

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

Felipe Freddo Breunig

**Se Educação Física é saúde, o que é saúde na Educação Física?
Uma discussão sobre concepções de saúde a partir do currículo do curso de
Bacharelado em Educação Física da ESEF/UFRGS**

**Porto Alegre
2010**

Felipe Freddo Breunig

**Se Educação Física é saúde, o que é saúde na Educação Física?
Concepções sobre saúde no currículo do curso de Bacharelado em Educação
Física da ESEF/UFRGS**

Monografia apresentada como requisito parcial para conclusão do curso de Bacharelado em Educação Física na Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Alex Branco Fraga

Porto Alegre

2010

AGRADECIMENTOS

O sofrido ritual que foi elaborar um TCC, que tem como tema a saúde, torna esta situação peculiar e paradoxal, na medida em que dirijo meus agradecimentos àqueles que me acolheram, ou que de alguma forma impediram que eu adoecesse.

Em primeiro lugar, à Fabiana, pelo amor, carinho, massagens nas costas, comidinha caseira, e por ter compreendido minha ansiedade, meus pesadelos noturnos e alguns momentos de falas desconexas.

Aos meus amigos e vizinhos da Casa do Estudante da UFRGS (CEU), por me lembrarem, no convívio interdisciplinar do dia-a-dia, que nenhum curso ou formação é mais ou menos importante que outro. E também, por me mostrarem que por trás da figura caricata de um estudante universitário sempre se esconde um ser humano capaz de ensinar muito mais do que aquilo que ele aprende no seu curso.

Ao professor Alex Fraga, pela orientação e confiança, mesmo nos momentos em que as idéias não estavam claras nem para mim mesmo.

Ao professor Mauro Pozatti, por mostrar a importância dos rituais, quando são feitos com intenção e coração. E também pela pergunta primordial de sua disciplina (mas afinal de contas, o que é saúde?), que de alguma forma possibilitou as primeiras reflexões que viriam a culminar com a realização deste trabalho.

Ao meu avô, Guerino Freddo, que há uns 45 anos atrás resolveu comprar uma gaita para meus tios aprenderem a tocar. Os anos se passaram, e quiseram as forças misteriosas da vida que esta gaita viesse parar em minhas mãos, e que eu também aprendesse a tocar... Não sei como eu teria passado por este momento sem a possibilidade de tocar gaita, de vez em quando, pra espairer das idéias....

RESUMO

O contexto atual na Escola de Educação Física da UFRGS é de intensos debates e reflexões. O tema central das discussões é a necessidade de se reunificar o curso de Educação Física, hoje dividido em Bacharelado e Licenciatura. Outro ponto-chave neste debate refere-se à necessidade de se reorientar a formação, no que tange o aspecto saúde, para os princípios e diretrizes do SUS. No sentido de contribuir para a construção de um currículo que tenha interface com a saúde coletiva, o objetivo central deste trabalho é compreender como aparece a idéia de saúde no currículo atual do curso de Bacharelado em Educação Física da ESEF-UFRGS. Trata-se de uma pesquisa documental com enfoque qualitativo, tomando como referencial o marco teórico da Saúde Coletiva. As fontes de pesquisa são: o projeto pedagógico do curso, os planos de ensino e súmulas das disciplinas que o compõem, entre outros documentos. A análise nos mostra que no currículo do curso a saúde é abordada, basicamente, a partir de três enfoques distintos: Um primeiro em que a saúde é profundamente centrada na dimensão individual e biológica, reforçando noções de normalidade e ausência de doenças; uma segunda abordagem que apresenta a saúde praticamente como sinônimo da Educação Física, dos elementos próprios da área, e seus locais de inserção, dentro de uma lógica de “mercadorização da saúde”; um terceiro olhar em que saúde aparece enquanto resultante de determinantes sociais, culturais, históricos e econômicos, tendo proximidade com a visão de saúde preconizada pelo SUS no Brasil. Aparentemente, as concepções do primeiro e segundo enfoques são as hegemônicas, visto que elas ocorrem predominantemente em disciplinas com maior impacto na graduação de Educação Física. Desta forma, consideramos que ainda existe um longo caminho a ser trilhado para adequarmos o currículo do curso de Educação Física aos princípios e diretrizes do SUS.

Palavras – chave: Formação em Educação Física, Concepções de Saúde, Saúde Coletiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	METODOLOGIA.....	10
3	PANORAMA HISTÓRICO CONTEMPORÂNEO DA EDUCAÇÃO FÍSICA.....	12
	3.1 DA EUROPA AO BRASIL: ORIGENS DA DISCIPLINA EDUCAÇÃO FÍSICA.....	12
	3.2 ORIGENS DA FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA NO BRASIL..	13
4	CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE.....	17
	4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA.....	17
	4.2 A EMERGÊNCIA DA PERSPECTIVA DA SAÚDE COLETIVA.....	20
5	A SAÚDE NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO FÍSICA.....	24
6	A SAÚDE E O ATUAL CURRÍCULO DO CURSO DE BACHARELADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA DA ESEF/UFRGS.....	28
	6.1 O CURSO DE BACHARELADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA DA ESEF/UFRGS.....	28
	6.2 DO PROJETO PEDAGÓGICO ÀS DISCIPLINAS.....	29
	6.3 O ENFOQUE CENTRADO NA BIOLOGIA E NO INDIVÍDUO.....	30
	6.4 EXERCÍCIO E ATIVIDADE FÍSICA: SINÔNIMOS DE SAÚDE.....	34
	6.5 SAÚDE, CULTURA E SOCIEDADE: APROXIMAÇÕES COM O SUS.....	38
	6.6 AS CONCEPÇÕES HEGEMÔNICAS.....	41
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
	REFERÊNCIAS.....	46

1 INTRODUÇÃO

A formação em Educação Física vem despertando o interesse de vários pesquisadores deste campo nos últimos anos em todo Brasil. O que se evidencia é a preocupação de alguns segmentos internos da área com a busca de um novo sentido político para os processos formativos que constituem a Educação Física enquanto campo de atuação profissional. Em torno deste tema, há uma intensa produção científica, oriunda das mais diferentes instituições de ensino superior da área, com os mais variados enfoques e concepções, gerando uma multiplicidade de debates e discussões no âmbito acadêmico (CASTELLANI FILHO, 1988; TAFFAREL, 1993; BETTI, 2002; GALLARDO, 2000; CALDEIRA, 2001; SOARES, 2007; TANI, 1996; MEDINA, 1983). De uma forma geral, busca-se compreender melhor a dimensão histórica que perpassa essa formação, assim como aspectos pedagógicos, conhecimentos, competências, questões sobre currículo, inserção profissional e sentidos dados à área Educação Física.

O contexto atual na Escola de Educação Física da UFRGS (ESEF-UFRGS) também é de intensos debates e reflexões. O tema central das discussões é a divisão da formação em Educação Física da UFRGS, que do ano 2005 em diante passou a ser oferecida a partir de dois cursos separados: Bacharelado e Licenciatura. Desde 2007 a comunidade esefiana vem discutindo os efeitos deste processo de fragmentação do curso de Educação Física, sendo que em junho de 2009 foi criada a Comissão de Reestruturação Curricular (CRC), responsável pela organização das discussões e sistematização das questões e encaminhamentos levantados. Após realização de alguns encontros abertos para docentes, discentes e técnico-administrativos da Escola, levou-se ao Conselho da Unidade (CONSUNI) da ESEF/UFRGS uma carta que sistematiza os principais pontos debatidos durante os encontros, enfatizando a necessidade de uma reunificação da formação, com dupla modalidade (Bacharelado e Licenciatura) (CRC, 2010)¹. Um dos principais motivos que justificam este processo de reunificação dos cursos, e reestruturação do currículo, diz respeito à restrição de conhecimentos e aprendizados imposta aos estudantes através da formação em cursos separados. Isto se dá na medida em que esta formação atual “limita o acesso a determinados conhecimentos da Educação

¹ Comissão de Reestruturação Curricular (CRC). **Carta ao Conselho da Unidade (CONSUNI) da Escola de Educação Física/UFRGS**. Porto Alegre: UFRGS, 9 de julho de 2010.

Física – como os pedagógicos para os bacharéis e do treinamento para os licenciados” (CRC, 2010, p.1). Desta forma, o que se busca é a construção de uma formação sólida, que seja alicerçada por um conjunto de habilidades e competências, globais e específicas, que darão a possibilidade ao egresso de “atender às demandas sociais de maneira contextualizada na realidade em que está inserido” (CRC, 2010, p. 2). Em agosto de 2010, o CONSUNI aprovou o oferecimento de um novo curso de Educação Física, com entrada única, e formação dupla. Em setembro deste mesmo ano, a Direção da Escola institui a Comissão Especial de Reestruturação Curricular, com a missão de apresentar, até dezembro deste ano, uma proposta de organização curricular para o novo curso de educação física.

Obviamente, o que está em jogo não é apenas a reunificação de dois cursos: trata-se de uma reestruturação, ressignificação e adequação destes cursos a esta nova formação que está se almejando na ESEF/UFRGS. Para sua construção, serão levados em conta tanto os aspectos mais operacionais (matriz curricular e carga horária, por exemplo), quanto as questões que se referem ao sentido que se quer dar para esta nova formação em gestação (um currículo que favoreça a construção de competências, ao invés da mera aquisição de conhecimentos; uma formação menos centrada na transmissão de conteúdos, e que se utilize de metodologias ativas).

Outro aspecto importante a ser considerado nesta reestruturação diz respeito à Educação Física em sua interface com a dimensão da saúde. Em 2005 é lançado o Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde), que prevê, em linhas mais gerais, uma reorientação da formação dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia para os princípios e a realidade do SUS (BRASIL, 2005). Em 2007 é lançada nova etapa do Programa, o Pró-Saúde II, cuja única alteração substancial em relação à primeira versão é que ele amplia sua validade para todas as áreas da saúde, incorporando, desta forma, a Educação Física em seu escopo². A UFRGS é participante deste Programa, fazendo com que os objetivos do mesmo sejam importantes elementos a serem considerados neste momento de reestruturação da formação em Educação Física na ESEF/UFRGS.

² O profissional de Educação Física é reconhecido como pertencente à área da saúde, conforme Resolução CNS nº 218, de 6 de março de 1997, do Conselho Nacional da Saúde (BRASIL, 1997).

Educação Física e saúde possuem uma relação histórica (SOARES, 2007), que contemporaneamente tem se constituído num ponto de tensionamentos. Neste contexto, alguns autores e autoras têm produzido trabalhos cuja tônica é o questionamento da forma hegemônica como a saúde vem sendo entendida e relacionada com a Educação Física (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2005; BRUGNEROTTO, 2008; CARVALHO 1995, 2001; BAGRICHEVSKY; PALMA; ESTEVÃO, 2003, 2006; BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO; PALMA, 2007; FRAGA 2006; FRAGA; WACHS, 2007). Questiona-se e denuncia-se um enfoque em saúde ainda inclinado ao modelo biomédico, bem como a sua influência na construção de diversos elementos que estruturam a Educação Física enquanto área de atuação profissional.

No entanto, a partir destes e outros questionamentos, também vem sendo incorporadas e produzidas na área outras concepções sobre saúde, que tem em comum a idéia de que este fenômeno vai muito além das fronteiras da dimensão biológica e individual, constituindo-se assim num “conjunto de elementos associados ao suprimento das necessidades humanas” (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2005, p. 71).

Quanto aos currículos atuais oferecidos na ESEF/UFRGS, mais do que nunca cabe nos perguntarmos como é tratada a questão da saúde neles. Mais especificamente, cabe questionar o aspecto da saúde no currículo do curso de Bacharelado, já que o projeto pedagógico deste o classifica como pertencente à área da saúde, ao contrário do curso de Licenciatura, cujo enfoque evocado no projeto pedagógico é a Educação (COMGRAD, 2010)³. Os projetos também apresentam resoluções e diretrizes diferentes para cada um dos cursos.

Questionar este aspecto, indagar sobre os significados atribuídos a própria idéia de saúde, torna-se crucial, já que “a resposta indica posições marcantes a respeito da compreensão do fenômeno e, conseqüentemente, da tomada de decisões”, além de nos permitir “pensar os limites do conceito em relação à realidade” (PALMA; ESTEVÃO; BAGRICHEVSKY, 2003, p. 15).

