EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE COLETIVA: POSSIBILIDADES DE INSERÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO/PARA O SUS

Jéssica Félix Nicácio Martinez
Miguel S. Bacheladenski

RESUMO
Sendo a Saúde Coletiva um campo de saberes e práticas que possui como eixos as necessidades sociais em saúde e o processo de consolidação do SUS, este trabalho elabora reflexões sobre a inserção de professores de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF). Em linhas gerais, depois de sinalizar que a inserção profissional no NASF exige conhecimentos que extrapolam os limites dos modelos curriculares da Educação Física brasileira, compreende-se que o PRMSF pode contribuir com uma formação crítica e condizente aos princípios do SUS.
Palavras chave: Saúde Coletiva. Educação Física. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT
Being the Collective Health a field of knowledge and practices that has as axis the social needs in health and the process of consolidation of SUS, this work develops ideas on the integration of physical education teachers in the Family Health Support Centers (NASF) and the Multiprofessional Residency Program in Family Health (PRMSF). In general, after indicate that the professional insertion in the NASF requires knowledge that go beyond the limits of the model curriculum of Physical Education in Brazil, it is understood that the PRMSF can help with a critical and consistent formation with the principles of the SUS.
Keywords: Collective Health. Physical Education. Family Health Strategy.

RESUMEM
Considerando la Salud Colectiva un campo de saberes y prácticas que tiene como ejes las necesidades sociales en la salud y el proceso de consolidación del Sistema Único de Salud (SUS), este trabajo elabora reflexiones sobre la inserción de los profesores de educación física en los Núcleos de Apoio a la Salud de la Família (NASF) y el Programa de Residencia Multidisciplinario en la Salud de la Família (PRMSF). Em lineas generales, después de señalar que la inserción profesional em el NASF exige conocimientos que trasciendan los limites de los modelos curriculares de la Educación Física Brasileña, se concluye que el PRMSF puede contribuir com una formación crítica que condice com los princípios del SUS.
Palabras-Clave: Salud Colectiva. Educación Física. Estratégia Salud de la Família.

INTRODUÇÃO

Apesar do acúmulo histórico de conhecimentos e práticas inovadoras em saúde, a Educação Física brasileira, enquanto campo de conhecimento e intervenção pedagógica da área da Saúde, sobretudo em sua vertente denominada *Atividade Física relacionada à Saúde* (AF&S), permanece reproduzindo ações centradas na herança do pensamento moderno, materializando as raízes do modelo biomédico[1].

Fortemente amparada nas ciências biológicas, com olhar individualizante, fragmentado, em uma visão mecânica de corpo e restrita à doença, a AF&S propõe uma atuação descolada da realidade da população brasileira, inclusive assumindo como alguns dos compromissos de suas investigações: i) conclusões de pesquisas importadas de outros centros de conhecimento, principalmente norte-americanos; ii) ações prioritárias no combate ao sedentarismo e as doenças crônico-degenerativas; iii) relações verticalizadas da Academia sobre o conhecimento popular; iv) atuação técnica em detrimento da educativa crítica; e v) responsabilização do indivíduo por sua saúde, desconsiderando-a como direito de todos e responsabilidade do Estado (MATIELLO JÚNIOR; GONÇALVES; MARTINEZ, 2008).

No entanto, no interior da própria Educação Física observa-se que pesquisadores e grupos cada vez mais têm se aproximado do campo de conhecimento da Saúde Coletiva, o qual defende análises mais profundas sobre as condições de vida das populações, uma vez que reconhece que a saúde é produzida e deteriorada nos contextos sociais. Acreditamos que, essa aproximação com a Saúde Coletiva se deva, principalmente, pela insuficiência de aportes teórico-metodológicos que deem conta de compreender as transformações sociais, econômicas, políticas e culturais que estão ocorrendo em nossa sociedade, que exigem outros referenciais para o entendimento dos modos de viver e adoecer da população.

