



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ**  
**PAULO MAGALHÃES MONARD NASCIMENTO**

**MOVIMENTO DE MUDANÇA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO  
FÍSICA NA SAÚDE: DISCURSOS CURRICULARES DA UFRGS, DA UFBA E DA  
UNIFESP**

**MACAPÁ/AP**  
**2016**

**PAULO MAGALHÃES MONARD NASCIMENTO**

**MOVIMENTO DE MUDANÇA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO  
FÍSICA NA SAÚDE: DISCURSOS CURRICULARES DA UFRGS, DA UFBA E DA  
UNIFESP**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Professor Dr. Marcio Romeu Ribas de Oliveira

**MACAPÁ/AP**

**2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Biblioteca Central da Universidade Federal do Amapá

613.17

N244m Nascimento, Paulo Magalhães Monard.

Movimento de mudança na formação profissional em educação física na saúde: discursos curriculares da UFRGS, da UFBA e da UNIFESP / Paulo Magalhães Monard Nascimento; orientador, Marcio Romeu Ribas de Oliveira. – Macapá, 2016.

144 f.

Dissertação (mestrado) – Fundação Universidade Federal do Amapá, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

**PAULO MAGALHÃES MONARD NASCIMENTO**

**MOVIMENTO DE MUDANÇA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO  
FÍSICA NA SAÚDE: DISCURSOS CURRICULARES DA UFRGS, DA UFBA E DA  
UNIFESP**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovada em:

Banca examinadora:

---

Doutor Marcio Romeu Ribas de Oliveira (Orientador)  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

---

Doutora Yara Maria de Carvalho (Examinadora)  
Universidade de São Paulo

---

Doutor Demilto Yamaguchi da Pureza (Examinador)  
Universidade Federal do Amapá

---

Doutor Álvaro Adolfo Duarte Alberto (Examinador)  
Universidade Federal do Amapá

Dedico esta obra a minha mãe, Erody Magalhães Monard Nascimento. Uma mulher trabalhadora e sonhadora que destinou parte importante da vida para apoiar a formação dos seus filhos e me proporcionou os meios para seguir a caminhada da vida.

## AGRADECIMENTOS

Minha gratidão a Deus, o grande e verdadeiro realizador de todos os meus sonhos, deste e de todos os outros que ainda virão.

A minha família, Pai, Mãe, Irmão e Irmã, pela presença constante e apoio absoluto.

A minha companheira, Bruna Cardoso Gonçalves, por me acompanhar, incentivar, entender e, principalmente, por dizer “sim” e aceitar compartilhar sonhos e vida comigo.

Ao professor Marcio Romeu Ribas de Oliveira, por compartilhar sua leitura, presencial e a distância, da pesquisa e do mundo, me orientando ou me desorientando (foi assim que ele definiu sua orientação na minha defesa do trabalho de conclusão de curso da graduação) e me provocando constantes momentos de crise que me possibilitaram aprimorar minha capacidade de pensar e de agir.

Ao professor Demilto Yamaguchi da Pureza, pela credibilidade, presença constante e disponibilidade incomparável. Agradeço, sobretudo, por ter aceitado fazer parte dessa história e contribuir de maneira ímpar para esta obra. Sua versatilidade – do treinador, do atleta, do professor, do pesquisador, da capacidade de leitura do biomolecular ao sociocultural – é inspiração para mim desde que o conheci durante minha graduação.

À professora Yara Maria de Carvalho que contribuiu e contribui de maneira exemplar, como professora e pesquisadora, para o campo da educação física e da saúde e que, como uma grande educadora que é, me ensinou e me incentivou, sempre com sabedoria, carinho e *cuidado*. Agradeço por aceitar meu convite, por me pôr em crise e me permitir o aprendizado, seja por e-mail, pelos seus diversos artigos publicados, pelos seus vídeos no YouTube e pela aula ao vivo.

Ao professor Álvaro Adolfo Duarte Alberto, meu primeiro contato com a educação física no ambiente acadêmico e responsável por minha primeira crise com relação a mesma, por aceitar prontamente o convite para contribuir para este estudo.

À equipe de técnicos-administrativos do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e da Universidade Federal do Amapá como um todo, em especial a Léa Ayres, pessoa e profissional exemplar, sempre compreensível e dedicada a nos auxiliar em tempo integral.