Com a intenção de proporcionar novos subsídios para as discussões sobre formação que estão ocorrendo na ESEF/UFRGS, e no sentido de fornecer novos

³ Comissão de Graduação em Educação Física (COMGRAD). **Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Educação Física**. Porto Alegre: UFRGS, 2010. Apresenta os principais princípios norteadores do curso, sua estrutura e organização curricular.

elementos para a construção de um currículo de Educação Física em interface com a perspectiva da Saúde Coletiva e os princípios do SUS, o objetivo deste trabalho é compreender como aparece a idéia de saúde no atual currículo do curso de Bacharelado em Educação Física da ESEF/UFRGS. Dentre os muitos aspectos que poderiam ser discutidos, nos detemos em responder as seguintes questões específicas: Que conhecimentos, pressupostos e enfoques são relacionados com o fenômeno saúde no âmbito das disciplinas do curso? Que noções sobre o processo saúde-doença estão implicadas nestas formulações? De que forma estas concepções sobre saúde são incorporadas no currículo?

No capítulo dois do trabalho explico o caminho metodológico que construímos para dar conta dos objetivos e questionamentos acima propostos.

O terceiro capítulo consiste numa contextualização histórica na qual abordo o contexto histórico e político relacionado ao desenvolvimento da Educação Física enquanto disciplina e área de atuação profissional no Brasil.

Tendo como referências trabalhos pautados pela perspectiva da Saúde Coletiva, no capítulo quatro contextualizo algumas das principais concepções de saúde presentes na contemporaneidade, operacionalizando-as na sua interface com a Educação Física (capítulo cinco).

Já no sexto capítulo desenvolvo algumas possibilidades analíticas do nosso objeto em questão, através da dialética entre as categorias empíricas que criamos, e uma compreensão teórica mais ampla.

O último capítulo apresenta as considerações finais desta monografia.

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa é de cunho qualitativo, desta forma, não possui hipóteses pré-concebidas - elas foram elaboradas a partir das observações (THOMAS, 2002).

O referencial teórico foi construído a partir do marco conceitual da Saúde Coletiva, que pressupõe o campo de saberes relacionado à saúde enquanto possuidor de uma historicidade, originada da articulação entre a estrutura social e suas instâncias econômicas e político-ideológicas (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

O lócus da pesquisa são os documentos que alicerçam o currículo do curso de Bacharelado em Educação Física da UFRGS. Silva (2000) afirma que, nas teorias tradicionais de currículo, existe certa preocupação em definir precisamente o que é currículo, no sentido de demarcar ao máximo os seus limites, no intuito de aproximar-se de algo que se pressupõe como verdade única. Já na perspectiva do autor supracitado, “aquilo que o currículo é depende precisamente da forma como ele é definido pelos diferentes autores e teorias” (SILVA, 2000, p. 14).

Aqui o currículo é entendido como o espaço de práticas discursivas estruturado no âmbito das disciplinas que compõem a matriz curricular do curso. Para fins de adequação prática com o objeto teórico que foi delineado (MINAYO, 2004), delimitamos nossa fonte de consulta às informações fornecidas pelos documentos que formalizam o currículo do curso: projeto pedagógico, matriz curricular, súmulas e planos de ensino das disciplinas. As informações também foram trianguladas com outras produções escritas, referentes ao currículo do curso, conforme as necessidades criadas pelo processo de análise. Desta forma, esta pesquisa é do tipo documental, compreendendo assim a coleta, classificação, seleção difusa e utilização de informações pertinentes de toda espécie, o que compreendeu a adoção de técnicas e métodos que facilitaram sua busca, e identificação (FACHIN, 2001).

A matriz curricular do curso é composta de 99 disciplinas, das quais 69 as súmulas estavam disponíveis. E destas, 66 tinham plano de ensino. Estas informações constam no site da UFRGS.⁴

⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Informações Acadêmicas da Graduação: Currículo BACHARELADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA.** Disponível em: <<http://www1.ufrgs.br/graduacao/xInformacoesAcademicas/curriculo.php?CodCurso=314&CodHabilitacao=132&CodCurriculo=1&sem=2010022>>. Acesso em: 18 nov. 2010. Os planos de ensino são disponibilizados apenas

A súmula consiste numa breve descrição das propostas mais gerais da disciplina (área de inserção, objetivo, conteúdo a ser abordado), que pode ser associada à ementa. Já o plano de ensino é uma explicação mais detalhada acerca do funcionamento interno de cada disciplina. De maneira padronizada, este documento contém os seguintes itens: dados de identificação, objetivo geral, objetivos específicos, conteúdo programático, metodologia, carga horária, experiências de aprendizagem, critérios de avaliação e bibliografia.

A primeira estratégia de exploração das fontes de consulta foi realizar uma busca da palavra saúde em tais documentos. Quando encontrada tal ocorrência, era procedida a leitura e catalogação da mesma, de acordo com o contexto e os elementos que estavam relacionados com a palavra saúde. As semelhanças e diferenças encontradas nas fontes nos serviram de critério para a criação de três categorias empíricas. Minayo (2004, p. 94) afirma que este tipo de categoria tem “a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica”, fazendo com que se compreenda as mesmas num quadro teórico mais amplo. Partindo de uma contextualização histórica e política das principais concepções sobre saúde presentes na contemporaneidade (a ser discutida nos próximos capítulos), iniciamos o desenvolvimento analítico. Paralelamente, as fontes de consulta tornavam a ser exploradas, tanto aquelas catalogadas no primeiro momento, quanto aquelas que não foram, inclusive adotando fontes complementares, conforme a necessidade de consistências e adensamento que o processo analítico ia nos impondo. Estas fontes foram: a lista com locais oferecidos para estágio⁵ aos estudantes matriculados, no semestre corrente, na disciplina Estágio em Atividades Físicas e Saúde; a carta elaborada pela Comissão de Reestruturação Curricular, e dirigida ao CONSUNI.

pelo “portal do aluno”, uma área dentro do site cujo acesso é restrito aos graduandos da Universidade, mediante cadastro e código de acesso.

⁵ Comissão de Graduação em Educação Física (COMGRAD). **Requerimento de Matrícula Estágio em Atividades Físicas e Saúde: Locais oferecidos para Estágio em Atividades Físicas e Saúde**. Porto Alegre: UFRGS, 2010. Este documento foi enviado via e-mail pela COMGRAD para os acadêmicos matriculados no referido estágio, antes do início das atividades do mesmo.

3 PANORAMA HISTÓRICO CONTEMPORÂNEO DA EDUCAÇÃO FÍSICA

3.1 DA EUROPA AO BRASIL: ORIGENS DA DISCIPLINA EDUCAÇÃO FÍSICA

Com a consolidação do Estado burguês e da sociedade do capital, na Europa do século XIX, a Educação Física passa a ter um papel de destaque no projeto de sociedade que se estruturava. A própria área é elaborada em consonância com este projeto. Segundo Soares (2007), neste contexto a Educação Física passa a ser protagonista da produção da saúde dos corpos do homem novo que deveria ser construído a fim de suportar a nova ordem social, política e econômica instaurada, tornando-se “receita e remédio para curar os homens de sua letargia, indolência, preguiça, imoralidade, e, desse modo, passa a integrar o discurso médico, pedagógico” (SOARES, 2007, p.6).

Pautada por uma noção de corpo exclusivamente embasada na dimensão anátomo-fisiológica, a então nova disciplina passa a ser integrada ao discurso médico-higienista. As classes populares passam a ser concebidas pela elite como detentoras de hábitos imorais e nocivos a saúde, fazendo com que a Educação Física passe a ser “um dos instrumentos capazes de promover uma assepsia social” e a moralização dos hábitos (SOARES, 2007, p.11).

Segundo Castellani Filho (1988), a história da Educação Física no Brasil se confunde, em muitos momentos, com a história militar. O autor apóia esta idéia no fato de que, durante o século XIX e início do século XX, muitas escolas para a preparação militar foram fundadas no Brasil, a partir da introdução, estruturação e difusão de métodos ginásticos. Posteriormente, algumas destas instituições deram origem a Escolas de Educação Física, havendo, inclusive, muitos militares responsáveis pela formação dos primeiros professores civis de Educação Física no país (CASTELLANI FILHO, 1988). O autor ainda afirma que, por ser marcada por influências do positivismo e seus ideais de manutenção da ordem social e busca do progresso, “a Educação Física no Brasil, desde o século XIX, foi entendida como um elemento de extrema importância para o forjar daquele indivíduo ‘forte’, ‘saudável’, indispensável à implementação do processo de desenvolvimento do país” (CASTELLANI FILHO, 1988, p.39).

É este cenário que legitima a incorporação da Educação Física, enquanto disciplina, nos espaços escolares brasileiros. Concebida naquele período como

“ginástica”, é introduzida no ambiente escolar a partir das reformas educacionais do ano de 1854, que a tornaram obrigatória nos programas curriculares (ESPIRITO SANTO, 2004). Mas na prática, segundo o autor, ela não é implementada, devido a ausência de professores e a resistência da elite da época em aceitar que seus filhos praticassem uma atividade oriunda das instituições militares. De fato, a Educação Física fica restrita, até a década de 1930, as escolas da então capital da República, Rio de Janeiro, e as escolas militares (BETTI, 1992).

3.2 ORIGENS DA FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA NO BRASIL

No período compreendido entre o final do século XIX e início do século XX, a formação de professores em Educação Física no Brasil estava diretamente associada as instituições militares. É só no início da década de 1930 que ocorrem as primeiras tentativas de se sistematizar a formação de professores civis de Educação Física, com a fundação de departamentos e escolas de Educação Física nos estados de São Paulo e Espírito Santo (PIRES, 2006). Neste período, a grande influência é do pensamento eugenista.

A Educação Física se viu contemplada neste projeto de regeneração do povo brasileiro e passou a ser merecedora de grande destaque, visto que poderia co-participar e, por assim dizer, transformar os nossos habitantes em um povo: viril, corajoso e ao mesmo tempo fiel, obediente e dócil, que, segundo o discurso ideológico e dominante da época, era tão indispensável ao desenvolvimento da nação. Vislumbrava-se dar extrema atenção a uma boa preparação física e moral da população brasileira, procurando promover a saúde, através de uma prática que pudesse proporcionar estes valores (PIRES, 2006, p. 181).

A partir deste período, a Educação Física passa a se estruturar enquanto formação profissional, tendo este caráter reconhecido nacionalmente a partir de legislações que a regulamentaram e modificaram sua estrutura ao longo do século XX.

Souza Neto et al. (2004) identificam, a partir da legislação federal, quatro momentos distintos que proporcionaram um profundo impacto no cenário da formação em Educação Física no Brasil: o período compreendido entre 1939 e 1945, em que se constituiu o “campo” Educação Física; o período entre os anos 1945 e

1969, em que se promoveu uma revisão do currículo; a fase entre os anos 1969 e 1987, marcada pela elaboração do currículo mínimo e a questão da formação pedagógica; e o período a partir do ano de 1987, ano o qual se propõe pela primeira vez uma formação dividida em Licenciatura e Bacharelado.

Em 1939 é criada a Escola Nacional de Educação Física e Desportos, por meio do decreto-lei n. 1.212, que estabelece as primeiras diretrizes para a formação profissional. A partir de então, passa a ser oferecida uma formação com as seguintes ênfases: instrutor de ginástica, médico especializado em educação física, técnico em massagem/técnico desportivo e professor de educação física. O curso para formação de professor de educação física durava dois anos, as demais modalidades de formação duravam um ano. Todos estes cursos eram compostos por “um núcleo de disciplinas básicas e um conjunto de matérias específicas em função da modalidade de atuação profissional pretendida” (SOUZA NETO et al., 2004). Paralelo a isso, “pode-se dizer que a formação do professor é a de um técnico generalista, mas carregada no compromisso de ser um educador” (SOUZA NETO et al., 2004, p. 117).

Em 1945, com o decreto-lei n. 8.270, a formação do professor passa a ter duração de três anos. Ao se comparar as propostas deste decreto com aquelas do decreto de 1939, “alguns aspectos se repetem ou são muito semelhantes, outros, porém, sofrem uma mudança radical, dando uma configuração própria para cada um dos cursos” (SOUZA NETO et al., 2004, p. 117).

Em 1961, com a Lei de Diretrizes e Bases – LDB, n. 4.024/ 61, passa-se a ter um currículo mínimo, com “um núcleo de matérias que procurasse garantir formação cultural e profissional adequadas” (SOUZA NETO, 2004, p. 117). Além disso, passa a se exigir que 1/8 da carga horária do curso seja voltada para a formação pedagógica, desta forma fortalecendo a formação do professor enquanto educador (SOUZA NETO, 2004).

