladas de modo conveniente e consistente, poderiam dar contribuições para a mudança do estilo de pensamento EF & Clínica. Mas, o que observamos é que as mesmas ainda se mostram insuficientes para tratar da complexidade que envolve a atuação da área em equipes multiprofissionais na assistência integral.

Assim, novas ações podem ser pensadas e executadas e outras já delineadas precisam ser submetidas à crítica. Nesse sentido, não poderíamos deixar de delimitar nosso posicionamento e destacarmos que nos aproximamos do *Estilo de Pensamento EF & Saúde Coletiva* no modo de produzirmos conhecimento científico e atuarmos na saúde.

Evidentemente, em outro aspecto fundamental para a conscientização das complicações é o processo de formação, tanto inicial como continuada, dos professores de EF. Um caráter problematizador da formação, planejado e implementado conforme perspectiva concebida por Freire e amplamente compartilhada por pesquisadores da SC e outros educadores, contribuiria para a emergência das complicações e propiciaria que um conjunto de saberes e valores fossem incorporados, de modo que outro estilo de pensamento pudesse ser disseminado e apropriado pelos professores de EF.

Neste sentido, nosso grupo de estudo “Vivendo Educação Física e Saúde Coletiva” nos últimos anos temos nos dedicado conjuntamente a conhecer e aprofundar categorias e teorias já amplamente disseminadas e debatidas nos campos da Saúde Pública e Saúde Coletiva, sendo muitas

delas desconhecidas ou abordadas apenas superficialmente ou de forma deturpada no campo da Educação Física.

Por sua vez, também buscamos levar conhecimentos da Educação Física para esses outros campos, tentando evitar a reprodução mecânica e superar tendências hegemônicas que associam de forma linear e acrítica a atividade física, o esporte e o lazer com a Saúde ou PS.

Assim, neste trabalho, mesmo considerando a necessidade de aprofundarmos formas alternativas de estabelecer vínculos entre a Educação Física e a Saúde, preferimos recuar em nossa intenção e nos atermos aos compromissos assumidos com os objetivos do trabalho, os quais se comprometem com a análise sistemática e cuidadosa da produção intelectual da área.

Ficam, entretanto, duas percepções. Uma, de que a Educação Física, ao se envolver com o SUS, necessita superar suas imensas lacunas e contradições teóricas e políticas, com o sentido de se dedicar ao Sistema Público de Saúde com espírito público, sob o risco de constar na história como área que atua em todos os espaços indistintamente, sejam eles escolas, clubes de treinamento, *shoppings centers* ou comunidades empobrecidas.

A outra percepção é que embora não tenhamos discutido a respeito neste trabalho, há uma extensa produção intelectual na Educação Física que nos permite avanços na direção mencionada. Concretamente, além das preciosas contribuições trazidas em muitas pesquisas aqui analisadas, é preciso destacar a crítica desenvolvida por diferentes investigadores isoladamente e por grupos em variadas regiões brasileiras; a numerosa produção intelectual disponível em periódicos da área e também abrigada em revistas especializadas da Saúde Pública e Saúde Coletiva; as linhas de pesquisa no interior de Programas de Pós-Graduação da Educação Física, e também outras instaladas na Pós de áreas da Saúde que têm aberto oportunidade para formação de nossos investigadores; os congressos científicos dedicados às temáticas correlatas, dentre tantas outras oportunidades de se criar a contra-hegemonia.

De nossa parte, no Grupo Vivendo Educação Física e Saúde Coletiva, temos atuado conjuntamente e de forma colaborativa, produzindo conhecimentos a respeito da compreensão sobre a apropriação da Promoção da Saúde na Educação Física (OURIQUES, 2006); a relação da Promoção da Saúde com o campo crítico do lazer (BACHELADENSKI, 2006); as possibilidades de enfrentamento da deterioração da saúde no mundo do trabalho mediante o desenvolvimento de projetos alternativos à proposta de Ginástica Laboral (MARTINEZ, 2007); as possibilidades ampliadas de a obesidade ser compreendida como determinada socialmente e enfrentada de maneira mais profunda e realista (DIAS, 2009). E no que se refere à vinculação ao SUS, também já foi possível ensaiar alternativas à inserção da área na Estratégia Saúde da Família a partir de princípios pedagógicos próprios de nossa área (QUINT *et al.*, 2005).

Para tanto, em termos da análise e da crítica, temos nos valido de diferentes autores, desde o campo da Saúde, destacadamente da Epidemiologia Crítica (BREILH, 2006) até sua articulação seus ensinamentos com outros do campo da Educação, tais como Freire (1998; 2001) e variados autores da Educação Física, envolvidos com a crítica social e formulação de propostas mediadas pelo esporte, lazer e outras manifestações da cultura. Nessa direção, temos nos orientado por conceber as relações sociais encravadas em relações de poder, para as quais dedicamos especial atenção, em nossas intervenções pedagógicas, às categorias emancipação e libertação, bastante pronunciadas na perspectiva da Educação Popular em Saúde.

Em síntese, a partir destas modestas contribuições, temos considerado ser mais importante nos aliarmos ao pensamento crítico dos diferentes campos de conhecimento antes mesmo de estabelecermos *a priori* uma pauta de prioridades e estratégias de intervenção orientadas pelos conhecimentos e práticas, de certa forma, “viciadas” da Educação Física, cuja ação tem se caracterizado pela adaptação forçada da realidade à (in)capacidade que este campo tem de compreendê-la.

Aos autores e demais pessoas e instituições que apoiaram os trabalhos que se tornaram objetos de nossos estudos, reafirmamos sinteticamente o profundo respeito e nossa tentativa, nem sempre alcançada, de estabelecermos análises crítica com vista à superação da formação acadêmica em todos os níveis. formação acadêmica que, a bem da verdade, também ajudamos a construir, reconstruir e consolidar, e da qual somos, ao mesmo tempo, reféns e vítimas.

Assim, ao concluirmos esta pesquisa, esperamos ter contribuído ao menos com alguns conhecimentos úteis para reflexão profunda sobre a relação estabelecida entre a Educação Física e a Saúde, sobretudo no Sistema Único de Saúde, cuja construção foi e continua sendo marcada como resultante de lutas históricas da sociedade brasileira.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. *Popular education in primary care: in search of comprehensive health care*. **Interface – comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004.
- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface – comunicação, saúde, educação**. Botucatu, v.5, n9, p.150-153, 2001.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial, **Interface – comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.
- ABRASCO; CEBES; ABRES; UNIDA, REDE; AMPASA. O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. In: _____, editores. **Fórum da Reforma Sanitária Brasileira**. Julho de 2006; Rio de Janeiro. ABRASCO, CEBES, ABRES, REDE UNIDA, AMPASA; 2006. p.1–8.
- ANDRADE, G. R. B. de; VAITSMAN, J. **Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. Ciência saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.7, n.4, 2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org>>. Acesso em: 18 Abril 2008.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro De; BARRETO, Ivana Cristina De Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: SOUSA, G.W.; MINAYO, MCdS; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M.D.; CARVALHO, Y.M. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro – São Paulo: Fiocruz – Hucitec, 2007, p.783-836.
- ARAUJO, M. B. de S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.2, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org>>. Acesso em: 04 Maio 2008.
- ASHTON, J. *et al.* Health cities: *WHO's new public health initiative*. **Health Promotion**, n.1, p. 319-324, 1993.
- AYRES, J. R. C. M. Educação preventiva e vulnerabilidade às DST/AIDS e abuso de drogas entre escolares: como avaliar a intervenção?, In: DA Tozzi *et al.* (orgs.) **Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/AIDS**. Fundação para o Desenvolvimento da Educação, São Paulo, 1996, pp. 25-4. (Série Ideias, n.29).
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1977.
- BECKER, F. **Educação e Construção do Conhecimento**. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- BACHELADENSKI, M. S. **(Re) Significações do Lazer em sua Relação com A Saúde Em Comunidade de Irati/PR**.2006. 130f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade Federal da Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2006.
- BRAGRICHEVSKY, M. A. formação profissional em educação física enseja perspectiva (Críticas) para a atuação na saúde coletiva? In: FRAGA, A.B., WACHS, F. *et al.* **Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de formação e perspectivas de intervenção**, 2ed., Porto Alegre: Editora da

UFGRS, 2007, p.33-46.

BRAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A. Os sentidos da saúde e a Educação Física: apontamentos preliminares. **Arquivos em Movimento**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.65-74, janeiro/junho 2005.

BRAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A.; PALMA, A. *La Educación física y su inserción en el campo de La salud coletiva en Brasil: en Búsqueda de un diálogo crítico sobre interfaces, pertenencias y sentidos*. **Physis: Revista de saúde Coletiva**, v.17, n.3, 2007. No prelo.

BRAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A.; DA RÓS, M. **A saúde em debate na educação física**. v.2. Blumenau: Nova Letra, 2006. 240p.

BRAGRICHEVSKY, M., et al. *Estilo de vida saludable y sedentarismo en investigación epidemiológica: cuestiones a ser discutidas*. **Salud pública Méx**, Cuernavaca, v.49, n.6, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 10 Março 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Folder. Brasília, 2006.

____ Ministério da Saúde. Portaria GM n. 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília, 2006.

____ O desenvolvimento do sistema único de saúde: avanços, desafios e Reafirmação dos seus princípios e diretrizes. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde; 2003.

____ Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, v. 128, n.182, p. 18.055-18.055, 20 set. 1990. Seção I, pt. 1.

____ Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

____ **Política Nacional do Esporte**. In: Resolução nº 05/Conselho Nacional do Esporte. Brasília, DF: Ministério do Esporte, Jun. 2005.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição Federal**. Brasília: Senado Federal, 1988.

____ Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o manual para organização da atenção básica. In: ____ Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias atuais**. Rio de Janeiro, 2001b, p.83-112.

____ Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF, 2001c. 128p

____ Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde - SUS: descentralização**. Brasília, DF, 2000. 32p.

____ Portaria nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica – PAB e sua composição. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 247, p. 10, 22 dez. 1997. Seção 1.

____ Portaria nº 1.742, de 30 de agosto de 1996. Resolve aprovar preliminarmente o texto da Norma Operacional Básica (NOB) do SUS, na forma deliberada pelo Conselho Nacional de Saúde, a qual constitui instrumento imprescindível a viabilização da atenção integral à saúde da população. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 170, p. 17064 - 17071, 2 set. 1996. Seção 1.

____ Artigo 198 da Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

____ Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

____ Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõem sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providência. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 de dezembro de 1990.

____ Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

BREILH, J. **Epidemiologia Crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 317p.

BRONFMAN, M. ; TUIRÁN, R. *La desigualdad ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez*. **Cuad. méd.-soc.**, Rósario, (29/30):53-75, 1984.

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

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CAMPAÑA, A. Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudos sobre condições de vida e saúde. In: BARATA, Rita Barradas (Org.). **Condições de vida e situação em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p.115-165.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. Saúde Pública e SC: campo e núcleo de saberes e práticas. **Sociedade e Cultura**, v. 3, n. 1 e 2, jan/dez. 2000, p. 51-74.

CAMPOS, Gastão Wagner; BARRÓS, Regina Benevides de and; CASTRO, Adriana Miranda de. **Avaliação de política nacional de PS**. *Ciênc. SC* [online]. 2004, v. 9, n. 3, pp. 745-749. ISSN 1413-8123.

CAMPOS, F. E. Brasil: A Questão dos Recursos Humanos no Distrito Sanitário. **Educación**

Medica y Salud, Washington, v. 23, n.2, p. 168-181, 1989.

CAMPOS, F. E. ; BELISÁRIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface – comunicação, saúde, educação**, Botucatu/SP, v.5, n.9, p. 133-158, 2001.

____ O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface – comunicação, saúde, educação**. v.5, p.133-142, 2001. *apud* TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/scielo> >. Acesso em: 04 agosto 2007.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org>>. Acesso em: 8 abril 2008.

____ **Saúde coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança**. 2002. 243 f. Tese (Doutorado em Ciências da saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

CARVALHO, M. C. A. A. Participação social no Brasil hoje. Pólis-Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais, São Paulo. 2003. Disponível em <www.polis.org.br/publicações/paper> *apud* NEDER, C. A. P. **Participação e gestão pública: a experiência dos Movimentos Populares de Saúde no Município de São Paulo**. 2001. 98f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em Saúde: Aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro/ São Paulo: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006.

CARVALHO, Y. M.; FREITAS, F. F. Atividade Física, Saúde e Comunidade. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3., p.489-506, 2006.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil**: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995. 135 p.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de promoção da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, 2004.

CARVALHO, Yara Maria. Atividade física e saúde: onde está e quem é o “sujeito” da relação. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 9-21, jan. 2001.

____ Educação física e saúde coletiva: uma introdução. In: LUZ, Madel Therezinha. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudo sobre racionalidades médicas e práticas físicas. São Paulo: Hucitec, 2003.

CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. Singularidades da Educação física na Saúde: Desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. **Educação Física e Saúde Coletiva, Política de formação e Perspectiva de Intervenção**. 2ed.Porto Alegre: Editora UFRGS, 2007.

CELEDÓN, C.; NOÉ, M. *Reformas del sector de la salud y participación social*. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, Washington, v. 8, n.1/2, p. 99-104, 2001.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Declaração de Alma-Ata.; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: BRASIL Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 15.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cadernos Saúde da Família**, Brasília: Ministério da Saúde, ano 1, n.1, p.13-18, 1996.

CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri/ABRASCO, 1991.

____ Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.6, n.2, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 12 Março 2007.

CORREIA, M. V. C. **Desafios para o controle social**: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005. 208p.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. **Educación para la salud**. Madrid: Pirámide, p.25-58, 1996.

COTTA, R. M. M.; MENDES, F. F.; MUNIZ, J. N. **Descentralização das políticas públicas de saúde**: do imaginário ao real. Viçosa: Ed. UFV/CEBES, 198. 148p.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/>>. Acesso em: 20 dezembro de 2007.

CZERESNIA D. ; FREITAS C.M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DALARRI, S. G.; ADORNO, R. C. F.; FARIA, M. M. *et al.* O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 531-540, out./dez. 1996.

DAMICO, J.G.S. Das possibilidades às Incertezas: Instrumentos para intervenção do profissional de educação física no posto de saúde. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. **Educação Física e Saúde Coletiva, Política de formação e Perspectiva de Intervenção**. 2ed. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2007.

DA ROS, M. **A Estilo de pensamento em educação médica**: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ entre 1948 e 1994, a partir de epistemologia de Ludwik Fleck. 2000. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

____ Políticas públicas de saúde. In: BAGRICHEVSKY, M; PALMA, A; ESTEVÃO A, DA RÓS, M.A., editors. **A saúde em debate na Educação Física** - volume 2. Blumenau: Nova Letra; 2006. p. 47 ã 66.

____ Uma visão da reforma curricular a partir do movimento sanitário. In: Pereima MJ, Coelho EBS, Ros MAD, editors. **Da proposta à ação: currículo integrado do curso de medicina da UFSC Florianópolis**: Editora da UFSC; 2005. p. 59 - 80.