Aos demais professores da Universidade Federal do Amapá, desde a graduação até a pós-graduação, em especial dos cursos de Educação Física, de Pedagogia, de Biologia, de

Enfermagem, de Mestrado em Ciências da Saúde e de Mestrado em Direito Ambiental e Políticas Públicas, os quais contribuíram para minha formação profissional e humana, sendo fonte de conhecimento e, principalmente, inspiração.

Aos amigos e colegas do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Educação Física, Esporte e Lazer (NEPEFEL), por dividirem comigo momentos, concepções, experiências, trabalhos, saberes. Obrigado pelo apoio que nos possibilitou avançar nos estudos.

Agradeço, enfim, a todos os que estão direta ou indiretamente envolvidos na minha vida pessoal, acadêmica e profissional, e que, portanto, tiveram alguma contribuição para a realização desta obra.

Não sou apenas objeto da história mas seu sujeito igualmente. No mundo da História, da cultura, da política, constato não para me adaptar mas para mudar. No próprio mundo físico minha constatação não me leva à impotência. O conhecimento sobre os terremotos desenvolveu toda uma engenharia que nos ajuda a sobreviver a eles. Não podemos eliminá-los mas podemos diminuir os danos que nos causam. Constatando, nos tornamos capazes de intervir na realidade, tarefa incomparavelmente mais complexa e geradora de novos saberes do que simplesmente nos adaptar a ela. (FREIRE, 1996, p. 77).



NASCIMENTO, P. M. M. **Movimento de mudança na formação profissional em educação física na saúde:** discursos curriculares da UFRGS, da UFBA e da UNIFESP. 2016. 144 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Amapá, Macapá.

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo principal analisar o movimento de mudança na formação profissional em Educação Física para o campo da saúde, a partir de discursos curriculares considerados renovados ou inovadores quanto a este aspecto. Logo, esta pesquisa demandou estudar (a) os processos implicados na construção da formação profissional em Educação Física no Brasil numa perspectiva histórica, destacando as questões curriculares e a influência da área da saúde; (b) parte dos movimentos de mudança que se desenvolveram no cenário da saúde, dedicando maior atenção ao aspecto da formação do profissional da saúde, inclusive com alguns apontamentos específicos para a Educação Física e; (c) os movimentos de mudança na formação profissional em Educação Física no campo da saúde, presentes nos cursos da UFRGS, da UFBA e da UNIFESP, considerados mobilizadores diretos desse processo de mudança na formação e, ao mesmo tempo, representantes da esfera pública do ensino de graduação. O estudo baseou-se numa pesquisa bibliográfica e numa pesquisa documental. A pesquisa bibliográfica tomou como ponto de referência, a partir das discussões acumuladas pelo campo da Saúde Coletiva, as perspectivas do conceito ampliado de saúde, em geral, enquanto visão que reconhece o processo de saúde-doença como implicado por diversas dimensões da vida do ser humano em sociedade, portanto, não restrito ao aspecto biomédico. Já a pesquisa documental debruçou-se sobre o estudo dos Projetos Pedagógicos e suas respectivas Matrizes Curriculares dos cursos de graduação em Educação Física da UFRGS, da UFBA e da UNIFESP. Como resultado da pesquisa podemos considerar que os discursos curriculares de mudança na formação em saúde aqui estudados estão pautados num projeto de transformação crítica do contexto da Educação Física no campo da saúde, a partir das contribuições da Saúde Coletiva e por conseguinte das ciências humanas e sociais, em enfática crítica ao currículo considerado técnico-esportivizado, que se restringe prioritariamente ao prisma biomédico, tecnicista, focado na doença, na transferência direta de informações fragmentadas e descontextualizadas, na medicalização a partir do reconhecimento acrítico de fatores de risco para enfermidades e no chamado estilo de vida saudável. Entretanto, este posicionamento não está inteira e explicitamente colocado na totalidade dos currículos, o que nos leva a inferir que no processo de construção/invenção curricular diferentes projetos de formação, de sociedade, de educação e de saúde tiveram seus interesses pontuados.

Palavras-chave: Formação em Educação Física; Saúde; Saúde Coletiva.

**NASCIMENTO, P. M. M. Movement of change of the professional formation in Physical Education on the Health field: curriculum speeches of UFRGS, of UFBA and of UNIFESP.** 2016. 144 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Amapá, Macapá.