Em 1969, com o parecer do Conselho Federal de Educação (CFE) n. 894/69 e a resolução CFE n. 69/69, a formação de professores se restringe apenas aos cursos de educação física e de técnico de desportos, com previsão de três anos de duração, e carga horária mínima de 1800 horas-aula. São reduzidas as “matérias básicas de fundamentação científica” (SOUZA NETO, 2004, p. 117). Além disso, “os saberes relativos ao conhecimento esportivo ganham destaque bem como a parte

didática com ênfase mais específica voltada para a formação do professor” (IDEM, IBIDEM).

Através do parecer nº 215/87, e da resolução nº 03/87, o CFE determina que o currículo mínimo deixa de ser concebido a partir de um conjunto de disciplinas obrigatórias, e sim a partir de áreas do conhecimento. Isto representou certa autonomia as Instituições Superiores de Educação Física (ISEFs), pois as mesmas passam a poder constituir as disciplinas e matérias de suas grades curriculares (AMARAL et al., 2006). A carga horária mínima passou para 2880 horas/aula, e também se possibilitou a titulação em Licenciatura e/ou Bacharelado:

Nesse momento, apresentou-se a concepção de dois profissionais distintos com formações específicas, desencadeando um grande debate, em termos de intervenção, área de atuação e perspectivas de formação, obtendo um redimensionamento no próprio mercado de trabalho que até então não fazia distinção entre os profissionais. (BENITES; SOUZA NETO; HUNGER, 2008, p.346)

No entanto, na prática, muitas universidades optaram pela adoção de um único curso com a concepção de Licenciatura ampliada em Educação Física, “em virtude de contemplar uma formação que não ficava restrita à escola” (BENITES; SOUZA NETO; HUNGER, 2008, p.346).

A partir da Lei n.º 9394/96 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBEN 1996), são propostas novas orientações na elaboração dos currículos dos cursos de Ensino Superior, sendo garantida às IES bastante autonomia neste processo. Esta legislação também se apresenta como “um novo desenho curricular para a área da Educação e uma nova perspectiva para a formação em Educação Física, marcados por um novo fenômeno, o profissionalismo” (PIRES, 2006, p.188).

No ano de 2002, através das resoluções nº 1/2002 e nº 2/2002, o Conselho Nacional de Educação (CNE) estabelece novas normas, fazendo com que a Licenciatura passe a se chamar formalmente de Formação de Professores na Educação Básica (BRASIL, 2002). No ano de 2004, a resolução nº 7/2004 do CNE determina que o Bacharelado passe a se chamar oficialmente de Graduação na Educação Física (BRASIL, 2004). Quanto a esta última resolução, cabe aqui fazer alguns comentários.

A partir de suas proposições percebemos uma preocupação explícita com a questão da saúde, ao ser estabelecido que o graduado deve pautar seus

conhecimentos e intervenções focado “nas perspectivas da prevenção de problemas de agravo da saúde, promoção, proteção e reabilitação da saúde” (BRASIL, 2004, p.1).

Ela também estabelece que os conteúdos curriculares devem ser estruturados levando em conta duas áreas de conhecimento, chamadas de Formação Ampliada e Formação Específica.

A formação ampliada dá conta de saberes sob três perspectivas: conhecimentos da “relação ser humano-sociedade”, conhecimentos da biologia do homem, e “produção do conhecimento científico e tecnológico” (BRASIL, 2004, p.3).

Já a formação específica também contempla três ênfases distintas: conhecimentos “culturais do movimento humano”, das dimensões “técnico-instrumental”, e didático-pedagógica (BRASIL, 2004, p.3).

Outro ponto importante desta resolução é o artigo 7º:

Caberá à Instituição de Ensino Superior, na organização curricular do curso de graduação em Educação Física, articular as unidades de conhecimento de formação específica e ampliada, definindo as respectivas denominações, ementas e cargas horárias em coerência com o *marco conceitual* e as competências e habilidades almejadas para o profissional que pretende formar (BRASIL, 2004, p. 3, grifo nosso).

Isto nos mostra um direcionamento da área para a questão da saúde, ao passo que também se estabelece certa autonomia para as IES estabelecerem seus marcos conceituais, competências e habilidades desejadas. Diante disso, é possível supor que a autonomia concedida as IES para moldarem seus currículos e conteúdos também se aplica quanto as concepções e sentidos dados para a idéia de saúde que irá se adotar.

4 CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE

4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

A idéia de saúde-doença no Ocidente, e os aspectos relacionados com essa idéia, podem ser inicialmente compreendidos a partir da civilização grega antiga. A mitologia, assim como a filosofia e a observação empírica, proporcionaram as primeiras explicações sobre saúde, relacionando-a com diferentes aspectos individuais e coletivos, tais como: alimentação, paixões, condições de vida, relação com o ambiente, harmonia com as forças da natureza (BATISTELLA, 2007; BRUGNEROTTO, 2008). É no seio desta cultura, mais especificamente nas pólis (cidades) gregas, que nasce um primeiro modelo de intervenção em saúde: a medicina de Hipócrates (BRUGNEROTTO, 2008).

Já na Europa da Idade Média, saúde ou doença passam a ser entendidos a partir de outra conotação. Com a ascensão do cristianismo, através da consolidação do poder da Igreja Católica, passa-se a ter a visão de saúde relacionada a uma vida regrada de acordo com os princípios cristãos ditados por esta instituição. A partir disso, “as doenças passaram a ser entendidas como castigo de Deus, expiação dos pecados ou possessão do demônio” (BATISTELLA, 2007, p. 34).

Com o advento da Renascença, e posteriormente o Iluminismo, o pensamento científico, passo-a-passo, vai se tornando a forma hegemônica de explicar o mundo. Nesta perspectiva, a visão cristã vai perdendo terreno, sendo que o enfoque sobre saúde-doença é profundamente influenciado e alterado pelas ciências empíricas que observavam o corpo racionalmente e anatomicamente (BRUGNEROTTO, 2008).

A ênfase centra-se no corpo humano individual, que a partir do mecanicismo de Descartes, passa a ser concebido como uma máquina composta por vários mecanismos de ordem biológica, química ou física. A saúde é então vista como o funcionamento normal desta máquina, sendo a doença entendida como o mau funcionamento, ou avaria, de algum mecanismo específico (CAPRA, 1982). É a partir deste cenário que “passam a ser desenvolvidos estudos de anatomia, fisiologia, e de individualização da descrição das doenças, fundada na observação clínica e epidemiológica” (BATISTELLA, 2007, p. 39). Neste cenário inicia-se a construção da medicina moderna.

No final do século XIX, com a descoberta de que as bactérias eram agentes causadores de várias doenças, inicia-se a era bacteriológica, que imprime novas mudanças na forma de se perceber a saúde e a doença:

O surgimento da microbiologia denotava a própria expressão da revolução científica no campo da saúde, e como tal, representou um reducionismo do fenômeno, enfatizando seus aspectos verificáveis. A subjetividade dá lugar à objetividade na definição da doença, a abordagem qualitativa é subordinada às análises quantitativas. (BATISTELLA, 2007, p. 44)

Este momento significou a consolidação de um modelo de explicação da doença a partir de uma única causa (unicausalidade), de caráter biológico, e representável por aspectos objetivos e relacionados à bioestatística.

São estes os alicerces conceituais que vão possibilitar a emergência do modelo biomédico, ainda influente na medicina científica moderna, entre outras áreas da saúde, caracterizado pelo centramento na idéia de saúde enquanto ausência de doenças (CAPRA, 1982).

Apesar de neste tipo de concepção não haver a necessidade de se conceituar ou entender explicitamente a saúde (já que ela é entendida implicitamente como ausência de doenças), é a partir deste enfoque que surge um primeiro esforço contemporâneo de se conceituar a saúde.

O filósofo americano Christopher Boorse, a partir de uma epistemologia naturalista, define a saúde como o “desempenho da função natural de cada parte” do organismo (BOORSE, 1975⁶ apud ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002, p. 881). Nesta visão, a apreensão da funcionalidade natural de cada órgão, ou sistema orgânico específico, se dá apoiada em dados estatísticos. Para cada parte do corpo humano haveria um determinado padrão que seria considerado normal, ao ocorrer na maioria da população. Na concepção bioestatística de Boorse, é inaceitável qualquer visão positiva sobre saúde, além de também se excluir qualquer dimensão valorativa para se compreender o fenômeno (BATISTELLA, 2007). Portanto, nesta identificação entre saúde e normalidade, não existem espaços para o aspecto do sofrimento individual (CAPONI, 2003).

Neste sentido, na epistemologia médica de Canguilhem (2006) podemos perceber uma crítica a este modo reduzido de enxergar saúde apenas a partir de

⁶ BOORSE, Christopher: On the Distinction between Disease and Illnes. *Philosophy and Public Affairs*. Num. 5. p..40-68. 1975

dados quantificáveis e objetivos. Ele considera impossível associar saúde com normalidade, e anomalia com patologia, e compreende o organismo na relação com o seu meio. Desta forma, saúde é a “margem de tolerância ou de segurança que cada um possui para enfrentar e superar as infidelidades do meio” (CANGUILHEM, 2006, p. 148).

Ao levarmos em consideração aspectos mais subjetivos, em oposição às perspectivas que só consideram os dados objetivos relacionados com a saúde, que surgem outros modos de concebê-la. Trata-se das concepções que consideram saúde enquanto bem-estar ou qualidade de vida.

Um primeiro esforço nesse sentido aconteceu com a criação da OMS (Organização Mundial da Saúde), em 1948. Em seu documento de constituição, consta que a saúde pode ser entendida como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (BATISTELLA, 2007, p.57). Apesar de representar um avanço esta tentativa de superação do enfoque biomédico, existem muitas críticas que recaem sobre esta definição. Batistella (2007) afirma que o caráter utópico e pouco dinâmico da expressão “completo bem-estar” a torna inatingível para uso em serviços de saúde, enquanto meta. Já Palma; Estevão; Bagrichevsky (2003) dizem que a dimensão do social, da maneira como é evocada nesta definição, não representa sua dinamicidade e importância para a compreensão do fenômeno saúde.

Outra tentativa de ruptura ocorreu através da criação de uma proposta de atenção a saúde chamada de “Promoção de saúde”. Seu desenvolvimento inicia-se nos últimos quarenta anos, através de uma mudança na forma de conceituar a saúde, que foi provocada pela crise do paradigma médico (PALMA; ESTEVÃO; BAGRICHEVSKY, 2003). Assim, o primeiro ponto que se ressalta ao se pensar nesta proposta, é “as interrelações com a equidade social” (PALMA; ESTEVÃO; BAGRICHEVSKY, 2003, p. 25). Compreende-se, neste contexto, que a saúde, para além de circunstâncias individuais, deve ser pensada levando-se em conta a perspectiva das políticas públicas saudáveis (BUSS, 2000).

Sobre esta perspectiva, Buss (2000, p. 174) afirma que ela

implica uma abordagem mais complexa, devendo ser compreendida como uma (re) formulação inovadora tanto do conceito de saúde quanto do conceito de Estado (e, portanto, de política pública) e de seu papel perante a sociedade. [...] Nesse marco, a intervenção visa

não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida, acarretando uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade: eis a essência das políticas públicas saudáveis.

Um marco de referência deste movimento é a Conferência Internacional de Promoção da Saúde de Otawa, no Canadá, em 1986. Neste evento, que reuniu representantes da OMS, de órgãos governamentais canadenses e de diversos outros países, foi elaborado um documento (a Carta de Otawa) que alicerçou os princípios doutrinários do movimento, balizando a passagem dos mesmos do discurso para a prática (RESTREPO, 2001). Os principais pontos desta proposta foram: a integração entre saúde e políticas públicas; gestão deste sistema mediante a participação comunitária; reorientação dos sistemas de saúde; intervenção e mudanças nos estilos de vida (RESTREPO, 2001).

No entanto, a emergência do movimento pela Promoção da Saúde coincidiu cronologicamente com o recuo das sociais-democracias na Europa, frente à ascensão do neoliberalismo, o que gerou um desmantelamento das políticas de saúde e bem-estar (PALMA; ESTEVÃO; BAGRICHEVSKY, 2003). Isto acarretou um foco mais centrado em intervenções voltadas para mudanças de comportamento individual, ao invés de se considerar estratégias políticas populacionais, fazendo com que o movimento assumisse muitas vezes “um papel ‘fascista’ ao impor certos estilos de vida, além, de se converter num ‘imperialismo da Saúde’, uma vez que se apodera do que é considerado positivo da vida” (PALMA; ESTEVÃO; BAGRICHEVSKY, 2003, p. 27).