Estas mudanças são evidenciadas quando se cogita a inserção de professores de Educação Física para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), sobremaneira a partir da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), para os quais, a nosso ver, a maioria dos modelos curriculares da Educação Física ainda é construído em torno de uma compreensão de saúde limitada às dimensões biológicas e comportamentais dos seres humanos, e que, portanto, alheios aos propósitos que acarretam o surgimento e que orientam a atuação do SUS.

Enquanto esse processo de transformação ocorre paulatinamente, compreendemos que uma alternativa tem sido a formação em nível de pós-graduação no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF), a qual tem procurado reorientar a formação profissional na direção de um percurso marcado por críticas reflexivas das condições de vida e saúde da população, do processo educativo no serviço público de saúde, de acesso aos conhecimentos epidemiológicos e sanitários que oferecem suporte para essa atuação, enfim, de uma formação voltada para os interesses de um sistema, cidadão, justo, equânime.

Assim, temos como objetivos desse trabalho problematizar a inserção e atuação de professores de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e apresentar o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família como

[1] Segundo Almeida Filho e Andrade (2003), esse modelo estrutura-se a partir de uma teoria empirista da doença. Com objetivo pragmático de estabelecer o diagnóstico da doença e propor uma terapêutica, racional e eficaz, a atenção médica é centrada na clínica baseada no conhecimento biológico de cadeias causais a partir de um roteiro de decodificação das queixas dos pacientes para identificar seu processo patológico somático ou psicológico.

possibilidade alternativa de formação político-educacional e crítica desse profissional para/no SUS.

É com este pensamento que, inicialmente apresentamos o campo de conhecimento da Saúde Coletiva, o qual contribuiu sensivelmente para a construção do SUS, para em seguida compartilhar as reflexões sobre os desafios para a formação e inserção de professores de Educação Física na estratégia Saúde da Família, concentrando-se especificamente no NASF e no PRMSF.

SAÚDE COLETIVA: NOVOS SABERES E PRÁTICAS EM SAÚDE

O movimento conhecido nos países latino-americanos como Medicina Social passou a ser denominado no Brasil de Saúde Coletiva[2]. O referido campo surge em 1979, quando profissionais da saúde pública e medicina preventiva buscaram fundar um campo científico orientado pelo social nos aspectos teórico-metodológicos e políticos das pesquisas em saúde (CAMPOS, 2000). Para Stotz (1997), a versão brasileira alcançou um nível de institucionalização mais sólido. Sua vasta literatura integrou inúmeros currículos de graduação e pós-graduação, assim como orientou a formulação de políticas públicas e organização corporativa dos profissionais de saúde.

Este campo representa esforços científicos no que tange aos problemas atrelados ao processo de "modernização" e subordinação da América Latina aos países capitalistas ocorrido nos anos sessenta e setenta. Seu marco histórico-social aconteceu no auge de movimentos revolucionários que instigaram a produção de conhecimentos científicos e propostas de democratização da saúde na busca de um novo projeto de sociedade para o Brasil (AROUCA, 2003). Trata-se, então, de um campo científico onde são produzidos

> [...] saberes e conhecimentos acerca do objeto saúde e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos; e como âmbito de práticas, onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como setor saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 59).

No centro de suas reflexões e ações está a integralidade da atenção à saúde, a participação popular e o entendimento da saúde como direito e dever do Estado, já que ela é resultante de múltiplos determinantes.

> Em seu sentido mais abrangente a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso à serviços de saúde. É, assim, o resultado das formas de organização social da produção, as

[2] Para aprofundamentos sobre a Saúde Coletiva sugere-se o livro organizado por Gastão Wagner de Sousa Campos, Maria Cecília de Souza Minayo, Marco Akerman, Marcos Drumond Júnior e Yara Maria de Carvalho intitulado Tratado de Saúde Coletiva, editora Hucitec, 2006.

> quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

Portanto, é um campo que assume que a "saúde não é um conceito abstrato", mas é definido "no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas" (BRASIL, 1986, p. 4). Ou seja, é o resultado de um processo dinâmico e contraditório na dimensão coletiva, sendo determinada pela forma com que os seres humanos consomem e trabalham; pelas relações sociais que estabelecem; como transformam a natureza; pela distribuição e troca de bens socialmente produzidos; pelas instituições que geram e pela consciência e organização que alcançam (CAMPAÑA, 1997).