DELIZOICOV, D. *et al.* Sociogênese do conhecimento e pesquisa em ensino: contribuições a partir do referencial fleckiano. **Caderno Brasileiro do Ensino de Física**. v. 19, número especial, jun. 2002, p. 52-69.

DELIZOICOV, D. Pesquisa em ensino de ciências como ciências humanas aplicadas. **Caderno Brasileiro do Ensino de Física**. v. 21, n. 2, ago. 2004, p.145- 175.

____ **O professor de ciências naturais e o livro didático**. 1995. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

DERRIDA, J. A solidariedade dos seres vivos: entrevista com Evandro Nascimento. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 27 de maio de 2001, Suplemento Mais!, p. 12-16.

ESCOREL, S. Reviravolta da saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. *apud* CARVALHO, M. S.; SOUZA-SANTOS, R. *Analysis of spatial data in public health: methods, problems, and perspectives*. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/>>. Acesso em: 19 setembro 2007.

FLECK, L. **La génesis y el desarrollo de um hecho científico**. Madrid: Alianza Editorial, 1986.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Dados - Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 257-283, 1990.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda, **Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 3^a ed. Curitiba. Positivo, 2004, p.1640.

FERREIRA J.R. La crisis. In: *Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington, D.C.: OPAS, (OPS - Publicación Científica, 540), p. 233-36, 1992.

FERREIRA, M. S. ; NAJAR, A. L. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro - RJ, v.10, n. suppl, p.207-219, 2005.

FRANCO, T. B. **Acolhimento: Diretriz do Modelo Tecno-Assistencial em Defesa da Vida**. Trabalho apresentado à Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde do Cone Sul, Fundação Oswaldo Cruz, 1997.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 35. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 148p.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 38. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004. 245p.

FREITAS, F. F. Aproximando a educação física do serviço público de saúde: o projeto “práticas corporais e comunidade” no Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa - Caminhos da Educação Física na Saúde. In: ____ **A Educação física no serviço pública de saúde**. São Paulo:

Editora Hucitec, p.88-113, 2007.

____ Caminhos da Educação física na Saúde. In: ____ **A Educação física no serviço público de saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2007, p.31-49

FRENK, J.; DONABEDIAN, A.; WHITE, K. L. Intervención del estado en la atención médica: tipos, tendencias y variables In: **Organización Panamericana de la Salud. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. Washington, D.C, Organización Panamericana de la Salud, 1992. p.1082-1097, tab. (OPS. Publicación Científica, 534).

GARRAFA, V. A inclusão social no contexto da bioética. In: ANVISA. Seminário Mensal julho/2005, Brasília; **CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA**, 6., 2005, Belo Horizonte. Painelel “Bioética: inclusão e justiça social”.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e Saúde da Família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Journal** [serial on the Internet].2006 Junho Date; 22(6): Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 de agosto de 2008.

GOHN, M. G. (org.). **Movimentos sociais no início do século XXI: antigos e novos atores sociais**. Petrópolis: Vozes; 2003.

GONÇALVES, A. *et al.* , Saúde Coletiva e Atividade Física: recortes atuais de sua atuação. **Conexões**, São Carlos/SP, v.4, n.1, p.1-16, 2006.

GONÇALVES, G. Caminhando na cidadania para além das incapacidades físicas em hanseníase: atividade física a partir de unidade de referência do Sistema Único de Saúde. 2001. 85f. Dissertação. (Mestrado em Educação Física) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

GONÇALVES, A.; PIRES, G. L. Educação Física e Saúde. **Revista Motriz**, Rio Claro/SP, v.5, n.1, jun.1999.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. Vozes da participação: espaços, resistências e o poder da informação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p.225-238.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciênc. SC**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 797-805, set. 2006.

KRIEGER N. *A glossary for social epidemiology*. **J Epidemiol Community Health**, 2001; 5: 693-700.

KRUGER, T. R. O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do SUS na prática do conselho de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas-IPEA**, n. 22, p. 119-144, 2000.

L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.265-274, 2003.

____ Comunicação e Educação: uma prática de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R.(Orgs.)

Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997, p.267- 292.

____ Educação em saúde: uma nova abordagem. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.481-90, out./dez. 1994.

LABRA, M. E. Capital social y consejos de salud en Brasil: um circulo virtuoso? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 18, p. 47-55, 2002.

____ Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T (Org.). **Saúde e Democracia**. Rio de Janeiro: Fiocruz 2005. p. 353-384.

LALONDE M. *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974, pp. 3-5. In: OPAS, 1996. **Promoción de la Salud: Una Antología**. Publ. Cient. 557, OPAS, Washington.

LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D. **Medicina social aspectos históricos e teóricos**. Global Editora, 1983.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Editora UFMG-Artmed, 1999.

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. **Preventive Medicine for the Doctor in his Community**. New York: Mac Graw-Hill. 1965.

____ **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE. A. M. C. **Promoção de Saúde: A Negação da Negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004. 166p.

LEVCOVITZ, E. **Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS – um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde 1974-1986**. 1997. 286f. Tese (Doutorado em ciências da saúde) – Instituto de Medicina Social da Universidade do estado do Rio de Janeiro IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 1997.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos Saúde da Família**, Brasília: Ministério da Saúde, ano 1, n.1, p.5-12, 1996.

LOPES, José Rogério. **Mínimos Sociais, cidadania e assistência social**. Serviço Social e Sociedade, n.58, São Paulo, ed. Cortez, 1998.

LORENZETTI, L. **Estilos de pensamento em educação ambiental: uma análise a partir das dissertações e teses**. 2008. 407f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008

LUTHER, Márcia; MARTINEZ, Jéssica Félix Nicácio; MATIELLO JÚNIOR, Edgard e OURIQUES, Janine Coelho. A produção de conhecimentos da área Atividade Física Relacionada à Saúde perante os desafios da fragilidade da vida. In: III CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE. **Anais...** Florianópolis: ABRASCO, 2005. (CD-ROM)

LUZ, M. T. Educação Física e Saúde Coletiva: Papel Estratégico da área e possibilidades quanto ao

ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. **Educação Física e Saúde Coletiva – Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção**. 1 ed. Porto Alegre: UFRGS, 2007, v.1, p. 9-16.

_____. **Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva Estudo Sobre Racionalidades Médicas e Atividades Corporais**. 3ed. São Paulo: Hucitec, 2007. v. 1. 174 p.

_____. Políticas de Descentralização e Cidadania: Novas Práticas em Saúde no Brasil Atual. In: PINHEIRO, Róseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (Orgs.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. 1ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ / ABRASCO, 2001, v. 1, p.17-37.

MACEDO, C. G. DE. *Mensaje del Director: La comunicación social / Director's letter: Social communication*. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)**, v.113. n2, ago. 1992.

MACHADO, D.O. A educação física bate à porta: o Programa de Saúde da Família (PSF) e o acesso à Saúde Coletiva. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. **Educação Física e Saúde Coletiva, Política de formação e Perspectiva de Intervenção**. 2ed. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2007.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa *et al* . *Integrity, health professional education, health education and SUS proposals: a conceptual review*. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 02 Maio 2008.

MARSIGLIA, R.G. Interface com a Saúde. In: *Serviço Social Hospitalar*. Coordenadoria de Atividades do Serviço Social do Hospital das Clínicas FMUSP, **p.x-x**. São Paulo, n. 1/97, v.4

MARTINS, Poliana Cardoso *et al*. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Janeiro 2009. doi: 10.1590/S0103-73312008000100007.