4.2 A EMERGÊNCIA DA PERSPECTIVA DA SAÚDE COLETIVA

De fato, a partir da década de 1960 ocorre a emergência de várias análises que buscam dar uma nova ênfase para a questão da saúde, buscando relacioná-la com a produção social e econômica da sociedade (BATISTELLA, 2007).

No Brasil, mais especificamente na década de 1970, surge o Movimento Sanitário, em contraponto ao modelo de atenção a saúde que vigorava no país desde o golpe de 1964. De acordo com DA ROS (2006), o modelo vigente podia ser caracterizado como positivista, unicausal, privatista, e voltado aos interesses do capitalismo. Já o Movimento Sanitário pleiteava uma atenção à saúde

descentralizada dos hospitais, acessível a toda população, sendo um dever do Estado patrociná-la.

É neste cenário que é criado um “conceito ampliado” de saúde. Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), realizada em Brasília, foi elaborada a seguinte definição:

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986:4).

Com o fim da ditadura, a promulgação da Constituição Federal de 1988, e posterior homologação da Lei Orgânica nº 8.080 de 1990, é criado um novo modelo de atenção à saúde no país: tratava-se do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os seus princípios e diretrizes, pode-se destacar: a universalidade de acesso aos seus serviços; atenção baseada na idéia de equidade e integralidade (BRASIL, 1988).

Nas diretrizes e princípios deste novo sistema, unificado e descentralizado, buscou-se contemplar uma idéia de saúde consonante com o “conceito ampliado”, elaborado na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986. Buscou-se uma ampliação da concepção de cuidado em saúde, tanto no nível individual, quanto no familiar e comunitário (MENDES, 1999).

Quanto à questão da integralidade, Machado et al. (2007, p. 336) afirma que ela só é possível se compreendermos cada pessoa como “sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere”. Assim, se assume que, ao falarmos do processo saúde-doença na perspectiva da integralidade, é impossível considerar apenas uma dimensão deste processo. Ao contrário, deve-se perceber a totalidade das experiências que constitui o viver humano. Isto implica profundas consequências na prática em saúde dos diversos profissionais que trabalham neste sistema, uma vez que terão que levar em conta na sua práxis aspectos que vão muito além de qualquer atividade específica restrita a sua área de formação e atuação. A integralidade pressupõe uma atuação voltada para a pessoa como um todo, nos seus múltiplos aspectos e necessidades. Para que isso aconteça, e para que os profissionais estejam em sintonia neste olhar

voltado para a singularidade de cada sujeito, é fundamental uma prática que seja pautada pela interdisciplinaridade. É necessário que se aprenda a trabalhar dentro desta lógica de atenção.

No entanto, tem-se constatado que existe uma grande distância entre a formação dos profissionais da saúde e as necessidades do SUS (NUNES, 1994), já que em muitas Instituições de Ensino Superior prevalecem modelos de atenção a saúde centrados no organismo, nas altas tecnologias, e alheios as necessidades sociais (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Uma importante estratégia para mudar este quadro foi a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde (exceto Medicina Veterinária, Psicologia, Educação Física e Serviço Social), entre os anos 2001 e 2004. A partir do consenso daqueles que criticavam a educação dos profissionais da saúde, entendendo que a abordagem hegemônica em saúde se constitui de um modo medicalizante, procedimento-centrado e biologicista, propuseram-se diretrizes no sentido de se afirmar “que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 1402).

No entanto, estas diretrizes tem se constituído apenas em meras recomendações as IES, em face da extrapolação do entendimento da autonomia universitária prevista pela LDBEN de 1996 (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Sobre esta questão, os autores argumentam que:

A universidade não pode ser independente da regulação e direção política do Estado, e é papel dos governos, particularmente do governo federal, desenvolver políticas que induzam explicitamente as universidades ao cumprimento de seu papel social. A universidade exerce um mandato público, socialmente outorgado, e não uma soberania acadêmica como se a formação profissional superior, a produção de conhecimento, a produção científica e tecnológica ou a promoção da informação, da arte e da cultura pudessem ser independentes dos interesses da sociedade ou da sua relevância pública (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 1402-1403).

Este cenário fez com que o governo federal elaborasse recentemente programas específicos para fomentar e estimular a aderência dos cursos da área da saúde às DCN, contribuindo para a superação do “caldo de cultura que amplia as

barreiras para a implementação de projetos curriculares afinados com os pressupostos da saúde coletiva” (WACHS; VIEIRA; FRAGA, 2010, p. 7)⁷.

Um destes programas é o Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde). Lançado através da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005, o projeto prevê uma reorientação da formação, pautado nos seguintes objetivos: habilitação de profissionais aptos para responder as necessidades da população brasileira, e a operacionalização do SUS; criação de mecanismos de cooperação entre gestores do SUS e as IES; incorporação à formação das perspectivas da abordagem integral do processo saúde-doença, e da promoção de saúde; ampliação da prática educacional na rede de atenção básica a saúde (Brasil, 2005).

O Programa era voltado, na época, apenas aos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem. No ano de 2007 é lançada uma segunda versão do Programa, o Pró-Saúde II, através da Portaria Interministerial MS/MEC nº3.019, de 27 de novembro de 2007, que prevê sua ampliação para todas as áreas da saúde.

Desta maneira, o programa representa um avanço em termos de política de formação. E ao mesmo tempo, um desafio para a formação em Educação Física, especificamente, que terá muitos dos seus pressupostos e axiomas hegemônicos questionados a partir desta inserção no campo da Saúde Coletiva.

⁷ WACHS, Felipe; VIEIRA, Adriane; FRAGA, Alex Branco. Políticas de Reorientação da Formação de Profissionais da Saúde no Brasil. 2010. Artigo submetido a revista.

5 A SAÚDE NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO FÍSICA

Devide (2002) identifica duas tendências principais de entendimento da relação Educação Física e saúde na atualidade: a “Promoção da Saúde”, preocupada em perceber, de forma crítica, os vários fatores que influenciam a saúde, não se restringindo apenas a questão da prática do exercício físico; e a “Aptidão Física Relacionada à Saúde”, na qual a relação saúde e Educação Física acontece através do conceito de aptidão, que é apoiado basicamente em parâmetros fisiológicos.

As discussões propostas pela tendência “Promoção da Saúde” estariam identificadas com um documento produzido pela Organização Mundial da Saúde em 1984, intitulado “Health Promotion: a discussion document of the concept and principles”, que serve de princípio para quatro questões básicas sobre a saúde abordadas nesta tendência: “a sua multifatoriedade, a desmedicalização, a educação para a saúde e o seu caráter coletivo” (DEVIDE, 2002, p.79).

Na tendência “Aptidão Física Relacionada à Saúde”, os autores entendem que a Educação Física relaciona-se com a saúde “basicamente através da aptidão física, consubstanciados pelos benefícios fisiológicos dos exercícios, provocados pela adoção de um estilo de vida ativo” (DEVIDE, 2002, p.79). Esta linha possui uma série de críticas: redução da saúde à dimensão estritamente biológica; individualização da responsabilidade pela aptidão, e conseqüente melhoria da saúde, desconsiderando outros fatores que não dependem do indivíduo, assim resultando num processo de culpabilização da vítima; simplificação da relação exercício-saúde (DEVIDE, 1996).

(BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2005) afirmam que é notória na Educação Física a prevalência de abordagens focadas apenas em determinantes biológicos do processo saúde-doença, em detrimento de possíveis determinantes sócio-culturais ou econômicos:

A dimensão exultada nessa tendência hegemônica é a da ‘atividade física associada à saúde’, compreensão esta, prevalente em boa parte das publicações acadêmicas na área e que busca advogar a existência de uma relação de ‘causa e efeito’, quase exclusiva, entre ‘exercício’ e ‘saúde’. Em outras palavras, para tais estudos, a saúde poderia ser tomada, à priori, como conseqüência de efeitos

fisiológicos (mensuráveis quantitativamente) produzidos pela prática regular de atividades físicas (p.66).

PALMA; ESTEVÃO; BAGRICHEVSKY (2003) afirmam que, apesar de existir um número considerável de estudos que estabelecem uma relação causal entre a prática de exercícios e a ocorrência de uma variedade de doenças, a abrangência desta inferência causal pode ser questionada. Isto porque a epidemiologia e a estatística não são capazes de dizer exatamente qual a direção desta relação, além de se considerar extremamente problemática a afirmação de que o exercício gera “saúde” em quem já está “saudável”. Mira (2003) sintetiza estas incertezas com o seguinte questionamento: é o exercício físico que causa a saúde, ou é a saúde que leva ao exercício?

De fato, neste cenário de práticas pautadas por um olhar que vê predominantemente mecanismos biológicos, dados estatísticos, e movimentos padronizados, o sujeito e sua história de vida acabam sendo meros detalhes (CARVALHO, 2001). Acaba por se enquadrar a pessoa em algum padrão, baseado em algum critério epidemiológico ou funcional. Em outras palavras, se define o “sujeito de modo muito claro: atleta, não-atleta, sadio, etc.” (CARVALHO, 2001, p. 13).

No sentido de perceber a associação entre atividade física e saúde de uma forma mais crítica, considerando outras dimensões para além da biológica, Carvalho (IBIDEM) sugere que

ao se propor um programa de atividade física, não poderia ele ser um programa cujo conteúdo priorizasse a relação atividade física e saúde, a atividade física visando a saúde mas a proposta seria fundamentada na idéia de que é o conhecimento e a experiência do homem com a cultura corporal que possibilitam a ele manifestar-se, expressar-se visando a melhoria de sua saúde (p.11).

Uma consequência por vezes resultante desta forma acrítica de perceber a relação atividade física e saúde é a culpabilização do indivíduo. Ou seja, ao se perceber a saúde como ausência de doenças, sendo este estado unicamente resultante de benefícios fisiológicos decorrentes da prática individual de atividades físicas e exercícios, se constrói o entendimento de que cada pessoa deve fazer a sua parte, e manter-se fisicamente ativa. Apesar de não discordar da idéia de que há benefícios decorrentes da prática sistemática de exercícios, Bagrichevsky; Estevão

(2005) ressaltam um outro viés deste discurso, que muitas vezes “pretende sustentar uma política conservadora, uma dimensão moral que responsabiliza cada pessoa por seu próprio adoecimento e desconsidera a dinâmica sistêmica e multifária que influencia os estados de enfermidade humana” (p. 67).

Essa responsabilização do indivíduo pela sua saúde se alicerça no argumento utilitarista de tornar a saúde menos custosa para o Estado (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO; PALMA, 2006). Este discurso emerge a partir da década de 1980, coincidindo, desta forma, com a ascensão do neoliberalismo, e consequentes políticas de desmantelamento do Estado.

Estas intervenções centradas numa perspectiva individualista, além de desconsiderar questões sociais imbricadas no contexto da atuação, também acabam por assumir uma priorização da atuação no mercado privado, numa lógica de “mercadorização” da saúde (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO; PALMA, 2006). A saúde, o exercício, a atividade física, e a própria Educação Física, passam a ser considerados produtos, acessíveis àqueles que podem pagar por eles. Carvalho (2001) aponta uma situação paradoxal muito curiosa neste cenário: “de um lado temos centenas de profissionais desempregados ou sendo explorados e, de outro, milhares de pessoas querendo, necessitando da informação e do conhecimento específico, sem acesso, sem orientação” (p. 13).

No entanto, a despeito do enfoque hegemônico pautado por um modelo simplista e individualista de se entender a saúde no âmbito da Educação Física, também ocorrem algumas tentativas de aproximação deste campo com a perspectiva da Saúde Coletiva. Nestas abordagens, busca-se uma mudança crítica dos conceitos de saúde até então usados na área, buscando inter-relacioná-los com a equidade social, desconstruindo, desta forma, discursos e ações moralizantes (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO; PALMA, 2006).

Para que esta interface seja possível, também se desconstruem alguns elementos próprios da área Educação Física, propondo-se uma ressignificação da própria área nesta perspectiva:

[...] não se trata de ‘treinar’ (caso do desporto) ou de ‘adestrar’ (caso da maioria das ginásticas), talvez nem mesmo de ‘habilitar’ (caso da educação escolar) o corpo dos praticantes para o desempenho de atividades físicas, mas, na maioria das vezes, simplesmente, através da atividade, colocar em contato com seu próprio corpo pessoas que

jamais se detiveram para 'senti-lo' ou 'ouvi-lo' como algo seu, vivo, pulsante, com capacidades e limites [...] (LUZ, 2007, p. 15).