A partir desta visão ampliada de saúde, a categoria *determinação social* apresenta-se como uma ferramenta poderosa para compreensão da gênese do processo saúde-doença. Essa categoria tem sido desenvolvida e aprofundada teórico-metodologicamente na medida em que são elaboradas investigações voltadas para a construção de um projeto contra-hegemônico de saúde na América Latina. É a compreensão de ciência e saúde a partir de um novo projeto epistemológico, ontológico e praxiológico que luta pela emancipação popular, e que se compromete, sobretudo, com ética pela vida digna dos "sem poder" (BREILH, 2006).

Assim, é um campo de conhecimento que compreende a saúde como decorrente do contexto social, cujo movimento de gênese e reprodução é possibilitado pelos processos individuais e coletivos, que se articulam e se determinam mutuamente. É um olhar dialético que auxilia a compreender tanto os elementos mais amplos da estrutura político-ideológica da sociedade como os processos particulares de uma classe ou um grupo, e a realidade familiar e pessoal dos sujeitos (BREILH, 2006).

Partindo do entendimento de que saúde é produzida e deteriorada nos contextos sociais, a Saúde Coletiva, portanto, é um campo de conhecimento que procura agir em compasso a um movimento planetário contra a acentuada medicalização e individualização da saúde. Sua constituição histórico-social, aliás, culminou na articulação de práticas teórica, política e ideológica numa luta contra-hegemônica, que materializada no plano técnico-institucional do SUS, possibilitou o encontro entre os cidadãos, o Estado e os agentes de saúde (PAIM, 1997).

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Formado pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, o SUS pode ser considerado como uma das grandes conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988, já que

> [...] representa a materialização de uma nova concepção acerca da saúde em nosso país. Antes a saúde era entendida como "o estado de não doença", o que fazia com que toda lógica girasse em torno da cura de agravos à saúde. Essa lógica, que significava apenas remediar os efeitos com menor ênfase nas causas, deu lugar a uma nova noção centrada na prevenção das doenças e promoção da saúde. Para tanto, a saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de bens que englobam a alimentação, o

> trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer etc. (BRASIL, 2000, p. 5)

Portanto, o SUS insere-se em um contexto mais amplo da política pública – o da *seguridade social*. A definição deste modelo representa a formulação, pela primeira vez na história do país, de uma estrutura de proteção social abrangente (BAPTISTA, 2007) e que caracteriza a saúde como *um direito de todos e dever do Estado*, e não apenas um serviço que se acessa por meio de alguma contribuição ou pagamento qualquer (MATTA, 2007).

Nessa direção, como base filosófica, cognitiva e ideológica, assume a *universalidade*, a *equidade* e a *integralidade* como seus princípios orientadores. A *universalidade* por estar alinhada ao projeto de uma sociedade mais justa, igualitária e democrática, consiste na garantia de que todos os cidadãos, sem privilégios ou barreiras, serão atendidos conforme suas necessidades até o limite que o sistema possa oferecer para todos. A *equidade* nada tem a ver com igualdade. Pelo contrário, diz respeito a uma forma de tratar desigualmente o desigual, sendo que no atendimento das necessidades individuais e coletivas, os investimentos devem ser destinados aonde as desigualdades são maiores. Por sua vez, a *integralidade* refere-se à garantia do acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, e nas quais as necessidades de saúde das pessoas serão levadas em consideração mesmo quando não sejam iguais às da maioria (BAPTISTA, 2007; MATTA, 2007).

Articulando-se a estes princípios, *descentralização*, *regionalização e hierarquização* e *participação da comunidade*, são as diretrizes que definem a forma, as estratégias e os meios de organização do sistema para sua concretização. A *descentralização* é a estratégia para o enfrentamento das desigualdades regionais e sociais, inclusive delegando responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde nas diferentes esferas do poder público (União, estados, municípios). A *regionalização e hierarquização* é uma forma de melhor conhecer os problemas sociais e de saúde das diferentes localidades, bem como implementar ações condizentes com os problemas. Por fim, a *participação da comunidade* representa a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas e do controle de sua execução (BAPTISTA, 2007; MATTA, 2007).