### **ABSTRACT**

This present study aimed, as its main objective, to analyze the changes in the Physical Education professional formation focused on the Health field, through curricular discussions considered renewed or innovative in this aspect. Therefore, this research demanded (a) study of the processes involved in the construction of the professional formation of Physical education in Brazil through a historical perspective, highlighting curricular questions and influences of the Health field; (b) part of the movements of changes that were developed in the Health scenery, devoting more attention to the formative aspect of the Health professional, including some specific notes about Physical Education and; (c) the movements of changes of the professional formation in Physical Education on the Health field, present in the courses of UFRGS, UFBA and UNIFEST (universities), considered direct mobilizers of this process of change in the formation and, concomitantly, presenters of the public sphere of the graduation. This study is based on a bibliographical research as well as in a documental research. The bibliographic research took as reference, through accumulated debates on the field of Collective Health, the perspectives of an amplified concept of health, in general, acknowledging the process health-disease as implication of several dimensions of life in society, thus not restricted to the biomedical aspect. Being the documental research focused on the study of Pedagogical Projects and their respective Curricular Matrices of Physical Education's graduation courses of UFRGS, UFBA and UNIFESP. As result of the research, we consider that the curricular discussions about changes in Health formation quoted here are rolled in a project of critical transformation of Physical Education in the field of Health through contributions of Collective Health and, consecutively, of Human and Social Sciences, critically emphasizing the curriculum considered technical-sportivized, that restricts itself prior to the biomedical and technicist prism, focused on the disease, in the direct transference of fragmented and decontextualized information, in medicalization through non-critical acknowledgement of risk factors of illnesses and of the so-called healthy life style. However, this positioning is not placed wholly and explicitly on the total of the curricula, what makes us deduce that the process of curricular construction/intervention, distinct projects of formation, society, education and health had their interests punctuated.

**Keywords:** Physical Education formation; Health; Collective Health.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Quadro 1 – Visão geral da organização curricular da UFRGS	70
Quadro 2 – Visão geral da organização curricular da UFBA	89
Quadro 3 – Visão geral da organização curricular da UNIFESP	109

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CES	Câmara de Educação Superior
CFE	Conselho Federal de Educação
CNE	Conselho Nacional de Educação
CP	Conselho Pleno
EF	Educação Física
ENEFD	Escola Nacional de Educação Física e Desportos
EPM	Escola Paulista de Medicina
ESEF	Escola Superior de Educação Física da UFRGS
EsEFEx	Escola de Educação Física do Exército
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anízio Teixeira
LDBN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
REUNI	Reestruturação e Expansão das Universidades Federais Brasileiras
SUS	Sistema Único de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	14
<b>1. CONTEXTOS HISTÓRICOS E A CONSTRUÇÃO DE PROJETOS DE MUDANÇA NA FORMAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO FÍSICA .....</b>	<b>19</b>
1.1 CONTEXTOS DA CONSTRUÇÃO DA FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA NO BRASIL: HISTÓRIA, CURRÍCULOS E A SAÚDE .....	19
1.2 CONTEXTOS DA MUDANÇA PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO CAMPO DA SAÚDE: ANTECEDENTES, PERSPECTIVAS E EXPERIÊNCIAS	32
1.3 APONTAMENTOS PARA A MUDANÇA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO FÍSICA NO CAMPO DA SAÚDE .....	44
<b>2. DISCURSOS CURRICULARES DE MUDANÇA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO FÍSICA PARA O CAMPO DA SAÚDE: ANALISANDO PROJETOS PEDAGÓGICOS DE CURSO .....</b>	<b>55</b>
2.1 FORMAÇÃO UNIFICADA: O CURSO DE BACHARELADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA DA UFRGS.....	55
2.1.1 Contextos do Projeto Pedagógico.....	56
2.1.2 Fundamentos da Proposta Curricular: teórico, pedagógico e de saúde.....	59
2.1.3 Proposta Formativa: objetivo, perfil profissional e competências do egresso ....	66
2.1.4 Organização Curricular: visão geral, campos de conhecimento e a saúde .....	70
2.2 LICENCIATURA AMPLIADA: O CURSO DE LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO FÍSICA DA UFBA.....	77
2.2.1 Contextos do Projeto Pedagógico.....	78
2.2.2 Fundamentos da Proposta Curricular: teórico, pedagógico e de saúde.....	80
2.2.3 Proposta Formativa: objetivo, perfil profissional e competências do egresso ....	86
2.2.4 Organização Curricular: visão geral, campos de conhecimento e a saúde .....	89
2.3 FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL: O CURSO DE BACHARELADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA DA UNIFESP .....	97
2.3.1 Contextos do Projeto Pedagógico.....	98