Em suma, esta Educação Física em interface com a Saúde Coletiva tem por premissa a modificação do seu próprio objeto em saúde. Assim, não mais a aptidão física é o centro das atenções, mas sim a prática cuidadora “para com a defesa e afirmação da vida em sua expressão corporal” (CECCIM; BILIBIO, 2007, p. 49). Isto demanda uma formação profissional alicerçada num currículo pautado pelo eixo da integralidade, que irá considerar o corpo para além de um somatório de fragmentos anatômicos, a saúde ao mesmo tempo social, psicológica e física, e as necessidades da população para além de uma perspectiva epidemiológica (DA ROS, 2006, p.63).

6 A SAÚDE E O ATUAL CURRÍCULO DO CURSO DE BACHARELADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA DA ESEF/UFRGS

6.1 O CURSO DE BACHARELADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA DA ESEF/UFRGS

No dia 15 de julho de 2004, após aprovação da Comissão de Graduação, a formação em Educação Física da UFRGS foi dividida em dois cursos distintos: Licenciatura e Bacharelado.

O curso de Bacharelado, de acordo com seu projeto pedagógico, teve seus alicerces calcados na articulação dos princípios de três legislações distintas: o Parecer nº. 776/97 da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CES/CNE); a Resolução n. 7, de 31/03/2004 da CES/CNE; e a LDBEN de 1996.

A partir destas legislações se estrutura um currículo interativo, pautado por “questões que emergem do contexto sociocultural”, afrontando assim as “visões de currículo que se caracterizam pela organização formal, linear e fragmentada de disciplinas convencionais, e por uma excessiva carga de disciplinas obrigatórias com grandes vínculos de pré-requisitos” (COMGRAD, 2010).

Deste modo, a matriz curricular é organizada a partir de oito etapas, que são constituídas por 25 disciplinas de caráter obrigatório, e 13 disciplinas de caráter eletivo. Ainda se prevê uma etapa “eletiva/facultativa”, na qual existem 60 disciplinas que são oferecidas sob caráter eletivo⁸. A maioria das disciplinas é vinculada ao Departamento de Educação Física, enquanto algumas são vinculadas a outros departamentos, faculdades e institutos (sendo oferecidas, em alguns casos, fora da ESEF).

O currículo também é estruturado a partir de “disciplinas articuladoras”, que “a cada etapa do curso, são responsáveis pela articulação do conhecimento”, e o resgate de conhecimentos das etapas anteriores (COMGRAD, 2010).

Estas disciplinas norteadoras da matriz curricular são: *Introdução à Educação Física* (primeiro semestre); *Desenvolvimento Motor* (segundo semestre); *História da Educação Física* (terceiro semestre); *Teoria do Treinamento Físico* (quarto

⁸ Para se formar, o graduando em Educação Física precisa ter cursado um total de 82 créditos oriundos de disciplinas obrigatórias, 82 créditos provenientes das disciplinas eletivas, sendo possível o aluno escolher quais destas disciplinas de caráter eletivo ele cursará. Além disso, necessita de 12 créditos obtidos através da prática de atividades consideradas complementares, externas às disciplinas.

semestre); *Fundamentos da Educação Física Especial* (quinto semestre); *Metodologia da Pesquisa em Educação Física* (sexto semestre); *Seminário de Monografia I* (sétimo semestre); *Seminário de Monografia II* (oitavo semestre).

O projeto pedagógico aponta que a identificação do curso de Bacharelado está centrada na área da saúde, apesar de se considerar que seu caráter de formação e intervenção é multidisciplinar. Assim, se afirma que se fazem necessários conhecimentos oriundos “tanto do campo das Ciências Biológicas/Saúde como do das Ciências Humanas/Sociais” no intuito de se oferecer uma formação plena (COMGRAD, 2010).

Aqui já podemos perceber uma primeira relação da saúde vinculada muito mais diretamente ao enfoque biológico, do que propriamente ao campo das ciências humanas/sociais, em sintonia com a própria tradição histórica que constituiu a formação em educação física.

6.2 DO PROJETO PEDAGÓGICO ÀS DISCIPLINAS

Uma primeira contextualização do aspecto saúde neste currículo acontece no item “formação específica” do projeto pedagógico. Das três ênfases tematizadas neste âmbito da formação, duas delas mencionam diretamente a questão da saúde:

Na Formação Específica, tematizam-se aspectos referentes a conhecimentos culturais do movimento humano, [...] modalidades esportivas [...], múltiplas abordagens de jogos recreativos e uma concepção de dança que enfatiza seus aspectos histórico-culturais e pedagógicos. A segunda linha de conhecimentos trata da dimensão técnico-instrumental, [...] enfatizando-se as relações entre a biologia humana, a biomecânica, o desenvolvimento humano, a manutenção e a preservação da saúde [...]. Outra abordagem da formação específica é a didático-pedagógica, [...] enfocando as diferentes manifestações do movimento humano nas suas dimensões culturais, lúdicas, esportivas, estéticas e na perspectiva de promoção da saúde. (COMGRAD, 2010)

Podemos perceber uma clara diferenciação aqui. São evidenciados dois aspectos distintos da saúde, situados em dois contextos diferentes: o aspecto da “manutenção” e “preservação”, no contexto da dimensão biológica; e o aspecto da “promoção”, no contexto das dimensões cultural e pedagógica. A partir do que foi discutido até aqui, podemos pensar que se trata da demarcação de dois enfoques: um mais inclinado para uma abordagem biomédica, onde parece mais presente a

preocupação com a manutenção de um estado pautado por critérios biológicos; enquanto outro mais identificado com o ideário da Promoção da Saúde, que associa saúde com a perspectiva da cultura, do lazer, e outras dimensões que não se restringem a uma visão orgânica do corpo.

Apesar destes primeiros dois aspectos demarcados na formação específica do projeto pedagógico, os sentidos atribuídos à idéia de saúde nas disciplinas foram desdobrados em três categorias empíricas distintas, porém articuladas entre si, de acordo com as maneiras como elas aparecem no âmbito das súmulas e planos de ensino.

6.3 O ENFOQUE CENTRADO NA BIOLOGIA E NO INDIVÍDUO

Nesta categoria, a saúde aparece relacionada ao âmbito do indivíduo, a partir de dados objetivos sobre este. Em algumas disciplinas a saúde aparece marcadamente associada aos termos, às definições e aos padrões estipulados a partir de conhecimentos de caráter biológico, tais como: “aptidão física” (plano de ensino, *Avaliação Funcional*, 4 créditos, obrigatória, etapa 4, Departamento de Educação Física⁹), “condicionamento cardiovascular” (plano de ensino, *Medicina do Exercício*, 4 créditos, obrigatória, etapa 5, Departamento de Educação Física), “mecanismos básicos de fundamento do organismo humano” (plano de ensino, *Fisiologia do Exercício*, 4 créditos, etapa 3, Departamento de Educação Física), “sistema esquelético” (plano de ensino, *Tópicos IV: Biomecânica Esquelética aplicada ao Treinamento, à Lesão e ao Envelhecimento*, 4 créditos, etapa eletiva/facultativa, Departamento de Educação Física).

Pode-se pensar aqui na influência daquelas concepções de saúde que consideram saúde enquanto normalidade, ou um estado situado dentro de algum padrão objetivo, quantificável e cientificamente estabelecido. Esta influência é particularmente notável nos planos de ensino das disciplinas *Avaliação Funcional* e *Medicina do Exercício*:

⁹ Ao citarmos os planos de ensino, respeitaremos a seguinte ordem na citação: a) disciplina a qual se refere; b) número de créditos da referida disciplina; c) caráter da mesma, se é obrigatória ou eletiva; d) etapa do curso à qual a disciplina se vincula; e) departamento ou instituto que oferece a disciplina; f) consideração do caráter de “disciplina articuladora”(caso houver este caráter na referida disciplina). Este processo será repetido sempre que citarmos a disciplina pela primeira vez; nas demais ocasiões constará apenas o nome da disciplina a qual o plano de ensino refere-se.

Indicadores de saúde, IMC, RCQ, circunferência de cintura, % de gordura, cálculo do peso ideal, comparação com tabelas normativas e criteriosais; [...] Comparação de resultados dos testes com tabelas normativas e criteriosais, saúde; [...] referência dos critérios de saúde [...] variáveis associadas à saúde (plano de ensino, *Avaliação Funcional*)

[...] os critérios para avaliação da saúde [...] as peculiaridades de avaliação da saúde [...] Avaliação da Saúde Pré-Exercício [...] (plano de ensino, *Medicina do Exercício*)

Nestas disciplinas a saúde é vista como um estado de normalidade, pautada por critérios estatísticos, e restrita ao indivíduo. Porém, na disciplina *Tópicos IV - Biomecânica Esquelética aplicada ao Treinamento, à Lesão e ao Envelhecimento*, vemos uma idéia de saúde ainda mais específica, na proposição “cuidados para a manutenção da saúde dos tecidos esqueléticos” (plano de ensino, *Tópicos IV*). A lógica da normalidade funcional, neste caso, está centrada em um aspecto específico do organismo individual.

No plano de ensino da disciplina *Medicina do Exercício*, o exercício físico está relacionado com o combate das patologias responsáveis pela perturbação do funcionamento normal das funções orgânicas. Neste contexto, a saúde aparece fortemente associada com a noção de ausência de doenças:

[...] utilização do exercício como fator de prevenção, tratamento e reabilitação de patologias degenerativas. [...] os benefícios e os riscos da atividade física, exercício e esportes em indivíduos adultos saudáveis ou com alguma doença crônica. [...] O papel do exercício, esporte e atividade física na prevenção, manejo e reabilitação das doenças crônicas. [...] Estratégias de triagem dos candidatos que necessitam avaliação da saúde [...].

Neste contexto no qual a saúde está fundamentada em algum padrão bioestatístico, parece que a doença é aquilo que está em desacordo com a média, ou abaixo dela. O exercício ganha um papel de destaque nesta perspectiva, já que ele tem a possibilidade de influenciar nesta situação, combatendo o funcionamento nocivo do organismo, reconduzindo-o a algum padrão que não seja considerado patológico.

Já no plano de ensino da disciplina *Avaliação Funcional*, a saúde é associada com outro termo. A partir dos conteúdos programáticos desta disciplina,

que são diferenciados levando em consideração dois enfoques distintos, aparece a relação saúde e rendimento esportivo:

[...] objetivos voltados para a saúde ou para o rendimento esportivo.
[...] aptidão física voltadas para saúde e para o rendimento desportivo; [...] protocolos de avaliação cardiorrespiratória, avaliando a aptidão física para à saúde e para o rendimento esportivo; [...] composição corporal e somatotipo, saúde e rendimento esportivo. [...] testes de aptidão física relacionados com a saúde e com o rendimento esportivo.

Seguindo a lógica da saúde quantificável, o que se percebe nestes conteúdos são testes e medidas corporais que vão possibilitar a determinação daquelas características do indivíduo que estiverem fora da média. Mas também é essa lógica que acolhe o termo “rendimento esportivo”, que aparece constantemente neste plano como um aspecto alternativo à saúde. Ainda que sejam dois enfoques diferentes, eles parecem compartilhar dos mesmos pressupostos. Assim, enquanto a saúde se confunde com o estado de normalidade das funções orgânicas que ocorrem na média da população, o rendimento esportivo refere-se àquelas características que estão acima desta média, que irão contribuir na prática do esporte de alto nível.

O plano de ensino da disciplina *Fisiologia do Exercício* relaciona “mecanismos básicos de fundamento do organismo humano durante o exercício” com “promoção da saúde”. Esta noção de saúde não havia aparecido ainda nas disciplinas mencionadas até aqui. Sobre ela, cabe afirmar que:

A nova concepção de saúde [promoção da saúde] importa uma visão afirmativa, que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido (BUSS, 2000, p. 174).

Ainda que se refira à promoção da saúde, o restante do plano de ensino não se encontra em sintonia com os princípios deste tipo de abordagem em saúde, já que os conteúdos apresentados restringem-se aos aspectos fisiológicos que envolvem a prática do exercício físico. Além disso, é proposta uma associação destes aspectos com “métodos diagnósticos e terapêuticos, com o desempenho físico” e “com o treinamento desportivo”, o que torna a aproximação com a

perspectiva da promoção da saúde muito questionável. O que se percebe é uma abordagem muito mais preocupada com o diagnóstico e combate de doenças, através da prática de exercícios que irão promover o funcionamento fisiológico normal do organismo. Neste cenário, o que aparece é uma visível inclinação para a concepção biomédica. Para Carvalho (2001), a noção de promoção da saúde deveria ser utilizada visando o aspecto coletivo da vida humana, sendo “um contra-senso tentar difundir essa idéia totalmente desvinculada de seu propósito original” (p.18).