MARTINEZ, J. F. N. **Superações da Educação (Física) Bancária pela Saúde Coletiva: Pesquisa-Ação no Sindicato em Florianópolis**. 2007. 117f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade Federal da Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2007.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p.39-64.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: _____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996, p.233-300.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MERHY, E.E. PSF: contradições e novos desafios. In: **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**. Tribuna Livre, 2000. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm>> Acesso em: 28 abril 2008.

MINAYO, Maria C. de S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 9ed. São

Paulo: Hucitec, 2006.

____ Violência: um novo-velho desafio para a atenção à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 55-63, 2005.

____ (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. (Temas Sociais 9). Vozes, Rio de Janeiro. 1998.

____ **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1993.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

NESCO. I - Nascimento das ideias e seu desenvolvimento; II - A 8ª Conferência Nacional de Saúde; III - A continuidade da 8ª CNS: caminhos para a Reforma Sanitária Brasileira. **Espaço para a Saúde**. Março, 1989; Ano 1, volume 0:05 - 52.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade / Associação Paulista de Saúde Pública**, São Paulo, v.3, n. 2, p.5-21, 1994.

OURIQUES, J. C. **Análise de Documentos Internacionais de Promoção da Saúde: possíveis contribuições para a Educação Física**. 2006. 126 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade Federal da Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2006.

PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL. M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia e saúde**. 6ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003a, p.567-86.

____ Gestão da atenção básica nas cidades. In: NETO, E.R.; BÓGUS, C.M. **Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003b, p.183-210.

____ Saúde da família: Espaço de reflexão e de contra-hegemonia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu/SP, v.5, p.143-146, 2001.

____ Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: BARATA, R. B. (org.). **Condições de Vida e Situação de Saúde**. Rio de Janeiro, Abrasco:1997, p.7-30. (Saúde e Movimento 4)

____ Direito à Saúde, cidadania e Estado. In: VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, Brasília, 1987. **Anais...** Brasília, 1987, p. 45-60.

____ **Saúde, crises, reformas**. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.32, n.4, 1998. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/>>. Acesso em: 05 dezembro 2007.

PALMA, A. FERREIRA, D. C; BAGRICHEVSKY, M; RESENDE, H.G. Dimensões epidemiológicas associativas entre indicadores sócio-econômicos da vida e prática de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Florianópolis/SC, v.27, n.3, p.119-136, 2006.

PAIM J. S, COSTA, M.C. N, ; CABRAL, V.; MOTA, I. A.; NEVES, R. B. B. Mortalidade infantil proporcional, Salvador, Bahia, Brasil. *Bol. of Sanif Pan American*. 103(2):13-122; 1988 *apud* PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO. N. *La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica Cuad. méd. soc. (Rós.)*, Espanha (75), p.5-30, mai. 1999.

PAIM J. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol, M. Z., ALMEIDA FILHO N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi; p. 473-87, 1999.

PAIM, J. S.; NAOMAR FILHO, A. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.32, n.4, p.299-316, ago. 1998.

PAIM, J. S.*et al.* A crise da saúde pública e a saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo . aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n.32, 1998.

PAIM, J.S. Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em Saúde Coletiva. In: ABRASCO, **Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO, p.3, 1982.

PEDUZZI M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre o trabalho e interação**. 1998. 230f. Tese. (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP. 1998.

____ Equipe Multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.1, p.103-9, 2001. Disponível em: <<http://www.scielosp.org>>. Acesso em: 19 Maio 2008.

PEGO, R. A.; ALMEIDA, C. *Teoria y practica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México*. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 89-97, 2001.

RESTREPO E.; MÁLAGA, H. *Agenda para la acción en promoción de la salud*. In: RESTREPO, E.; MÁLAGA, H (Org.) **Promoción de la salud; como construir vida saludable**. Bogotá: Editorial Medica Panamericana, 2001.

PELLEGRINI, Bárbara. O discurso do gestor federal no processo de descentralização política: obstáculos à municipalização do SUS. **Clínica e Saúde Coletiva**. Março/abril 2007;12 n 2:325 - 33.

PILON, A. F. Qualidade de vida e formas de relacionamento homem/mundo. **Revista brasileira de saúde escolar**, Associação Brasileira de Saúde Escolar. Campinas v.2, n.3/4, p.117-25, jul.-dez. 1992.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Po: Anablume, 1998.

PIRES FILHO, F. M. O que é saúde pública? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.3, p.62-70, 1987.

PUCCINI, P. de T.; CECILIO, L. C. de O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org>>. Acesso em: 14 setembro 2007.

PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, Carta de Ottawa; novembro de 1986; Ottawa; Ca. In: BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa;

Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p.19.

QUINT, F.O.; MATIELLO JUNIOR, E.. O gosto amargo do exercício como remédio nas pedagogias do medo e da culpa. In: Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte, 1999, Florianópolis. **Anais do XI Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte**. Florianópolis: CBCE,. v.3. p. 867-872, 1999

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

QUINT, F.O.; MATIELLO JUNIOR, E. O gosto amargo do exercício como remédio nas pedagogias do medo e da culpa. In: Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte, 1999, Florianópolis. Anais do XI Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte. Florianópolis : CBCE, 1999. v. 3. p. 867-872

RIBEIRO, Edilza Maria. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev Latino-Am Enfermagem** [online]. 2004 citado 2008-06-18;12, no. 4:658-64.

ROCHA, V.M.; CENTURIÃO, C.H. Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. **Educação Física e Saúde Coletiva, Política de formação e Perspectiva de Intervenção**. 2ed.Porto Alegre: Editora UFRGS, 2007, p.20-31.

RODRIGUES, C. R. F. **Participação e atenção primária em saúde: o programa de saúde da família em Camaragibe – PE (1994 – 1997)**. 1998. 154p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

RUSSEL, A. J. What is health? People talking. **The Journal**, Cidade, n. 34, p.43-47. 1995.

SANTOS, Boaventura de S. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Cortez, 2004.

SANTOS, L. D.; CARVALHO, G. I. de. Das formas de controle social sobre as ações e os serviços de saúde. **Saúde debate**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Londrina, n.34, p.60-6, mar. 1992

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos avançados**, São Paulo, v.13, n.35, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 maio 2007.

SANTOS, Nelson Rodrigues Dos. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para a visualização dos rumos. **Ciência e Saúde Coletiva** Março/abril 2007; 12 n 2: 429 - 36.

SCHRAIBER LB, PEDUZZI M. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. **Educ. Méd. Salud**, n.27, p.295-313, 1993.

SCHALL, V. T, STUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Caderno. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.2, p.4-5,1999.

SEGUNDA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, Declaração

de Adelaide.; 5-9 de abril 1988; Adelaide; Au. In: BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 25.

SIGERIST, H. E. **The University at the Crossroads**. New York: Henry Schumann Publishers, 1946.

SLONGO, I. I. P. **A produção acadêmica em ensino de biologia: um estudo a partir de teses e dissertações**. 2004. 187 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

SILVA, Jarbas Barbosa da; BARRÓS, Marilisa Berti Azevedo. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 12, n. 6, Dec. 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002001200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Janeiro 2009. doi: 10.1590/S1020-49892002001200003.

SILVA, M. R.; PIRES, G. L.; MATIELLO JUNIOR, E. A “saúde” da Educação física. **Motrivivência**, Florianópolis, v.17, n.24, p.81-95, 2005.

SOARES, C.L. **Educação Física: raízes européias e Brasil**. Campinas: Autores Associados, 1994.
SOARES, M. B. **Alfabetização no Brasil: o estado do conhecimento**. Brasília: INEP/Santiago: REDUC, 1991.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira; Reis, Ademar Arthur Chioro Dos; Soter, Ana Paula Menezes; Fernandes, Afra Suassuna; Palma, José João Lanceiro De. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema único de Saúde: atenção básica à saúde. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**. 2007 Dez;7(4):495-502.