Com o conjunto destes princípios e diretrizes, o SUS procura reorganizar o modelo da atenção básica à saúde, inclusive reorientando as práticas profissionais. Neste processo, reconhece-se que uma de suas principais estratégias tem sido a Saúde da Família. Criado em 1994, é um programa inspirado em experiências bem sucedidas de países como Cuba, Canadá e Inglaterra, e que em um trabalho multidisciplinar com ênfase na promoção da saúde, combina escolhas individuais com responsabilidade social pela saúde, bem como estimula a participação popular na efetiva formulação e implementação de ações.

Em face disto, Quint, Matiello Júnior, Martinez e Bacheladenski (2005) assinalam a importância de os diferentes profissionais envolvidos estarem cientes da necessidade de sua interação com as pessoas, principalmente para definição e implementação de estratégias coletivas que possam contribuir com a melhoria das suas condições de vida.

E foi no sentido de ampliar suas ações que, em 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com os quais procura-se instituir a plena integralidade do cuidado aos usuários do SUS, através da qualificação e

complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família (ESF). A proposta é que o NASF[3] seja constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento (inclusive professores de Educação Física), compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, apoiando às equipes e a unidade na qual o NASF está cadastrado (BRASIL, 2008).

A composição de cada NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações[4]. As ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com a ESF, tem como eixos centrais: participação popular, acolhimento e humanização da atenção, intersetorialidade, ações multiprofissionais e transdisciplinares e responsabilidade compartilhada.

A EDUCAÇÃO FÍSICA NOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA

Nos interessa para fins desse trabalho, apresentar e discutir algumas ações específicas da Educação Física denominada na portaria do NASF como *Atividade Física/Práticas Corporais*.

Inicialmente, chama-se a atenção para o conceito ora utilizado para definir as ações dos professores de educação física no NASF. Recentemente, observam-se esforços por parte de alguns pesquisadores da Educação Física na busca por um conceito que supere a visão restrita de atividade física.

Para Warschauer *et. al.* (2007), o conceito das Práticas Corporais apresenta-se de forma distinta dos conceitos de atividade física e exercício físico, já que atribui sentidos e significados aos modos de se expressar corporalmente, ou seja, o ser humano em movimento. Assim, esse conceito é compreendido pelo viés das ciências humanas e sociais, das artes, da filosofia e dos saberes populares, como também das ciências biológicas e naturais, valorizando a interdisciplinariedade e a intersetorialidade.

De forma similar, o conceito de práticas corporais é compreendido por Silva e Damiani (2005) como "levar a efeito" ou "exprimir" dada intenção por meio do corpo, sob esse aspecto valoriza-se a construção cultural e a linguagem que constituem variadas formas de expressão corporal.

Na Política Nacional de Promoção da Saúde[5], documento que orienta as ações de "Prática Corporal/Atividade Física" no NASF, compreende-se práticas corporais como

[3] Existem duas modalidades de NASF que se diferem pela densidade populacional. Os municípios com densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ano base 2007, poderão implantar o NASF 2. Assim, os municípios com densidade populacional acima desse valor deverão implantar o NASF 1 (BRASIL, 2008).

[4] O NASF 1 é composto por cinco profissionais que podem ser das seguintes ocupações: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional. E o NASF 2 é composto por três profissionais dentro das seguintes ocupações: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008).

[5] Em 2005, o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde (O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), O Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão). Dentre as macro-prioridades do Pacto em Defesa da Vida, possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase para o fortalecimento e qualificação estratégica da

expressões individuais e coletivas do movimento corporal advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica. São possibilidades de organização, escolhas nos modos de relacionar-se com o corpo e de movimentar-se, que sejam compreendidas como benéficas à saúde de sujeitos e coletividades, incluindo as práticas de caminhadas e orientação para a realização de exercícios, e as práticas lúdicas, esportivas e terapêuticas, como: a capoeira, as danças, o Tai Chi Chuan, o Lien Chi, o Lian Gong, o Tui-ná, a Shantala, o Do-in, o Shiatsu, a Yoga, entre outras (BRASIL, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), as ações que competem aos professores de Educação Física no NASF têm como objetivos propiciar melhoria da qualidade de vida da população, redução dos agravos e dos danos decorrentes das doenças não-transmissíveis, redução do consumo de medicamentos, formação de redes de suporte social e participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos.