2.3.2	<b>Fundamentos da Proposta Curricular: teórico, pedagógico e de saúde.....</b>	100
2.3.3	<b>Proposta Formativa: objetivo, perfil profissional e competências do egresso ..</b>	105
2.3.4	<b>Organização Curricular: visão geral, campos de conhecimento e a saúde .....</b>	108
2.4	<b>O MOVIMENTO DE MUDANÇA NA EDUCAÇÃO FÍSICA .....</b>	116
2.4.1	<b>Fundamentos Teóricos .....</b>	117
2.4.2	<b>Proposições Profissionais .....</b>	121
2.4.3	<b>Matriz Curricular.....</b>	122
2.4.4	<b>Discussões Preliminares .....</b>	125
3.	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	134
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	138

## INTRODUÇÃO

Movimentos de mudança na formação profissional no campo da saúde, enquanto projeto comprometido com aspectos sociais, políticos e éticos no que diz respeito ao atendimento às demandas de saúde da população na integralidade, vêm se desenvolvendo ao longo das últimas décadas de forma significativa, envolvendo praticamente todas as carreiras desse campo, dentre elas a Educação Física (EF).

Empenhados no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) – seus princípios e diretrizes – e influenciados por muitas ideias e estudos da área da Saúde Coletiva, esses movimentos de mudança da formação na saúde buscam superar uma estrutura pedagógica de educação profissional que, de forma histórica e ainda dominante, é fundamentada numa perspectiva que tende a reduzir o ser humano ao seu aspecto biológico, numa organização curricular conteudista, fragmentada e centrada na instrução técnico-científica.

No caso da EF, os movimentos em direção a mudanças demonstram-se ainda pouco perceptíveis, ante significativa resistência das tradições curriculares técnico-esportiva e médico-científica. Entretanto, embora não represente um processo hegemônico, já existem avanços a respeito de novas experiências curriculares em determinadas instituições de ensino superior do Brasil que se propõem, de alguma maneira, a enfrentar tal cenário. Afinal de contas, a própria inserção pontual do professor de EF no SUS, através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ainda dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), já reclama por uma reorientação no processo de qualificação profissional, que aponte para a ampliação dos horizontes da formação e da intervenção para além da visão biomédica do processo saúde-doença.

Dessa maneira, o que fundamenta o interesse tematizado por esta pesquisa é a necessidade de reconhecer e analisar experiências curriculares em EF, reconhecidas como renovadoras ou inovadoras quanto ao aspecto da saúde, visando contribuir para o processo de mudança.

Nesse contexto, essa dissertação teve como objetivo a análise do movimento de mudança na formação profissional em EF, quanto aos aspectos do campo da saúde, tomando como referências os discursos curriculares apontados como inovadores nesse sentido. Assim, tornaram-se matéria focal desse estudo os casos dos cursos de graduação em EF da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Tais cursos de formação profissional, representantes da esfera pública do ensino de graduação, são considerados como mobilizadores diretos de um processo de mudança na formação porque, em primeiro lugar, seus idealizadores tem uma produção científica fundamentalmente comprometida com práticas inovadoras na qualificação do trabalhador da saúde e, em segundo lugar, esses cursos já figuram, de forma recorrente, em publicações acadêmicas em virtude de seus aspectos diferenciados para a formação em EF e saúde.

Dessa forma, o propósito da pesquisa provocou o intento de estudar (a) os processos que envolveram e implicaram a construção da formação profissional em EF no Brasil numa perspectiva histórica, destacando as questões curriculares e do campo da saúde; (b) parte dos movimentos de mudança que se desenvolveram no cenário do campo da saúde, dedicando maior atenção ao aspecto da formação do profissional da saúde, inclusive com alguns apontamentos específicos para a EF e; (c) os movimentos de mudança na formação profissional em EF no campo da saúde, presentes nos Projetos Pedagógicos dos cursos da UFRGS, da UFBA e da UNIFESP.