SOUSA, E. R. Quando viver é o grande risco-aventura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.17, n.6, p.1291-1292, 2001.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família: uma visão nacional. In: FERNANDES, M. E. L.*et.al.* (orgs.). **AIDS: prevenção porta a porta**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 41-5.

SPOSATI, A.; LOBO, E. Social control over health policies. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8, n.4, 1992. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/>>. Acesso em: 02 Maio 2008.

STOTZ, E. M.; ARAÚJO, J. W. G. PS e cultura política: a reconstrução do consenso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 5-19, maio/ago. 2004.

TAFFAREL, C. N. Z. ; SÁ, K. O. D E ; SILVA, J. G. F.. Atividade Física, Saúde e Cultura Corporal: O embate teórico a partir das publicações da Revista Brasileira de Ciências do Esporte - RBCE (2000 a 2003). In: VIII Jornada Pedagógica do CBCE - BA, 2007, Salvador. **Anais da VIII Jornada Pedagógica do CBCE - BA**. Salvador : Editora, 2007. v. 01. p. 36-36.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo>>. Acesso em: 04 Agosto 2007.

____ Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: XI CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, Brasília, 2000. **Anais ...**, Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. 2000, p.261-281,

TEIXEIRA, C. F. & PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**, n.34, p.63-80, 2000.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, n.7, n. 2, p. 7-28, abr.-jun. 1998.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VALLA, V. V. Educação Popular e Conhecimento: A Monitorização Civil dos Serviços de Saúde e Educação nas Metrôpoles Brasileiras. In: VALLA, V. V. (Org.) **Participação popular, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro: Relume-dumará, 1993.

____ (Org.). **Participação Popular e Controle de Endemias**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1998. v.14. 160p.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. **Participação Popular, Educação e Saúde**: Teoria e Prática. 1a. ed. RIO DE JANEIRO: RELUME-DUMARÁ, 1997. 164 p.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N.; ALGEBAIL, E. (Orgs.). **Para Compreender a Pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: Contraponto/Escola de Governo em Saúde: ENSP, v.1, 2005.

VALLA, V. V. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. de Saúde Pública**; Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, p. 7-18, 1998.

VAN STRALEN, C. J. *et al.* Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato GRosso do Sul. **Ciênc. SC**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 621-632, set. 2006.

VASCONCELLOS, M. L. M. C.; BRITO, R. H. P. **Conceitos de educação em Paulo Freire**. Petrópolis, RJ: Vozes, SP: Marck Pesquisa- Fundo de Pesquisa, 2006.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001, p.9-11.

____ **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

____ **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1989.

VASCONCELOS, M. P. C. Reflexões sobre a saúde da família. In: MENDES, E.V., (Org.). **Organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998, p.155-172.

VERGARA, S. C. **Gestão de pessoas**. 2ed. São Paulo: Atlas, 2000.

VIANA, A L. d' Á.. Reforma em Saúde no Brasil - Análise da Formulação e Implementação do Programa de Saúde da Família: a experiência de Cotia. In: VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. (Coord.). **Reforma em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998 (Série Estudos em

Saúde Coletiva, 161).

VIANA, A. L. d' Á. ; POZ, M. R. D. . A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15(s.), p. 225-265, 2005.

____ A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8(2), p. 11-48, 1998.

____ Reforma em Saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família - a experiência de Cotia (SP). **Estudos em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. -, p.3-27, 1998

VIANA, A. L. d' Á.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, 2002 . Disponível em: <<http://www.scielosp.org>>. Acesso em: 24 Fevereiro 2007.

VILASBOAS, A. L. **Vigilância à Saúde e Distritalização: A Experiência de Pau da Lima**. 145f. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1998.

VILASBOAS, A. L.; TEIXEIRA, M. G. TEIXEIRA, C. F. Vigilância à Saúde. In: III CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, Salvador, 1995. **Relatório da Oficina de Trabalho do III Congresso Brasileiro de Epidemiologia**. Salvador: ABRASCO, 1995.

WACHS, F. **Educação Física e Saúde Coletiva, Política de formação e Perspectiva de Intervenção**. 2ed. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2007.

WESTPHAL, M. F. Cidades saudáveis: a formação de uma rede brasileira. **Jornal de CONASEMS**, Edição especial, ago. 1998, p.16-19.

____ O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.5, no.1, 2000, p.39-51.

WHO 1986. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

APÊNDICE I

Estudos de intervenção da EF no SUS

Neste grupo, encontravam-se cinco estudos de intervenção, uma tese e quatro dissertações, (estudos I, IV, VII, VIII, IX).

ESTUDO I

PALHA, P. F. Vivência do cotidiano: A promoção de Saúde como um exercício de cidadania no programa de integração da Vila Tibério – Ribeirão Preto/ SP. Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado das Escolas de Enfermagem de São Paulo. Ribeirão Preto, SP: 2001.

Vivências do cotidiano revelou a experiência de desenvolvimento da comunidade e organização social do Programa de Integração Comunitária da Vila Tibério da cidade de Ribeirão Preto/SP, onde identificou as experiências individuais e coletivas vividas pelo grupo durante os sete anos de interação social. Na construção deste trabalho contamos com a participação de 24 (vinte e quatro) sujeitos através de entrevista semi-estruturada, observação participante e fontes documentais. Utilizou-se como referencial teórico o processo de desenvolvimento da comunidade e os enunciados das Conferências, Cartas e Reuniões Internacionais sobre a Atenção Primária em Saúde. Teve como orientação metodológica o Discurso do Sujeito Coletivo, que busca resgatar a fala do social a partir das Idéias Centrais e Expressões Chaves dos discursos individuais. Os resultados evidenciaram que inicialmente um grupo de pessoas portadoras de patologias específicas foi arregimentado para um trabalho de atividade física visando a melhoria da saúde. Nesse grupo surgem as primeiras lideranças comunitárias que desempenharam um papel importante frente ao mesmo, atuando no processo de desenvolvimento comunitário e ampliando as oportunidades de participação social. A educação em saúde possibilitou a conscientização, participação política, formação de uma rede de suporte social e consciência crítica do momento histórico vivido, repercutindo sobre o processo de formação do sujeito social, despertando-os para a busca da melhoria da saúde, qualidade de vida e especialmente para o exercício da cidadania

Palavras-chave: modelo de atenção à saúde, política de saúde, promoção da saúde, serviços de saúde.

ESTUDO IV

FREITAS, F. F. A Educação Física no Serviço Público de Saúde. Dissertação apresentada à Pós-Graduação da Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP: 2003.

A Educação Física tem como um dos seus campos de atuação a área da saúde. No entanto, não se observa uma participação efetiva do profissional nas ações de saúde pública, assim como nos serviços públicos de saúde. Neste trabalho estudamos qual o significado do educador físico nesses serviços, por meio de revisão de literatura, e de intervenção, que foi elaborada, proposta e

desenvolvida, no Centro de saúde Escola Samuel Pessoa. Priorizamos o trabalho coletivo, o aspecto pedagógico dos conteúdos e a participação dos sujeitos. Durante um ano de intervenção coletamos dados a partir de observação participante e entrevistas realizadas com as pessoas que se envolveram com o projeto “Práticas Corporais e Comunidade” e com alguns profissionais do serviço. Observamos que o trabalho coletivo pôde auxiliar tanto a comunidade atendida, no contexto sociocultural vivido por ela, como o profissional no sentido de refletir sua prática em relação ao grupo. As particularidades individuais no que se refere às necessidades, aos problemas de saúde e as melhoras relatadas variaram, o que sugere ao profissional um cuidado no modo de conduzir sua intervenção, de pensar a saúde, de forma a estar atento ao que necessitam e desejam as pessoas. Destacamos que o educador físico no serviço público de saúde pode significar: uma via entre pesquisa e intervenção, na área da saúde e na sua integração com a comunidade/ um envolvimento com outras profissões da saúde e o atendimento de necessidades expressas pelos usuários dos Centros de Saúde, uma vez que se trata de um espaço de intervenção que precisa ser pensado e construído, para que este profissional seja um “elemento” a mais na busca pela integralidade da saúde das pessoas.