A premissa principal destas noções parece ser que a saúde é um conceito elaborado estritamente por dados objetivos, científicos, sem espaços para a dimensão do sofrimento individual, ou do prazer. Caponi (2003) afirma que “é justamente a consideração deste sofrimento, deste sentimento de impotência individual, que escapa às médias estatísticas, o que nos permite tentar uma definição menos restrita do conceito de saúde” (CAPONI, 2003, p.118).

Neste sentido, se alinha a proposição de Canguilhem (2006), que ao considerar a dimensão do prazer/sofrimento, vê a saúde enquanto um conceito passível de ser elaborado por qualquer um.

É neste cenário que aparece uma idéia de saúde relacionada com “bem-estar”. No plano de ensino da disciplina *Educação Física Terceira Idade* (4 créditos, obrigatória, etapa 6, Departamento de Educação Física) a saúde aparece mais de acordo com a concepção de saúde preconizada pela OMS, que se vincula mais diretamente a questões subjetivas do indivíduo: “Disciplina teórico prática que visa preparar o aluno [...] para o desenvolvimento e manutenção da saúde e bem estar do idoso. [...] vídeo sobre qualidade de vida [...] saúde psicológica [...]”.

Os termos “bem-estar” e “qualidade de vida” denotam uma saúde que depende muito mais das experiências subjetivas e percepções do indivíduo, do que propriamente a critérios quantitativos. Isto se aproxima à definição da OMS, que considera saúde como “estado de completo bem-estar” (BATISTELLA, 2007). Apesar das críticas que recaem sobre esta definição, há de se considerar que ela consiste num grande avanço em relação às concepções que notam a saúde apenas como ausência de doenças, na medida em que não reduzem o fenômeno apenas a critérios objetivos e individuais (e passam a considerar aspectos de ordem subjetiva e na relação do indivíduo com o seu contexto).

Desta forma, nesta categoria a discussão parte do contexto das disciplinas que trazem uma idéia de saúde entendida a partir das noções de normalidade e ausência de doenças, tendo seu foco centrado na perspectiva do indivíduo. Estas noções são determinadas a partir de critérios construídos na intersecção entre biologia e estatística, fundamentalmente. Ainda que neste tipo de abordagem possa se falar em promoção da saúde, o que se apresenta é um enfoque voltado ao modelo biomédico. Mas também se discute a perspectiva de uma disciplina que rompe com este padrão, ao propor uma concepção de saúde mais relacionada com aspectos subjetivos do indivíduo, passíveis de serem determinados a partir de seus próprios parâmetros.

6.4 EXERCÍCIO E ATIVIDADE FÍSICA: SINÔNIMOS DE SAÚDE

Uma segunda categoria foi constituída aproximando as disciplinas que apresentaram um contexto em que a saúde é praticamente entendida enquanto efeito ou sinônimo do exercício e da atividade física em si.

A disciplina *Introdução a Educação Física* (4 créditos, obrigatória, etapa 1, Departamento de Educação Física, disciplina articuladora) traz em sua súmula a definição da própria Educação Física enquanto saúde, podendo ser este conceito justificado com a premissa “Professor(a) de educação física: profissional da saúde”, que encontramos mais adiante em seu plano de ensino. O fato de a Educação Física integrar a área da saúde parece ser o principal sustento à concepção de que a própria Educação Física em si é saúde.

A área de atuação, ou inserção, também parece ser o critério fundamental para a evocação da saúde em um dos conteúdos programáticos da disciplina *Teoria do Treinamento Físico*: “Periodização: no campo da saúde” (*Teoria do Treinamento Físico*, 4 créditos, obrigatória, etapa 4, Departamento de Educação Física, disciplina articuladora). Algo semelhante também ocorre na súmula da disciplina *Estágio em Atividades Físicas e Saúde* (150 horas no semestre¹⁰, obrigatória, etapa 7, Departamento de Educação Física), que prevê “práticas junto a instituições que desenvolvam atividades físicas voltadas para a saúde”.

¹⁰ As disciplinas de estágio não são organizadas pelo sistema de créditos, e sim pelo sistema de horas/semestre.

Diferentemente da categoria anterior, onde se percebia a saúde partindo de um olhar voltado para o indivíduo e sua biologia, nesta categoria o foco centra-se na Educação Física, suas práticas e locais de atuação, entendidos enquanto garantidores da saúde, por si só. A diferença fundamental ocorre em relação aos objetos com os quais a noção de saúde se associa nesta categoria: não mais frequências estatísticas maiores ou menores, mas locais específicos em que as práticas ganham o sentido de saúde.

Comparando-se a súmula do *Estágio em Atividades Físicas e Saúde* com as súmulas dos outros dois estágios obrigatórios deste currículo (*Estágio em Atividades Esportivas*, 150 horas no semestre, etapa 5, Departamento de Educação Física; *Estágio em Atividades Recreativas e Lazer*, 150 horas no semestre, etapa 7, Departamento de Educação Física), podemos perceber uma clara diferenciação entre eles. Enquanto o *Estágio em Atividades Físicas e Saúde* prevê a prática de atividades físicas voltadas para a saúde, os outros dois tem por objetivo propiciar “práticas junto a instituições esportivas” (*Estágio em Atividades Esportivas*), e “práticas junto a instituições que propiciem Recreação e Lazer” (*Estágio em Atividades Recreativas e Lazer*). A caracterização de ser saúde, ou não, depende da instituição, e as práticas específicas que lá serão oferecidas.

Ainda em relação ao *Estágio em Atividades Físicas e Saúde*, é interessante notar alguns detalhes das instituições específicas a que ele se refere. Se analisarmos a lista de locais oferecidos para este estágio aos graduandos, no segundo semestre de 2010, constataremos que dos onze locais, sete são instituições privadas (quatro academias, um centro de natação, um de equoterapia e um hospital), três são serviços vinculados ao SUS (um PSF, um CAPS e um hospital), e um local é um projeto de extensão dentro da própria Escola (musculação). Das 58 vagas de estágio ofertadas, 49 são em instituições privadas, 7 nos serviços voltados ao SUS, e 2 no projeto de extensão. Ou seja, apesar de se tratar de um curso de Bacharelado em Educação Física em uma instituição de ensino pública, o que se vê é o favorecimento de uma formação voltada para ambientes privados. Quanto às práticas específicas vinculadas às instituições privadas que oferecem estágio, as mais referidas são musculação e ginástica, além de outras que também foram mencionadas, tais como ginástica local, natação, hidrogenástica, *aero jump*, *bike indoor*, equoterapia, avaliação funcional e treinamento individualizado.

Este cenário adequa-se com o que Carvalho (2001) nos adverte:

Hoje, o que se observa é, predominantemente, a formação profissional voltada para a iniciativa privada, academias, hotéis, clubes que reproduzem a política voltada para o consumo e para os interesses das indústrias de cosméticos, de equipamentos, de beleza e de lazer. [...] A iniciativa privada centraliza as atenções (p. 16-17).

Pode-se pensar aqui numa formação voltada ao espaço privado que acaba favorecendo a lógica da mercadorização da saúde, equiparando-a a um produto a ser comprado ou consumido. A atividade física ganha os contornos necessários para se tornar específica à saúde, sendo esta um conjunto de necessidades criadas pelo mercado de bens de consumo.

Como lembram BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO; PALMA (2006, p.30):

A idéia, intencionalmente suscitada no imaginário popular, de que seria possível obter saúde, através do acesso às atividades corporais oferecidas nesse nicho mercadológico, ratifica a noção simbólica de 'saúde conquistada', quer seja pelo envolvimento em suas práticas, quer seja pela utilização dos produtos a elas agregadas.

Temos nesta categoria ainda disciplinas que se referem a esportes. No plano de ensino das disciplinas *Voleibol Fundamentos* (4 créditos, eletiva, etapa eletiva/facultativa, Departamento de Educação Física), *Futsal Fundamentos* (4 créditos, eletiva, etapa eletiva/facultativa, Departamento de Educação Física), e *Tópicos II – Antropologia do Desporto* (4 créditos, eletiva, etapa eletiva/facultativa, Departamento de Educação Física), temos o conteúdo das práticas esportivas diretamente associado com saúde:

[...] principais procedimentos do jogo (gestos básicos), bem como a organização ofensiva e defensiva básica necessários à prática docente/gestão do Voleibol, [...] como meio de melhoria ou manutenção da saúde. (plano de ensino, *Voleibol Fundamentos*)

[...] conhecimento das noções básicas do desporto com a aprendizagem dos fundamentos necessários à prática do Futsal, [...] como meio de melhoria ou manutenção da saúde. (plano de ensino, *Futsal Fundamentos*)

[...] idéias sobre o desporto de competição, de recreação e para a saúde. (plano de ensino, *Tópicos II – Antropologia do Desporto*)

O que aparece aqui, basicamente, é uma relação de causa e efeito entre os esportes (suas estruturas, técnicas) e o aspecto da saúde. Aparentemente, o que se quer deixar mais claro, neste contexto, é que a prática esportiva em si garantiria a manutenção ou o ganho da saúde.

No entanto, outra possibilidade aparece ainda nos planos de ensino das disciplinas *Futsal Fundamentos*, *Basquetebol Fundamentos* (4 créditos, eletiva, etapa eletiva/facultativa, Departamento de Educação Física) e *Tópicos II – Antropologia do Desporto*:

Analisar as possibilidades da prática do Futsal como meio de educação e saúde. (plano de ensino, *Futsal Fundamentos*)

Analisar as possibilidades da prática do basquete como meio de educação e saúde. [...] implicações de uma correta introdução ao jogo no que se refere aos aspectos relacionados com a saúde e a educação. (plano de ensino, *Basquetebol Fundamentos*)

[...] desporto de recreação e como educação para a saúde (plano de ensino, *Tópicos II, Antropologia do Desporto*)

A partir destas passagens pode-se pensar numa possibilidade de superação da lógica de causa e efeito entre esporte e saúde. Para tanto, é preciso desconstruir a noção de que o esporte é por si só saudável, e construir outra na qual ele se torna uma entre tantas possibilidades de uma vida mais saudável, dependente de outros aspectos que fazem interface com a saúde. A relação que aparece com o termo educação nos permite compreender a noção de prática esportiva como meio de saúde também dependente de outras dimensões que vão além da técnica e da estrutura do esporte.

A saúde que vemos nesta categoria, ainda que não esteja desvinculada da noção de padrão individual estabelecido, passa a ganhar ares de objeto, conforme vai sendo vinculada diretamente ao campo de atuação, ao mercado de trabalho, e a práticas específicas da área. Conforme a saúde vai sendo mencionada em disciplinas com um forte caráter de aproximação da Educação Física com sua área de inserção (disciplinas *Introdução à Educação Física*, e *Estágio em Atividades Físicas e Saúde*, por exemplo), ela vai virando sinônimo da própria Educação Física, ou resultante de alguma prática específica desta, em um local específico para isto.

O outro lado desta perspectiva de saúde enquanto objeto ou bem a ser conseguido, é o conseqüente processo de culpabilização individual pela saúde (ou

pela falta da mesma). O indivíduo torna-se o principal responsável pela obtenção do objeto saúde, tornando-se este bem de consumo pronto em si mesmo, inquestionável. Portanto, cada consumidor que quiser adquirir o produto educação física/saúde deve ser o responsável pela prevenção de possíveis problemas decorrentes desta aquisição, “simplesmente porque a atividade física em si não é causadora de problema. A origem deste sempre está no seu praticante” (plano de ensino, disciplina *Socorros*, 2 créditos, eletiva, etapa 3, Faculdade de Medicina).

Nesta categoria, a discussão parte daquelas disciplinas que tratam a relação entre Educação Física e saúde como algo naturalmente dado, inquestionável. Exercício e atividade física são compreendidos enquanto produtores de saúde, por si só, tornando os locais de inserção da Educação Física enquanto um meio para tanto. Analisamos a possibilidade de esta noção estar em sintonia com a lógica do mercado privado, da venda de produtos e serviços. Também compreendemos como esta idéia de exercício físico/saúde, definida em si mesma, pode possuir um viés de culpabilização individual. Ainda analisamos a possibilidade de, em algumas disciplinas, haver uma superação da relação de causa e efeito estabelecida entre Educação Física e saúde, notadamente através da inserção da dimensão da educação.