Os objetivos dessa investigação demandaram, portanto, a construção de Pesquisa Bibliográfica e de Pesquisa Documental. Na perspectiva de Marconi e Lakatos (2011), a Pesquisa Bibliográfica consiste no diálogo com as produções já publicadas anteriormente acerca de um tema deliberadamente delimitado, de maneira a possibilitar a aproximação entre o pesquisador e a bibliografia pertinente de estudo. Vale destacar que, para Lima e Miotto (2007), diferente de uma revisão de literatura, a Pesquisa Bibliográfica abrange um processo investigativo com ordenamento de procedimentos que busca alcançar a solução do problema do estudo. Dessa forma, a Pesquisa Bibliográfica não se limita a repetir o que já foi produzido, mas possibilita a discussão entre autores e autoras e a construção de novos enfoques, permitindo novas considerações sobre assuntos já debatidos anteriormente. Assim, apontando para a síntese do conhecimento produzido acerca de um dado tema e sobre um dado enfoque, a Pesquisa Bibliográfica é realizada a partir de livros, artigos científicos, teses, dissertações e outras fontes de registros existentes.

Já a Pesquisa Documental é a investigação que parte de fontes documentais contemporâneas ou históricas, como documentos oficiais/legais, jornais, fotografias, informativos, que na maioria das vezes não receberam tratamento analítico anteriormente.

Nesta dissertação, a Pesquisa Bibliográfica destacou as produções de Carvalho (2005; 2006), Carvalho e Ceccim, (2007), Melo (1996; 1995), Silva et al. (2009), Quelhas e Nozaki (2006), Luz (2007), Nunes (2007), Ceccim e Ferla (2009), Ceccim e Feuerwerker (2004a; 2004b), Fraga, Carvalho e Gomes (2012), Mattos (2008), Feuerwerker e Sena (2002),



Feuerwerker e Capozzolo (2013), Feuerwerker e Cecílio (2007), Abrahão e Merhy (2014), Malta e Merhy (2003), Merhy e Franco (2008), Canguilhem (2009), Minayo, Hartz, Buss (2000), Palma (2001), Ayres et al. (2012) e Ferla, Bueno e Souza (2013).

Na Pesquisa Documental, a investigação limitou-se ao estudo de três Projetos Pedagógicos de Cursos de graduação em EF: a) da UFRGS; b) da UFBA e; c) da UNIFESP. Nesse sentido, convém registrar que foram consideradas dentro dos três Projetos Pedagógicos em questão tanto a parte textual e discursiva dos documentos, quanto a parte da matriz curricular e seu ementário.

A análise dos documentos foi processada inicialmente mediante a leitura por inteiro dos Projetos Pedagógicos de Curso, na intenção de identificar aspectos importantes para a pesquisa. A partir disso, no sentido de nortear a aproximação aos três documentos, selecionamos categorias de análise que foram agrupadas em três eixos analíticos: fundamentos teóricos; proposições profissionais e; matriz curricular.

No eixo analítico fundamentos teóricos, optamos por trabalhar com as categorias fundamentos teóricos, fundamentos pedagógicos e fundamentos de saúde. Já no eixo proposições profissionais, utilizamos as categorias objetivos do curso, perfil profissional e competências do egresso. Por fim, no eixo analítico matriz curricular, selecionamos as categorias conhecimento sobre cultura corporal/prática corporal, conhecimentos biológicos/biodinâmicos, conhecimentos humanos/sociais, prática pedagógica/profissional, conhecimentos acadêmicos/método científico e conhecimentos da saúde.

Com base nessa organização e a partir de sucessivas leituras minuciosas dos documentos, foi realizado um levantamento de trechos, palavras e expressões que apresentavam relação de sentido com cada categoria anteriormente mencionada. Dessa forma, foi possível construir quadros com as ocorrências textuais para cada categoria, viabilizando a percepção global e ao mesmo tempo descritiva desses documentos.

As análises e discussões produzidas foram inspiradas na Análise de Discurso que, para Orlandi (2005), fundamenta-se no reconhecimento do texto falado ou escrito como discurso carregado de contextos, histórias, ideologias e, portanto, intencionalidades. Nessa direção, de acordo com Caregnato e Mutti (2006), a Análise de Discurso trabalha não apenas com o conteúdo expresso no texto, mas com o sentido inferido dele, trabalha, assim, com um sentido que não é traduzido e sim produzido.

A partir disso, a dissertação apresenta, no capítulo primeiro, intitulado *Contextos históricos e a construção de projetos de mudança na formação em saúde e educação física*, recortes históricos e discussões teórico-conceituais que possibilitam situar os cenários em que

se encontram parte dos movimentos de mudança na formação de profissionais dos campos da saúde e, em específico, da EF. Este mesmo capítulo apresenta subseções. Na primeira delas, *Contextos da construção da formação em educação física no Brasil: história, currículos e a saúde*, é apresentada progressivamente parte do processo histórico que contribuiu para a consolidação das principais características da formação, a nível de graduação, da EF, partindo das conjunturas dos primeiros movimentos de edificação da formação superior desse campo no Brasil e chegando nas principais características do currículo dominante da EF nos dias de hoje, observando a influência, construída historicamente, do campo da saúde.