Com intuito de apresentar as atribuições do professor de educação física no NASF segue abaixo o detalhamento das suas ações:

- ✓ desenvolver atividades físicas e práticas corporais junto à *comunidade*;
- ✓ veicular informações que visam à prevenção, a minimização dos riscos e à proteção à vulnerabilidade, buscando a *produção do autocuidado*;
- ✓ incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de *pertinência social* nas comunidades, por meio da atividade física regular, do esporte e lazer, das práticas corporais;
- ✓ proporcionar *Educação Permanente* em Atividade Física/Práticas Corporais, nutrição e saúde juntamente com as ESF, sob a forma de co-participação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais *metodologias da aprendizagem em serviço*, dentro de um processo de Educação Permanente;
- ✓ articular ações, de forma integrada às ESF, sobre o conjunto de *prioridades locais em saúde* que incluam os diversos setores da administração pública;
- ✓ contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos *espaços públicos* de convivência como proposta de inclusão social e combate à violência;
- ✓ identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho em práticas corporais, em conjunto com as ESF;
- ✓ capacitar os profissionais, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde - ACS, para atuarem como facilitadores/monitores no desenvolvimento de Atividades Físicas/Práticas Corporais;
- ✓ supervisionar, de forma *compartilhada e participativa*, as atividades desenvolvidas pelas ESF na comunidade;

Saúde da Família; A Promoção, Informação e Educação em Saúde com ênfase na Promoção de atividade física, na Promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento.

- ✓ promover ações ligadas à Atividade Física/Práticas Corporais junto aos demais *equipamentos públicos* presentes no *território*, como escolas, creches etc;
- ✓ articular parcerias com outros setores da área adstrita, junto com as ESF e a população, visando ao melhor uso dos espaços públicos existentes e a ampliação das áreas disponíveis para as práticas corporais (*intersetorialidade*); e
- ✓ promover eventos que estimulem ações que valorizem Atividade Física/Praticas Corporais e sua importância para a *saúde da população*.

De forma geral e apenas como recurso didático para evidenciar os obstáculos postos, identifica-se que a maioria dos termos assinalados nas ações do professor de educação física nos NASF não é privilegiada (quando existe) nas discussões da Educação Física. Nesse âmbito, a formação ainda é incipiente quanto ao debate crítico sobre o processo de saúde-doença, apresentando pouca ou nenhuma relação com a realidade social e necessidades da população.

A Educação Física, assim como a maioria das profissões da área da saúde, defronta-se com modelos curriculares fragmentados, não inseridos nos serviços públicos de saúde, nos quais o enfoque pedagógico limita-se às metodologias tradicionais baseadas na transmissão de conhecimentos, que não privilegiam a formação crítica do estudante, inserindo-o tardiamente no mundo do trabalho. A abordagem interdisciplinar e o trabalho em equipes multiprofissionais, raramente são reconhecidos pelas instituições formadoras na graduação, resultando na ação isolada de cada profissional e na sobreposição das ações de cuidado e sua fragmentação (BRASIL, 2007b).

Atualmente há um fervoroso debate sobre quais profissionais devem compor os NASF, estando à frente desse movimento os Conselhos Profissionais que, na sua maioria, argumentam no sentido de buscar maiores reservas de mercado, sem ampliar a discussão com os profissionais, gestão municipal, serviço de saúde e população. A importância do professor de Educação Física para promoção da saúde da população já é reconhecida internacionalmente (OMS e OPAS) e nacionalmente por governos e população. No NASF devemos ter a cautela para não restringir e simplificar a inserção do professor de educação física sem a devida reflexão das mudanças curriculares e a importância da Atenção Básica e estratégia Saúde da Família, para não cair em equívocos nos quais as propostas dos NASF fiquem restritas às discussões e definições por comissões municipais sem inclusão dos demais setores envolvidos com esse processo.