6.5 SAÚDE, CULTURA E SOCIEDADE: APROXIMAÇÕES COM O SUS

Nesta categoria agrupamos disciplinas em que a saúde é vista como um processo resultante de um contexto marcado pelo entrecruzamento de aspectos de várias ordens: naturais, culturais, sociais, antropológicos, históricos.

No plano de ensino da disciplina *História da Educação Física* (4 créditos, obrigatória, etapa 3, Departamento de Educação Física, disciplina articuladora), por exemplo, “corpo, saúde e pedagogia” são definidos enquanto possibilidades resultantes de uma construção da ciência, em um determinado contexto histórico. Já no plano de ensino da disciplina *Educação Física, Cultura e Sociedade* (4 créditos, obrigatória, etapa 5, Departamento de Educação Física), os termos “corpo, práticas corporais, estética e saúde” são vistos a partir da intersecção entre natureza, cultura e sociedade. Desta forma, não só a idéia de saúde é percebida enquanto uma construção dependente de aspectos sociais, culturais e históricos, mas a própria noção de corpo é desnaturalizada.

Na medida em que a saúde e o corpo não são construções unicamente dependentes da dimensão biológica, é possível perceber, em comparação com a categoria anterior, um olhar mais focado para o contexto em que a saúde, e suas associações, são produzidas. No plano de ensino da disciplina *Sociologia da Saúde I* (2 créditos, eletiva, etapa eletiva/facultativa, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas) o tema central das discussões são os determinantes sociais que perpassam o processo saúde-doença. Já nos objetivos do plano de ensino da disciplina *Antropologia do Corpo e da Saúde* (2 créditos, eletiva, etapa eletiva/facultativa, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas), se espera “[...] promover a reflexão acerca da relação entre profissionais de saúde, pacientes e instituições, sensibilizando os futuros profissionais em relação aos desafios do ofício”. A saúde deixa de ser um objeto, ou estado estático, passando a ser inserida num contexto dependente da relação profissional-sujeito-instituição.

Saúde e corpo não são apenas posicionados enquanto construções situadas historicamente, mas também são vistas enquanto dependentes de políticas sociais, e das práticas da esfera educativa, isto no âmbito das disciplinas *Educação e Saúde* (2 créditos, eletiva, etapa eletiva/facultativa, Faculdade de Educação) e *Educação, Saúde e Corpo* (3 créditos, eletiva, etapa eletiva/facultativa, Faculdade de Educação). Nestas disciplinas a própria idéia de saúde aparece como um elemento central das disciplinas, na medida em que as mesmas propõem que os “conceitos e concepções de saúde e doença” sejam objeto de “reflexão para as práticas de Educação em Saúde” (plano de ensino, *Educação e Saúde*), inclusive se “ênfatizando as dimensões de gênero, raça/etnia e sexualidade” (plano de ensino, *Educação, Saúde e Corpo*).

Há ainda aqui uma ampliação da percepção das possibilidades que perpassam o fenômeno saúde. Neste sentido, no plano de ensino da disciplina *Higiene* (2 créditos, eletiva, etapa 1, Faculdade de Medicina) se define saúde como “a consciência de bem-estar, resultante do processo contínuo de harmonização entre os aspectos físicos, psíquicos, sociais, culturais, ambientais e espirituais vinculados ao indivíduo”.

Esta definição é curiosa, na medida em que lembra o conceito da OMS (saúde enquanto “bem-estar”), mas ao mesmo tempo supera-o, ao propor a saúde não como um “estado de completo bem-estar”, mas sim como uma “consciência de bem-estar”. Também não se restringe às dimensões propostas pela definição

clássica da OMS (física, psíquica e social), ao propor aspectos de ordem cultural, ambiental, e inclusive espiritual. Mesmo que estas dimensões não façam parte da definição clássica de saúde da OMS, sua inclusão já vem sendo discutida em eventos patrocinados pela própria organização nos últimos anos, na tentativa de se elaborar um modelo que enxergue o ser humano “como um todo indivisível, considerado parte e expressão, ao mesmo tempo, do meio ambiente natural, social, psíquico emocional e espiritual” (LUZ, 2007, p. 11).

O plano desta disciplina prevê que a saúde também é entendida a partir de uma abordagem que não leva em conta apenas conhecimentos provenientes das ciências, mas também “conceitos desenvolvidos pelas diversas culturas e tradições sapienciais, pela arte e pela filosofia”. Podemos entender este aspecto a partir do que Martins nos lembra, ao afirmar que, na atualidade, novos paradigmas em saúde vêm surgindo para dar conta da amplitude deste fenômeno, onde a ciência passa a ser utilizada como um “meio de compreensão da complexidade do real” (MARTINS, 2007, p.148), e não como a verdade última dos fatos. Outros saberes também passam a ter importância na compreensão da complexidade que perpassa o fenômeno saúde.

Nos conteúdos programáticos da disciplina, ainda se prevê uma abordagem da Educação Física na sua relação com o sistema de saúde. Além disso, as proposições desta disciplina, e as perspectivas de saúde adotadas na mesma, se aproximam muito do princípio da integralidade no âmbito do SUS, desenvolvido anteriormente na revisão de literatura.

É no âmbito do plano de ensino da disciplina *Fundamentos da Educação Física Especial* (4 créditos, obrigatória, etapa 6, Departamento de Educação Física) que percebemos uma sintonia mais explícita com alguns princípios do SUS: “Interdisciplinaridade e integralidade: na saúde e na educação. [...] A atividade física e a interdisciplinaridade no processo de aprendizagem. Atenção e cuidado à criança e adulto com deficiência”.

Pela primeira vez percebemos, no contexto das disciplinas, menção aos termos “interdisciplinaridade” e “integralidade”, conceitos fundamentais na lógica de atuação profissional preconizada pelos princípios do SUS. A atividade física passa a ser um aspecto adicional da prática interdisciplinar de atenção e cuidado, não sendo considerada como um “objeto de saúde”, ou restrita ao “campo da saúde”, pois também se articula com o sentido de educação.

Nesta categoria, iniciamos aproximando disciplinas cuja tônica principal em suas noções sobre saúde é a possibilidade de se perceber saúde-doença enquanto um processo resultante da interação entre aspectos biológicos, sociais, culturais e históricos. Também incluímos disciplinas que, ao falar de saúde, relacionavam como relevantes outros aspectos além destes, inclusive saberes externos as ciências, além de trazer um direcionamento à proposta do SUS. De fato, na maioria das disciplinas desta categoria, a questão da saúde apareceu como um tema central através dos seus conteúdos. Foi também nesta categoria que a idéia de saúde foi tomada de uma forma menos “universal”, ao focar aspectos que mostravam como o processo saúde-doença é dependente de perspectivas múltiplas.

Esta categoria foi a que mais se aproximou do campo teórico da Saúde Coletiva, e da perspectiva do SUS.

6.6 AS CONCEPÇÕES HEGEMÔNICAS

Podemos perceber que são múltiplas as possibilidades de se enxergar saúde neste currículo atual, sendo diversas as influências, enfoques e noções presentes. No entanto, podemos perceber outras demarcações, ao voltar nosso olhar para alguns aspectos referentes às disciplinas que citamos ao longo deste trabalho.

É possível notar nos componentes curriculares uma maior influência daquelas concepções analisadas na primeira e segunda categoria, se considerarmos o caráter, número de créditos e departamento ao qual se vinculam as disciplinas.

Na primeira categoria, três das quatro disciplinas que trazem marcadamente um olhar mais voltado para o modelo biomédico são obrigatórias, e todas são vinculadas ao Departamento de Educação Física. Na segunda categoria, também temos três componentes curriculares de caráter obrigatório, e vinculados ao Departamento de Educação Física, inclusive um deles sendo um estágio. Duas disciplinas são consideradas “disciplinas articuladoras”, tendo uma importante função de articulação de conhecimentos no currículo, como nos aponta o projeto pedagógico. Das outras cinco disciplinas mencionadas nesta categoria, apenas uma não era vinculada ao Departamento de Educação Física.

Já na terceira categoria, mesmo tendo duas disciplinas de caráter obrigatório, vinculadas ao Departamento de Educação Física, sendo uma delas “disciplina articuladora”, nos salta aos olhos algumas diferenças importantes. Aparecem nesta categoria outras seis disciplinas, todas de caráter eletivo, das quais cinco são externas ao departamento local. Além disso, em contraste com a maioria das disciplinas citadas até aqui, que possuíam quatro créditos em sua carga horária, estas cinco disciplinas possuem 2 créditos (quatro delas) e 3 créditos (uma delas). Além disso, é possível que sejam oferecidas menos vagas para os estudantes dos cursos de Educação Física, e especificamente o Bacharelado, tendo em vista que estas disciplinas também são oferecidas para outros cursos da UFRGS (inclusive, sendo obrigatórias em alguns deles¹¹).

É importante lembrar que foram nestas últimas disciplinas citadas em que apareceu de forma mais explícita o tema da saúde, a reflexão sobre as concepções acerca desse fenômeno, bem como uma articulação maior com os princípios do SUS. Nas ementas das disciplinas vinculadas ao Departamento de Educação Física não aparece explicitamente uma preocupação em se rever a idéia de saúde que tem sido associada ao campo da Educação Física. As discussões mais aprofundadas sobre esta questão apareceram nas disciplinas vinculadas a outros departamentos.

É válido relembrar o que CECCIM; FEUERWERKER (2004) afirmam sobre uma interpretação mais estreita acerca da questão da autonomia universitária garantida pela LDBEN 96, que muitas vezes serve de subsídios para legitimar a construção de currículos desarticulados com um contexto social, cultural e político mais amplo:

A relevância pública da saúde, definida constitucionalmente, deveria ser razão suficiente para que o setor da educação considerasse haver aí campo de exceção para acoplar a autonomia universitária à gestão das políticas públicas de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.1403).

No entanto, esta autonomia acaba contribuindo para a perpetuação de concepções de saúde conservadoras e fragmentadas.

¹¹ As disciplinas *Educação e Saúde*, *Antropologia do Corpo e da Saúde* e *Sociologia da Saúde I* são obrigatórias para os cursos de Enfermagem e Bacharelado em Fisioterapia. Esta última disciplina citada também é obrigatória para o curso de Biomedicina. A disciplina *Educação, Saúde e Corpo* é obrigatória para o curso de Licenciatura em Pedagogia.

Também podemos pensar nestas múltiplas noções (das três categorias) alinhadas em duas correntes principais, conforme a proposição de Devide (2002) (“Promoção da Saúde” e “Aptidão Física Associada à Saúde”), ou ainda, considerando a própria formação específica almejada no projeto pedagógico (disciplinas biológicas responsáveis pelo aspecto de “manutenção e preservação da saúde”, disciplinas didático-pedagógicas responsáveis pela “promoção da saúde”). Se pensarmos no desafio de se propor um currículo pautado pelos princípios da integralidade e interdisciplinaridade, talvez um primeiro e importante passo seja a desconstrução desta dicotomia, articulando os eixos recuperação, prevenção, e promoção da saúde em um todo integrado, presente em todo currículo; e não fragmentado em partes, divididas entre estas ou aquelas disciplinas, de acordo com as especificidades das mesmas.

Deste modo, apesar de muitas noções sobre saúde estarem presentes nas disciplinas do currículo, aquelas analisadas na primeira e segunda categoria parecem estar, estruturalmente, em uma posição hegemônica no currículo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta monografia foi escrita com o intuito de contribuir com os debates sobre as concepções de saúde que perpassam a formação universitária voltada para a área da saúde. As raízes destas discussões se encontram na interface entre a Educação Física e o campo da Saúde Coletiva, e buscam trazer subsídios para reformulações e reorientações dos cursos que, tradicionalmente, são pautados por um modelo biomédico de compreensão dos fenômenos referentes ao processo saúde-doença.

No caso específico da Educação Física, este modelo também é claramente hegemônico, visto que a própria área nasce a partir de uma medicina normalizadora, a partir do século XIX. Em contrapartida, o contexto atual aponta uma inserção cada vez mais concreta dos profissionais dessa área no cenário do SUS, o que torna urgente uma ressignificação dos sentidos e elementos constituídos na trajetória histórica dessa área.

O cenário atual da Escola de Educação Física também é marcado por reformulações no currículo e na formação em Educação Física. Já está definido que haverá uma forte reformulação nos cursos de Bacharelado e Licenciatura da UFRGS, a partir de uma formação que terá entrada única e formação em dupla modalidade. De agora em diante, o grande desafio é a elaboração de um novo currículo, em conformidade com a nova formação que se almeja, em sintonia com os desejos e necessidades da comunidade acadêmica em geral, e de acordo com os argumentos apresentados na carta elaborada pela CRC¹² que foi destinada ao CONSUNI.