Palavras-chave: Educação Física; saúde; centro de saúde

ESTUDO VII

MARCONDES, R. As práticas Corporais no serviço público de saúde: Uma aproximação entre a Educação Física e a Saúde Coletiva. Dissertação apresentada à Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo, 2007.

Este trabalho de natureza qualitativa versa sobre a produção da prática profissional do educador físico no âmbito da assistência à saúde, mediante a implementação de uma intervenção de práticas corporais, permeada por ótica díspar de corpo (visão sócio-cultural) e saúde (Saúde Coletiva; Integralidade; Cuidado e Acolhimento). O trabalho foi desenvolvido na unidade docente assistencial CSEB-USP, âmbito da Atenção Primária em Saúde, com um grupo de pessoas heterogêneo, constituído por usuários e trabalhadores do serviço, selecionados aleatoriamente, pertencentes a diferentes faixas etárias. Buscou-se conhecer os sentidos atribuídos pelos usuários à intervenção e os reflexos da mesma para o respectivo serviço de saúde. A intervenção com os usuários teve como objetivo: o desenvolvimento da percepção corporal; o alívio de desconfortos, dores e uma melhor “utilização do corpo” na vida cotidiana. Os resultados confirmaram nossos pressupostos iniciais sobre as melhorias relacionadas ao corpo e à saúde dos usuários do grupo de intervenção e revelaram outras possibilidades de ação do profissional da educação física na assistência à saúde. Verificou-se que há uma demanda de trabalhos com as práticas corporais no serviço público de saúde, para além da ação direta com os usuários. Sua atuação pode se estender para o desenvolvimento de atividades de consultoria e de multiplicação de saberes e práticas para as demais atividades do serviço, assim como, a partir desse, contribuir para a construção de ações direcionadas à comunidade e aos demais equipamentos da rede social.

Palavras-chave: Educação física, Integralidade, Práticas corporais, Saúde coletiva

ESTUDO VIII

FERDINANDO, D.C. Práticas Corporais promovidas pela unidade básica de saúde “Vila Dalva”: Visão de Usuários. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2007.

A educação física atua, historicamente, na saúde e na educação, aos interesses políticos do

Brasil desde a primeira metade do século XIX, período conhecido como era da “eugenia”. Atualmente a educação física por meio das atividades físicas, dos exercícios físicos, na busca da aptidão para “cuidar do corpo” e acabar com o sedentarismo, tem se revelado, com uma nova roupagem, um instrumento para o que se chamou de higienismo e eugenismo pós-moderno. A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo implantou em 2001 o Projeto de Medicina Tradicional Chinesa (MTC) como prática inovadora de promoção da saúde, estimulando a realização no âmbito da atenção básica. No conjunto das ações da MTC encontram-se as práticas corporais como Tai Ch'i Chuan, Tai Ch'i Pai Lin, Lian Gong, Ch'i Gong, Meditação Ativa, dentre outras, buscando melhorar a saúde e a percepção do próprio corpo. Este trabalho buscou analisar e discutir as práticas corporais oferecidas na Entidade Básica de Saúde Vila Dalva, na visão dos usuários e pelo enfoque da promoção da saúde, sendo práticas corporais de origem oriental ou não. Utilizou-se para o estudo na abordagem de análise qualitativa, e a técnica de coleta de dados foi de entrevista semi-estruturada com usuários da referida Unidade Básica de Saúde. Foram entrevistados usuários que participam das práticas corporais num período superior ou igual a um ano e usuários que não participam das práticas oferecidas pela UBS. No processo de análise de um total de 17 entrevistas, levantou-se 3 categorias temáticas mais recorrentes conforme elementos do conceito de promoção da saúde: Acessibilidade, Medicalização e Participação Social. Verificou-se que as práticas corporais, mesmo tendo um conceito mais adequado às propostas do Programa De Saúde da Família (PSF) na busca da Promoção da Saúde no âmbito da atenção básica, estão sendo oferecidas e desenvolvidas com elementos de medicalização adquiridos historicamente, e dessa forma, contrariando a proposta do PSF.

Palavras-chave: Prática de Saúde Pública, Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde, Percepção, Satisfação dos Consumidores, Programa Saúde da Família, Promoção da Saúde

ESTUDO IX

GOMES, M. A. Orientação De Atividade Física em Programa de Saúde da Família: Uma Proposta De Ação. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC: 2007.

Intervenções com a atividade física (AF) têm sido amplamente recomendadas e utilizadas por diversos países, na perspectiva da promoção da saúde. O aprofundamento sobre as questões metodológicas e pedagógicas, para a construção e desenvolvimento de políticas públicas de atividade física, se faz necessário, de modo a reconhecer as diferenças nos diversos contextos da população e assegurar a autonomia na escolha de uma melhor qualidade de vida. Para tanto, o objetivo deste estudo foi desenvolver, implementar e avaliar um programa de orientação de atividade física para a promoção da saúde de adultos aparentemente saudáveis em Programa de Saúde da Família, em Florianópolis, (SC). O estudo foi caracterizado como desenvolvimental, com delineamento de pré e pós-teste, com grupo controle. Para o desenvolvimento do protocolo, utilizou-se o Modelo Transteorético e a Teoria Educacional de Paulo Freire, sendo aplicado em três fases distintas: (1) a fase descritiva exploratória, em que se identificou o perfil da amostra quanto a informações pessoais, indicadores de saúde e co-morbidades, informações sobre o programa de saúde da família, barreiras para a prática de atividade física, estágios de mudança do comportamento para atividade física e classificação socioeconômica; (2) a fase de intervenção com recomendação e orientação sobre atividade física, por meio de seis encontros domiciliares e quatro encontros na unidade local de saúde, durante um período de 120 dias; e (3) a fase de avaliação, identificando os resultados da intervenção, por meio do índice de atividade física habitual no trabalho, no lazer e no exercício (Baecke), e os estágios de mudança de comportamento para atividade física e exercício (EMCAFE) e a avaliação dos procedimentos utilizados. Para a participação da fase de intervenção do protocolo, a amostra foi composta por 51 adultos no grupo

experimental (GE) e 52 adultos no grupo controle (GC), com idade entre 30 e 65 anos, pertencentes às áreas de cobertura do PSF das unidades locais de saúde selecionadas. Para a análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva e inferencial, sendo que para a identificação das diferenças entre os grupos experimental e controle utilizou-se o Teste *t* para amostras independentes e o teste U de Mann-Whitney e para as diferenças entre o pré e o pós (avaliação inicial- pré teste e aplicação do protocolo- pós teste), em ambos os grupos, os Testes *t* pareado e *t* de Wilcoxon para um nível de significância de 95% ($p \leq 0,05$). Após a aplicação do protocolo, o GE apresentou resultados significativos para o aumento na percepção da saúde positiva, no nível de AF habitual no exercício e nos EMCAFE e, diminuição para a percepção da barreira da falta de conhecimento e/ou orientação para AF. Para a avaliação processual, observou-se aprovação superior a 80% na maioria dos itens que representaram as cinco dimensões avaliadas. Por fim, conclui-se que as estratégias e os procedimentos apresentados pelo Modelo Transteorético e pela Teoria Educacional de Paulo Freire, representam bons instrumentos para intervenções de atividade física para a promoção da saúde de adultos aparentemente saudáveis, tornando-os viáveis a sua aplicabilidade para o contexto do Programa de Saúde da Família (PSF).