O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Com a criação do Programa Saúde da Família em 1993, o serviço de saúde passa a demandar um novo profissional, evidenciando as contradições entre o sistema de saúde e a formação acadêmica. Nesse contexto, as residências multiprofissionais em saúde da família surgiram na tentativa de contribuir para transformar o modelo de formação, baseado na especialização, fragmentação do conhecimento e em uma visão restrita à doença como fenômeno biológico, assim como de garantir a efetivação do *artigo 200* da Constituição Federal, que já determinava a responsabilidade ao SUS de ordenar a formação de recursos humanos em saúde.

No ano de 2002 foram criadas 19 residências multiprofissionais em saúde da família, com financiamento do Ministério da Saúde em parceria entre gestores e instituições formadoras em áreas justificadas pela realidade local, considerando o modelo de gestão, a realidade epidemiológica, a composição das equipes de trabalho, a capacidade técnico-assistencial, as necessidades locais e regionais e o compromisso com os eixos norteadores da Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2007a, 2006).

Assim, as residências se constituem em ensino de pós-graduação *lato sensu* destinado às profissões[6] que se relacionam com a saúde, caracterizadas por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais. No processo de formação do residente busca-se pensar e produzir espaços de saúde, a partir do reconhecimento que problemas complexos necessitam de respostas coletivas, promovendo o cuidado de forma transdisciplinar, intersetorial, atentos às questões socioeconômicas, culturais, políticas e religiosas que constituem o modo de viver e adoecer da comunidade (BRASIL, 2006).

Os programas existentes apresentam uma variedade de desenhos metodológicos, no entanto, é comum a todos eles a utilização de metodologias ativas e participativas e a educação permanente como eixo pedagógico. Nesse sentido, é exemplar a formação e qualificação de preceptores e tutores antes de iniciar novas turmas de residentes. A interdisciplinariedade é o grande diferencial dessa proposta, com quatorze categorias compondo as profissões de saúde a ênfase está na formação coletiva e cuidado integral dos usuários, mas reconhecendo a importância dos núcleos específicos de saberes de cada profissão.

A criação da Rede Docente Assistencial também mostrou-se como importante instrumento para construção de espaços de ensino em serviço, a fim de promover mudanças no modelo de formação dos profissionais de saúde; desencadeamento de processos de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da área da saúde; e incentivo em nível de pós-graduação no formato residência, cursos de especialização em saúde da família e capacitações dos trabalhadores do SUS (BRASIL, 2006).

Além da formação de profissionais, o PRMSF busca contribuir para a mudança do desenho técnico-assistencial do SUS. A aproximação do ensino com a gestão se constitui em inovação na formulação de políticas para formação de trabalhadores do e para o SUS. Nesse sentido, o PRMSF pode promover mudanças nas práticas cristalizadas das equipes de saúde, com a criação de novos espaços de planejamento, clínica, cuidado, promoção, prevenção e educação em saúde, pois para além da habilidade técnica é necessário o estímulo ao pensamento, a emoção, a crítica com destaque para os espaços de diálogo e troca de saberes, compartilhando decisões e construção de processos de cuidado (BRASIL, 2006).

Ainda que a proposta do Programa ora apresentado seja importante como instrumento para formação de recursos humanos para o SUS, obviamente que também possui problemas pedagógicos e de operacionalização de sua proposta. Assim, com objetivo de contribuir para o avanço e consolidação dessa proposta elencamos alguns

[6] De acordo com Portaria Interministerial n° 45 de 12 de janeiro de 2007, as profissões que integram os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde são: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2007a).

elementos advindos das vivências nas unidades com estratégia Saúde da Família e em outros espaços de discussões[7].