Neste sentido, com o estudo que me propus fazer nesta monografia procurei problematizar as concepções de saúde que perpassam o currículo do atual curso de Bacharelado em Educação Física, enfatizando as noções presentes nas ementas das disciplinas deste curso.

A abordagem foi elaborada procurando mostrar a presença hegemônica de um enfoque em saúde ainda inclinado ao modelo biomédico, onde a saúde é vista predominantemente enquanto ausência de doenças, ou a partir de critérios de normalidade funcional. Também se enfatizou como a saúde acaba se confundindo,

¹² Comissão de Reestruturação Curricular (CRC). **Carta ao Conselho da Unidade (CONSUNI) da Escola de Educação Física/UFRGS**. Porto Alegre: UFRGS, 9 de julho de 2010.

em alguns componentes curriculares, com a própria prática do exercício e da atividade física, numa relação em que o fenômeno saúde acaba sendo abordado sob a ótica do espaço privado de atuação, em que a lógica do mercado de venda de produtos e serviços acaba tendo uma grande influência na maneira como se delinea esta relação entre Educação Física e saúde. Também foi discutida a emergência de novas perspectivas de entendimento do processo saúde-doença (a partir de disciplinas vinculadas a departamentos e faculdades externas à ESEF), nas quais se contextualiza este fenômeno nos cenários sociais, culturais e históricos que circunscrevem este fenômeno, o que torna as definições e associações neste âmbito menos restritas à dimensão biológica.

Ainda sobre este cenário que foi discutido, também analisamos como as concepções hegemônicas exercem sua influência, na medida em que estão mais presentes e estrategicamente melhor posicionadas na estrutura do currículo do curso de Bacharelado.

Além de não querer esgotar aqui o debate sobre as concepções de saúde presentes na Educação Física, também não tenho a pretensão de afirmar que os resultados deste trabalho representam a totalidade do currículo e da formação em Educação Física da ESEF. É relevante ressaltar que esta investigação restringiu-se apenas a fontes documentais, que legitimam e estruturam o currículo do curso de Bacharelado (mais especificamente, as disciplinas). Desta forma, nada se discutiu sobre como as concepções sobre saúde são operadas no contexto das relações cotidianas da ESEF, no dia-a-dia que dá solidez ao processo de formação inicial. Seria interessante investigar de que forma estes entendimentos sobre saúde aparecem nas concepções de professores e estudantes da Escola, por exemplo, saber sob qual lógica se pauta as abordagens destes em relação à saúde. Até porque de nada adianta modificar a estrutura curricular, se nela persistirem mentes e corações que teimam em não mudar.

Acredito que a tarefa que empreendi mostra apenas alguns pontos a serem considerados por aqueles que se questionam sobre as abordagens acerca do fenômeno saúde no interior da Educação Física. Também podem ser pontos importantes a serem considerados na reestruturação da formação em Educação Física que está acontecendo na ESEF, na medida em que fornecem algumas pistas das pedras presentes nos caminhos ainda a serem trilhados em direção a uma formação sintonizada com os princípios e diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, Naomar de; JUCÁ, Vlória. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 879-889, 2002.
- AMARAL, Gislene Alves do; MATIAS, Gláucia Fernandes; MARTINS, Nubia Rosa; SANTOS, Patrícia Peixoto dos. Formação Profissional e Diretrizes Curriculares da Educação Física. **Revista Especial de Educação Física**, Edição Digital, v. 3, n. 1, p. 27-40, Nov. 2006.
- BAGRICHEVSKY, Marcos; ESTEVÃO, Adriana. Os sentidos da saúde e a Educação Física: Apontamentos preliminares. **Arquivos em Movimento**, Rio de Janeiro, v. 1 n. 1, p. 65-74, jan./ jun. 2005.
- BAGRICHEVSKY, Marcos; ESTEVÃO, Adriana; PALMA, Alexandre (Orgs). **A saúde em debate na Educação Física** - Volume 3. Ilhéus: Editus, 2007. 294 p.
- BAGRICHEVSKY, Marcos; ESTEVÃO, Adriana; PALMA, Alexandre. Saúde Coletiva e Educação Física: aproximando campos, garimpando sentidos. In: BAGRICHEVSKY, Marcos; PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana; DA ROS, Marco (Orgs). **A saúde em debate na Educação Física** – volume 2. Blumenau: Nova Letra, 2006. p. 21-44.
- BAGRICHEVSKY, Marcos; PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana; DA ROS, Marco (Orgs). **A saúde em debate na Educação Física** – volume 2. Blumenau: Nova Letra, 2006. 240 p.
- BAGRICHEVSKY, Marcos; PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana (Orgs). **A saúde em debate na Educação Física**. Blumenau: Edibes, 2003. 191 p.
- BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca, Angélica Ferreira (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 266 p. (Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde)
- BENITES, Larissa Cerignoni; SOUZA NETO, Samuel de; HUNGER, Dagmar. O processo de constituição histórica das diretrizes curriculares na formação de professores de Educação Física. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.34, n.2, p. 343-360, mai./ago. 2008.
- BETTI, Mauro. Educação Física escolar: uma proposta de diretrizes pedagógicas. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 73-82, 2002.
- BETTI, Mauro. Perspectivas na formação profissional. In: MOREIRA, W. W. (Org). **Educação física & esportes: perspectivas para o século XXI**. Campinas: Papirus, 1992, p. 239-259.
- BRASIL. Conselho Federal de Educação. **Decreto-lei n. 1.212**, 7 abr. 1939.
- _____ Conselho Federal de Educação. **Decreto-lei n. 8.270**, 3 dez. 1945.
- _____ Conselho Federal de Educação. **Parecer n. 215**, de 11 de março de 1987. Documenta n. 315, Brasília, março, 1987.
- _____ Conselho Federal de Educação. **Parecer n. 894**, de 14 de novembro de 1969.

_____ Conselho Federal de Educação. **Resolução n. 3**, de 16 de junho de 1987. Diário Oficial n.172, Brasília, 1987.

_____ Conselho Federal de Educação. **Resolução n. 9**, 6 out. 1969.

_____ Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CP n. 1**, de 18 de fevereiro de 2002a.

_____ Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CP n. 2**, de 19 de fevereiro de 2002b.

_____ Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CSE n. 7**, de 31 de março de 2004.

_____ Conselho Nacional da Saúde. **Resolução n.º 218**, de 6 de março de 1997.

_____ Constituição da República Federativa do Brasil. **Senado Federal**, Brasília, pp. 133-137, 1988

_____ Lei n. 4.024, de 20 de dezembro de 1961. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. In: BRASIL. **Congresso**. Senado. *500 anos de legislação brasileira*. 2.ed. Brasília, 2001. CD3: Brasil República.

_____ Lei n. 9394/96 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. In: BRASIL. **Congresso**. Senado. *500 anos de legislação brasileira*. 2.ed. Brasília, 2001. CD3: Brasil República

_____ Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____ Ministério da Saúde. Pró-saúde: **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde: Ministério da Educação, 2005.

_____ **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Anais).

BRUGNEROTTO, Fabio Augusto. **Caracterização dos currículos de formação profissional em Educação Física**: um enfoque sobre saúde. 2008. 110 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2008.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000

CALDEIRA, Anna Maria Salgueiro. A formação de professores de Educação Física: quais saberes e quais habilidades? **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. Campinas: Autores Associados. V. 22, n. 3, p. 87-103, 2001.

CANGUILHEM, George. **O Normal e o Patológico**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CAPONI, Sandra; A saúde como objeto de reflexão filosófica. In: BAGRICHEVSKY, Marcos; PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana (Orgs.). **A saúde em debate na educação física**. Blumenau: Edibes, 2003, p. 115-136

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Editora Cultrix, 1982.

CARVALHO, Yara Maria de. **O "mito" da atividade física e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

_____ Atividade Física e saúde: onde está e quem é o "sujeito" da relação? **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. Campinas: Autores Associados. V. 22, n. 2, p. 9-21, 2001.

CASTELLANI FILHO, Lino. **Educação física no Brasil**: A história que não se conta. Campinas: Papirus, 1988.

CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando. Singularidades da Educação Física na Saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe (Orgs). **Educação Física e Saúde Coletiva**: Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007, p. 47-62.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, N° 20, v.5, p 1400-1410, 2004.

DA ROS, Marco. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKI, Marcos; PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana; DA ROS, Marco (Orgs). **A saúde em debate na Educação Física** – volume 2. Blumenau: Nova Letra, 2006, p. 45-66.

DEVIDE, Fabiano Pries. A Escada da Aptidão para toda a vida sob o enfoque da Promoção da Saúde: uma análise crítica. **Anais do 11º Congresso Internacional de Educação Física/FIEP**. Foz do Iguaçu, p. 57, 1996.

_____ Educação Física, qualidade de vida e saúde: campos de intersecção e reflexões sobre a intervenção. **Revista Movimento**, Porto Alegre, n. 8, v. 2, p. 77-84, 2002.

ESPÍRITO SANTO, F. R. 2004. **Políticas de Reformulação Curricular e a Formação em Educação Física no Brasil**: uma arena de conflitos. Tese de doutorado em Educação. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

FRAGA, Alex Branco. **Exercício da Informação**: governo dos corpos no mercado da vida ativa. Campinas: Autores Associados, 2006.

FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe (Orgs). **Educação Física e Saúde Coletiva**: Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

GALLARDO, J. S. P. **Educação física**: contribuições à formação profissional. Ijuí: Unijuí, 2000.

LUZ, Madel 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, Alex Branco; WACHS, Felipe (Orgs). **Educação Física e Saúde Coletiva**: Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007, p. 9-16.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; MONTEIRO, Estela Maria Meirelles; QUEIROZ, Danielle Teixeira; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; BARROSO, Maria Graziela Teixeira. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 335-342, 2007.

MARTINS, André. Novos Paradigmas e Saúde. In: BAGRICHEVSKI, Marcos; ESTEVÃO, Adriana; PALMA, Alexandre (Orgs). **A saúde em debate na Educação Física**. Volume 3. Ilhéus: Editus, 2007, p. 121-154.

- MEDINA, J.P.S. **Educação física cuida do corpo e “mente”**. Campinas: Papirus, 1983.
- MENDES, EV. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Ed.Hucitec; 1999
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MIRA, Carlos Magallanes. Exercício Físico e Saúde: da crítica prudente. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. (Orgs.). **A saúde em debate na educação física**. Blumenau: Edibes, 2003, p. 169-191.
- Nunes, E.D. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, n. 3, v. 2, São Paulo, 1994, p. 5-21.
- PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou um campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v.32, n.4, p. 299-316, 1998.
- PALMA, A.; ESTEVÃO, A.; BAGRICHEVSKY, M. Considerações teóricas acerca das questões relacionadas à promoção da saúde. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. (Org.). **A saúde em debate na educação física**. Blumenau: Edibes, 2003, p. 15-32.
- PIRES, Roberto Gondim. Formação profissional em Educação Física no Brasil: suas histórias, seus caminhos. **Revista da Faced**, n.10, p. 179-193, 2006.
- RESTREPO, H.E. Conceptos y definiciones. In: H.E. Restrepo; H. Málaga (Orgs.). **Promoción de la salud: cómo construir vida saludable**. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, p. 24-33, 2001.
- SILVA, Tomaz Tadeu da. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo**. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.
- SOARES, Carmem Lucia. **Educação física: raízes européias e Brasil**. 4.ed. Campinas: Autores Associados, 2007.
- SOUZA NETO, S.; ALEGRE, A. D.; HUNGER, D.; PEREIRA, J. M. A formação do profissional de educação física no Brasil: uma história sob a perspectiva da legislação federal no século XX. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. Campinas, v.25, n.2, p113-128, janeiro 2004
- TAFFAREL, C. N. Z. **A formação do profissional de educação: o processo de trabalho pedagógico e o trato com o conhecimento no curso de Educação Física**. Campinas: UNICAMP, 276p. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Estadual de Campinas, 1993.
- TANI, G. Cinesiologia, educação física e esporte: ordem emanante do caos na estrutura acadêmica. **Motus corporis**, Rio de janeiro, v.3, n.2, p.9-50, 1996.
- THOMAS, Jerry R. **Métodos de pesquisa em atividade física** / Jerry R. Thomas e Jack K. Nelson; Trad. Ricardo Petersen. [et al.]. – 3.ed. – Porto Alegre: Artmed, 2002.