Palavras-chave: Atividade física, Adultos, Programa de Saúde da Família (PSF); Promoção da Saúde; Modelo Transteorético.

APÊNDICE II

Estudos que analisam a percepção dos profissionais da saúde (gestores, técnicos e acadêmicos de Educação Física) e dos usuários acerca da atuação da EF no SUS

Neste grupo, encontravam-se seis estudos (II, III, V, VI, X, XI) dois estudos que analisavam a percepção dos gestores, dois que procederam à análise do que pensam os profissionais técnicos (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, professores de EF), um que examinou o conhecimento dos acadêmicos de EF acerca da atuação no SUS e um que destacou a percepção dos usuários sobre as intervenções da EF no SUS.

ESTUDO II

ANDRADE, D. A. A Atividade física e Promoção da Saúde: Conhecimento e Prática dos profissionais de Saúde das Unidades Básicas de Saúde do Município de São Caetano do Sul – São Paulo. Dissertação apresentada ao Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP: 2001.

O presente estudo teve como objetivo identificar o nível de conhecimento, prática e recomendação da atividade física dos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de São Caetano do Sul - São Paulo. Os profissionais foram divididos em "dois grupos (com formação e sem formação universitária). Também foi realizada a associação entre o nível de atividade física e o nível de conhecimento com o nível de recomendação da atividade física. Foram avaliados 110 profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de São Caetano do Sul. O grupo foi constituído por profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e auxiliares de enfermagem) que atendem os usuários do Sistema Único de Saúde no município de São Caetano do Sul, localizado na Região da Grande São Paulo, no Estado de São Paulo. Esses profissionais responderam a um questionário sobre o nível de conhecimento, nível de atividade física e nível de recomendação da atividade física. Para a análise estatística foram utilizados o agrupamento das respostas semelhantes e o cálculo percentual. Para a associação foi utilizado o teste Qui-quadrado. Após a análise das respostas foi concluído que: a) não foram observadas diferenças significativas entre os profissionais com e sem formação universitária nas variáveis: nível de conhecimento, nível de atividade física e nível de recomendação. Os profissionais de saúde responderam adequadamente às questões relativas a duração e intensidade, mas inadequadamente em relação à frequência e modo; b) o índice de profissionais considerados fisicamente inativos foi 8,9 por cento, insuficientemente ativos 16,5 por cento e fisicamente ativos 74,7 por cento; c) cerca de 62 por cento dos profissionais recomendam a atividade física aos seus pacientes; d) houve uma associação significativa entre o nível de conhecimento, quando analisado mediante o número de questões adequadas e o nível de recomendação. Não encontramos associação significativa entre o nível de atividade física e o nível de recomendação.

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Exercício, Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde, Estilo de Vida, Conduta de Saúde, Política de Saúde, Qualidade de Vida, Prevenção Primária, Sistema Único de Saúde

ESTUDO III

BATAGLION, A. N. O Conhecimento e a prática dos acadêmicos da Educação Física com atuação na Saúde Pública. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Universidade De São Paulo/ Ribeirão Preto – São Paulo, 2003.

O estudo foi realizado com os acadêmicos da Educação Física e os beneficiários de um Programa de Saúde Pública dirigidos à adultos supostamente sadios ou portadores de doenças crônicas degenerativas. Este trabalho tem como objetivo estudar a dimensão do saber e as habilidades técnicas a serem enfatizados na formação acadêmica do profissional de educação física, bem como produzir uma estratégia pedagógica de capacitação, através do emprego de técnica de grupo operativo, onde os sujeitos do estudo estão centrados na tarefa de trocarem experiências e avaliarem sua participação nesta área. Para compreender melhor o vivencial dos participantes deste trabalho optou-se pela pesquisa quanti-qualitativa, utilizando-se a pesquisa-ação como metodologia, em que todos os envolvidos interagem em busca de soluções de problemas previamente identificados através de um diagnóstico da situação. Assim, foram coletados dados através da aplicação de quatro instrumentos de avaliação, cujos resultados identificaram que as áreas de Fatores de Risco, Avaliação e Testes de Aptidão Física e Planejamento da Educação Física em programas de promoção em saúde são os temas disparadores mais carentes percebidos para as dimensões cognitivas da Educação Física em relação à Saúde. No segundo momento desta estratégia inovadora de auto-capacitação, foram feitas discussões dentro do encontro participativo, observando-se esforços e sentimentos conflitantes no processo de formação acadêmica e no princípio relativo da Qualificação Profissional. Para minimizar as tarefas mais problemáticas, este autor propõe a melhoria dos recursos didáticos, comunicação, informação, ações políticas e, principalmente, a valorização e conscientização acadêmica sobre a importância do exercício físico nos programas de saúde pública e na qualidade de vida da população.

Palavras-chave: atividade física, avaliação em educação física, pesquisa-ação, promoção da saúde

ESTUDO V

COUTINHO, S.S. “Atividade física no Programa Saúde da Família, em municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná - Brasil”. Dissertação apresentada à Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP: 2005.

O objetivo geral desta pesquisa foi identificar e analisar as percepções dos Secretários Municipais de Saúde da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná acerca da realização de atividades físicas no Programa Saúde da Família (PSF). Como objetivos específicos elegemos caracterizar e analisar a prática da atividade física nos PSFs dos referidos municípios, bem como, verificar a inserção de profissionais de educação física nessas equipes do PSF. Tomamos como pressuposto teórico as discussões sobre promoção da saúde presentes nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, buscando articulá-las à teoria e a prática da atividade física. Trata-se de um estudo descritivo exploratório (TRIVIÑOS, 1992), com abordagem qualitativa, sendo os sujeitos constituídos de onze secretários de saúde dos municípios da regional citada, e também nove profissionais da área da saúde que são responsáveis pelas atividades físicas realizadas no PSF destes municípios. Os dados empíricos foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas realizadas com os secretários de saúde, e também dos questionários aplicados com os profissionais de saúde responsáveis pela realização das atividades físicas. A organização dos dados foi feita conforme ferramenta metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC (LEFÈVRE, 2000). Após construirmos os

DSCs, elegemos três unidades temáticas, a partir dos conteúdos: Processo de Educação em Saúde, Atividades Físicas no PSF, Prevenção e Promoção da Saúde. Como considerações finais, ressaltamos: o processo de educação em saúde demonstra ter um caráter mais modelador que emancipatório. O entendimento de promoção da saúde está mais ligado à uma visão limitada do processo saúde-doença, pautado no conceito de saúde como ausência de doenças, com alguns apontamentos para uma visão mais ampliada, abarcando aspectos sociais e psicológicos. Verificamos de forma incipiente a realização de atividades físicas em nove equipes de PSF nos municípios participantes da pesquisa, principalmente a caminhada, sob a iniciativa e responsabilidade de profissionais da saúde (quatro enfermeiras, três fisioterapeutas e dois profissionais de Educação Física). Sobre a prática da atividade física no PSF, os gestores a identificam como uma estratégia na prevenção de doenças crônicas, em especial, obesidade, diabetes e hipertensão. Na perspectiva de se aproximar a um conceito mais ampliado de promoção da saúde, os gestores ressaltaram que a atividade física inserida na estratégia do PSF pode trazer outros benefícios além dos biológicos, tais como: desenvolvimento da autonomia para realização dos afazeres do dia-a-dia, melhoria do convívio social, interferência em situações de risco social, educação em saúde e como opção de lazer, no entanto, ainda de forma incipiente. Para tanto, sugerimos que é preciso se (re) pensar a formação dos profissionais da saúde, em especial, a do profissional de Educação Física, buscando uma visão de promoção da saúde, que abarque todas as suas possibilidades, potencialidades, bem como, sua complexidade. Também é preciso vislumbrar outras estratégias que ampliem as possibilidades da atividade física ser incorporada de forma mais sistematizada e ampliada, na atenção à saúde, valorizando o conhecimento da área de Educação Física na construção do SUS.