Como já anunciado, evidencia-se a grande lacuna na formação acadêmica da maioria dos cursos da área da saúde com relação às discussões sobre comunidade, educação popular, políticas públicas de saúde e interdisciplinaridade, enfim, da inserção dos conteúdos da Saúde Coletiva e do SUS nas diretrizes curriculares desses cursos[8]. Além do que, várias profissões da saúde ainda não têm estabelecido claramente seu modelo de inserção no SUS, assim como o processo de desconstrução de valores individuais para que suas ações se constituam em práticas humanizadoras e integrais.

As avaliações dos programas ainda se apresentam se forma aquém a proposta do PRMSF, que requer uma estratégia pedagógica com foco na qualidade do processo de aprendizagem dos residentes inseridos no serviço. Também é importante buscar instrumentos para avaliar o impacto do PRMSF nas comunidades, para os profissionais e professores, com intuito também de avançar na superação do pensamento dicotômico entre teoria e prática reconhecendo todos os atores na construção e reconstrução do PRMSF (BRASIL, 2006).

Há problemas de certificação do PRMSF que reconhece a modalidade de residência apenas como especialização *lato sensu*. Ainda é contraditório que o Ministério da Saúde não certifique e reconheça uma proposta tão importante, que já em 2006 contava com 22 programas, com financiamento de 1.558 bolsas, cujo investimento alcançou a ordem de quase 50 milhões de reais (BRASIL, 2006).

E, para finalizar, compreendemos que o PRMSF é um importante espaço de discussão, reflexão e apropriação de conhecimentos epidemiológicos e sanitários da população. É significativa nessa formação a vivência nas unidades de saúde e assim, o contato permanente com as necessidades em saúde da população que estimula busca de ações baseadas na realidade social. Atualmente, essa modalidade de ensino está minimizando uma grande lacuna das instituições formadoras da graduação de alguns cursos, o que por uma perspectiva é positiva, mas em outra, secundariza os objetivos desse curso de pós-graduação, ou seja, o aprofundamento de saberes e problematização das vivências nas unidades de saúde.

CONCLUSÃO

A maioria dos professores de Educação Física tem incorporado a relação entre atividade física e saúde de forma linear e mecânica, sem realizar reflexões críticas sobre os fundamentos epistemológicos dessa relação que se tornou inquestionável no campo da Educação Física. Nesse âmbito, corrobora-se com Freitas (2007) quando conclui que as discussões relativas à formação profissional, produção de conhecimento, objetivos e conteúdos de programas da área são secundarizados em detrimento da atuação voltada

[7] Observações realizadas em reuniões coletivas, aulas e avaliações no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Regional de Blumenau. Além de reflexões advindas de participações no Fórum dos Residentes e III Seminário de Residência Multiprofissional e por Área Profissional, na cidade de Brasília, em 2008.

[8] Algumas iniciativas do Ministério da Saúde/Educação já estão andamento com objetivo de transformar o processo de formação profissional, como por exemplo, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO SAÚDE). Em 2005 foram selecionados 90 cursos, inicialmente de Enfermagem, Medicina e Odontologia, com impacto sobre aproximadamente 46 mil estudantes de graduação da área da Saúde (BRASIL, 2006).

para o trabalho individual e o espaço privado em uma compreensão de Educação Física como sinônimo de atividade física.

No decorrer do texto buscou-se apresentar a Saúde Coletiva como campo científico com acúmulo teórico e inovações em saúde que pode subsidiar mudanças paradigmáticas na Educação Física e sua relação com a Saúde. Nesse processo, é fundamental considerar as necessidades em saúde da população brasileira e o avanço e consolidação do SUS, em suas diretrizes de universalização, equidade e integralidade, como eixos orientadores de uma práxis educativa crítica. Nesse ínterim, importa o equilíbrio entre relevância social e excelência técnica.

A possibilidade de atuação profissional nos NASF coloca para a Educação Física, assim como para as demais profissões, a urgência de buscar outros referencias teórico-metodológicos para entendimento do processo saúde-doença-cuidado de comunidades. O que implica mudanças expressivas nos modelos curriculares da formação acadêmica que estejam consonantes com a realidade sanitária e epidemiológica do Brasil, mas do que ações simplistas de reserva de mercado.