Palavras-chave: promoção da saúde; prevenção de doenças; atividade física;

ESTUDO VI

ACOSTA, Elisabete B. Os conhecimentos acerca de atividade física, saúde e ambiente dos trabalhadores das equipes do Programa de Saúde da Família. 2005. 133 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

A atividade física é uma das formas de manifestação humana no que se refere ao movimento, é apenas um conteúdo da educação física que compreende a cultura corporal de pessoas e coletivos e se apresenta como um caminho de possibilidades na construção da saúde, que não pode ser vista sem os seus aspectos socioambientais. O presente estudo tem por objetivo principal, identificar os conhecimentos sobre atividade física, saúde e ambiente, através do processo de trabalho das equipes do Programa de Saúde da Família no município do Rio Grande. Foi realizada uma pesquisa de corte transversal orientada por caráter descritivo-exploratório e analítico-quantitativo que estudou os conhecimentos referentes à atividade física, a saúde e ao ambiente das equipes que compõem atualmente o Programa de Saúde da Família (PSF) no município do Rio Grande, buscando uma visão geral dessa realidade. Nessa perspectiva foi construído um questionário contendo dez questões de com quatro alternativas ou mais cada utilizando uma escala crescente de importância com notas de zero a dez, e uma questão aberta. Participaram do estudo 122 trabalhadores (médicos, enfermeiros, técnicos e agentes). O processo de análise identificou um conhecimento prévio desses trabalhadores sobre atividade física, saúde e ambiente, mas ainda percebe-se um enraizamento de conceitos de natureza biológica, foi possível também visualizar de um programa de saúde pública/coletiva em funcionamento efetivo e conhecer o perfil dos trabalhadores atuantes nesses serviços. Neste sentido a Educação Física pode contribuir para desmistificar alguns conceitos na relação atividade física, saúde e ambiente proporcionando que o trabalhador se concretize como sujeito e conseqüentemente cidadão e ator, cumprindo seu papel.

Palavras-chave: Conhecimentos. Atividade Física. Saúde. Ambiente. Educação Física.

ESTUDO X

VICENTIN, A. P. M. Conhecendo para intervir, em direção ao *empowerment* pela atividade física no Complexo São Marcos, Campinas-SP. Dissertação apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP: 2008.

A expressão Promoção da Saúde tem sido utilizada com significados diversos. Desde 1986, com a Carta de Ottawa, pode ser entendida como o processo de capacitação da comunidade para atuação na melhoria da qualidade de vida e saúde. Com o amadurecimento das práticas, o conceito aproximou-se da perspectiva dos determinantes sociais em saúde, ou seja, os elementos de ordem econômica e social que afetam a situação de saúde de uma população, destacadamente, renda, educação, condições de habitação, trabalho, saneamento e meio ambiente. Juntamente com essas formas de ação, estão sendo articulados os conceitos de *empowerment*, *advocacy*, *accountability e governance*. Partindo desse quadro de referências, buscou-se desenvolver estudo qualitativo, alinhado a obtenção da compreensão de como se dá a relação saúde-atividade física (AF) na comunidade do Complexo São Marcos, Campinas? SP, bem como a exploração dos fatores do acesso limitado aos programas de atividade física. Para coleta dos dados, utilizou-se a técnica de grupos focais, realizados com mulheres freqüentadoras de instituições assistenciais locais. Para análise do material foi construído os respectivos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC), a partir do aplicativo QualiQuantSoft®, desenvolvido na Universidade de São Paulo. Do imenso volume de informações apreendidas nesta investigação, bem como de reflexões por elas sugeridas à luz da respectiva literatura técnica, avultam alguns aspectos para consideração. Dessa forma, os resultados e discussão são apresentados de acordo com três temas de interesse: Saúde Coletiva e Atividade Física (SCAF); aspectos atuais do Sistema Único de Saúde e Desigualdade Sociais; e Políticas Públicas e Participação Popular, nos quais são destacados os DSC resultantes. As conclusões do presente estudo destacam i) distanciamento da população estudada tanto para com as condições básicas de saúde e moradia como para demandas relacionadas à AF sistemática; ii) receptividade da inserção, num processo de empoderamento dos protagonistas sociais locais, do diálogo a partir de questões relacionadas à cotidianidade; iii) de forma geral, a dependência a programas governamentais que viabilizam verba mínima para manutenção de necessidades prioritárias à vida. Quanto à relação AF e saúde pode-se apontar a existência da compreensão de que AF é benéfica, a depender das características da sua prática, bem como relativo discernimento quanto ao atual aumento do sedentarismo, no entanto, apesar disso, ausência de AF no dia-a-dia das pessoas. Tais constatações são entendidas pelas próprias condições sociais descritas, mostrando que necessidades básicas para a cidadania, como situação de moradia e alimentação, são naturalmente priorizadas pelas comunidades carentes, à medida em que não são solucionadas por ações governamentais.

Palavras-chave: Promoção da saúde, Atividade física, Pesquisa qualitativa

ESTUDO XI

WARSCHAUER, M. Lazer e Saúde: As práticas corporais no Sistema Público de Santo André. Dissertação apresentada à Pós-Graduação da Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP: 2008.

Historicamente, a Educação Física tem sido vinculada à área da Saúde fundamentada em uma visão predominantemente biológica. Entretanto, nos últimos tempos, os enfoques que privilegiam as

necessidades sociais em saúde têm conquistado mais espaço. Nesse sentido, o propósito deste trabalho foi buscar subsídios no campo da Saúde Coletiva - área que dialoga com as ciências humanas e sociais - para compreender os limites e as possibilidades da implementação das práticas corporais via o Sistema Único de Saúde (SUS). A referência documental, institucional e política foi o projeto Lazer e Saúde, promovido pela Prefeitura de Santo André, no ABC paulista. Metodologicamente falando, adotamos a pesquisa qualitativa de modo a enfatizar a análise temática. O material coletado - entrevistas, diário de campo e observações - foi organizado no formato de matriz planejada, que nos orientou na construção de dois eixos de análise: o primeiro, denominado análise temática, possibilitou a identificação dos principais temas surgidos a partir das entrevistas e suas respectivas relevâncias; o segundo, denominado análise do sujeito, permitiu a visualização dos resultados sob o ponto de vista de cada sujeito, ou seja, pelos dados colhidos nas entrevistas, foi possível promover um "diálogo" entre a Educação Física e a Saúde Coletiva. Os resultados apontaram a intersetorialidade como um dos principais temas no processo de implementação das práticas corporais no sistema público de saúde, evidenciaram a importância da aproximação entre campos de produção de conhecimento e, especialmente, o papel da Educação Física como protagonista na pesquisa e na intervenção quando se trata do processo saúde-doença.

Palavras-chave: Educação física, Lazer, Práticas corporais, Promoção da Saúde, Saúde, Saúde coletiva

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)