Nesse contexto, é fundamental a proposição de estágios no serviço público de saúde, no qual o estudante possa vivenciar problemas reais, assumindo paulatinamente responsabilidades, reconhecendo-se como agente de cuidados em saúde.

Diante desse quadro, salienta-se a importância do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família como alternativa para formação político-educativa e crítica de professores de educação para atuação no SUS.

De forma geral, é necessária reorientação das pesquisas desenvolvidas na área da Saúde, com ênfase na investigação das necessidades da comunidade, experimentação de novos modelos de intervenção e outros enfoques pedagógicos, valorização de conhecimentos e tecnologias criadas no cotidiano das unidades de saúde, incorporação de novas tecnologias e desenvolvimento de indicadores que possibilitem o monitoramento da resolubilidade da atenção/cuidado da população. Nesse sentido, os subsídios para mudanças em todos os âmbitos da educação e saúde estão sendo orientadas pelo campo da Saúde Coletiva e o compromisso com a saúde, dignidade e justiça social.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO; Naomar de; ANDRADE, Roberto Fernandes Silva. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral da saúde-doença como base para a promoção da Saúde. In: CZERESNIA, Dina (org.). *Promoção da Saúde*: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p. 97-115.

AROUCA, Sérgio. *O dilema preventivista*: contribuições para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora UNESP/FIOCRUZ, 2003.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Farias. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (Orgs.). *Políticas de saúde*: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 29-60.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM n.154 de 24 de Janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. 2008. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/portaria154.2008.pdf Acesso em: 17 mar. 2009.

_____. Ministério da Saúde e Educação. *Portaria Interministerial 45 de 12 de Janeiro de 2007*. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. 2007a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_45_2007.pdf Acesso em: 22 mar. 2009.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência Multiprofissional em saúde*: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Sistema Único de Saúde (SUS)*: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. *8ª Conferência Nacional de Saúde*: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf Acesso em 05 abr. 2009.

BREILH, Jaime. *Epidemiología crítica*: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

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

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.2, p. 219-230, 2000.

FREITAS, Fabiana Fernandes. *A Educação Física no Serviço Público de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2007.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (Orgs.). *Políticas de saúde*: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80.

MATIELLO JÚNIOR, Edgard; GONÇALVES, Aguinaldo; MARTINEZ, Jéssica Félix Nicácio Martinez. Superando Riscos na Atividade Física Relacionada à Saúde. *Movimento*. v.14, n.1, p 39-61, jan/abr de 2008.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIM, Jairnilson Silva. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: FREURY, Sonia (Org.). *Saúde e Democracia:* a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 11-24.

QUINT, Fernanda Ouriques; MATIELLO JÚNIOR, Edgard; MARTINEZ, Jéssica Félix Nicácio; BACHELADENSKI, Miguel Sidenei. Reflexões sobre a inserção da Educação Física no Programa Saúde da Família. *Motrivivência*, Ano XVII, n.24, p. 81-95, jun./2005.

SILVA, Ana Márcia; DAMIANI, Iara Regina (Orgs). *Práticas Corporais*: experiências em Educação Física para outra formação humana. Florianópolis: Naemblu Ciência & Arte, 2005.

STOTZ, Eduardo Navarro. A saúde coletiva como projeto científico: teoria, problemas e valores na crise da modernidade. In: CANESQUI, Ana Maria. (org.) *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1997.

WARSCHAUER, Marcos; CARVALHO, Yara Maria; Martins, Cleide Lavieri; FREITAS, Fernanda Fernandes. As escolhas das práticas corporais e dos profissionais que as conduzem nas unidades básicas de saúde do distrito Butantã - SP. In: XV CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE E II CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 2007, Recife. *Anais...* XV Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e II Congresso Internacional de Ciências do Esporte. Recife : Edupe, 2007. v. 1.

Endereço: Alameda Rio Branco, 454 apto 08
Bairro: Centro CEP: 89010-300 Blumenau/SC

Email: jessicafelix01@yahoo.com.br

Recurso Tecnológico: Data-show