Em *Contextos da mudança para a formação profissional no campo da saúde: antecedentes, perspectivas e experiências* são destacados os cenários que possibilitaram a construção de movimentos de mudança dentro do campo de intervenção e formação da saúde, além dos principais fundamentos e algumas experiências/políticas públicas que convergem nesses processos de mudança na formação superior profissional e que alcançam parte significativa das carreiras da saúde.

Por fim, ainda neste capítulo primeiro, em *Apontamentos para a mudança na formação profissional em educação física no campo da saúde*, apresentamos um acervo de discussões, já levantadas anteriormente por autores e autoras, no concernente a caminhos que sinalizam para mudanças dentro do contexto dos cursos de formação em EF, sublinhando a inserção deste profissional na área da saúde. São, assim, destacadas perspectivas de mudanças focadas diretamente nos contextos políticos, pedagógicos e das práticas da EF no campo da saúde.

O capítulo segundo, *Discursos curriculares de mudança na formação profissional em educação física para o campo da saúde: analisando Projetos Pedagógicos de curso*, é inteiramente dedicado à análise de três Projetos Pedagógicos, enquanto representantes do movimento de mudança na formação profissional da EF no campo da saúde. Tal capítulo é dividido em quatro seções. As três primeiras seções são voltadas a apresentar de forma pontual cada um dos Projetos Pedagógicos em estudo, salientando as partes textuais e as matrizes curriculares. Cada seção possui os seguintes títulos: *A formação unificada: o curso de licenciatura e bacharelado da UFRGS*; *A formação ampliada: o curso de licenciatura ampliada da UFBA* e; *A formação interprofissional: o curso de bacharelado da UNIFESP*.

Já a quarta seção do capítulo segundo é inteiramente preocupada em analisar, em síntese, os mesmos Projetos Pedagógicos de Curso enquanto um movimento único. Nessa pauta, algumas problematizações são ainda salientadas, na intenção de levantar debates sobre questões envolvendo as relações entre currículo e trabalho, de maneira a discutir alguns significados e

perspectivas dos contextos de mudança da EF nos cenários da saúde, inferindo alguns de seus avanços e limites.

Por fim, o último capítulo reserva-se a pontuar algumas considerações importantes que sintetizam o que essa aproximação aos discursos curriculares da EF na saúde, a partir do estudo desses Projetos Pedagógicos, nos revela de forma sumária acerca de perspectivas para mudanças na formação profissional do campo da EF para os cenários da saúde.

## **1. CONTEXTOS HISTÓRICOS E A CONSTRUÇÃO DE PROJETOS DE MUDANÇA NA FORMAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO FÍSICA**

O olhar acerca da formação em EF no campo da saúde é orientado, nessa dissertação, a partir de uma fundamentação histórica e conceitual específica. Esse olhar define, de maneira própria, a natureza da crítica a ser lançada sobre a realidade bem como a característica das análises aqui propostas.

Assim, empenhados em situar esse olhar, neste capítulo apontamos, inicialmente, os contextos históricos de construção da formação profissional e do currículo da EF hegemônica e sua relação com o cenário da saúde. Num segundo momento, destacamos os movimentos de mudança nas práticas do âmbito da saúde instalados nacionalmente, comprometidos com o fortalecimento do SUS, salientando os aspectos da formação profissional. E por fim, estabelecemos uma discussão envolvendo construções, nas dimensões política, prática e pedagógica, debruçadas sobre a elaboração de novas proposições para a formação em EF na saúde, afinadas com a Saúde Coletiva e os princípios e diretrizes do SUS.

### **1.1 CONTEXTOS DA CONSTRUÇÃO DA FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA NO BRASIL: HISTÓRIA, CURRÍCULOS E A SAÚDE**

De acordo com o recorte histórico traçado por Gonze (2009), o início da formação superior profissional na área da saúde no Brasil está muito associado à vinda da Família Real Portuguesa para o país com a abertura de duas escolas médicas no ano de 1808, uma no Rio de Janeiro e outra em Salvador. Num panorama geral, esse quadro progride com a criação da primeira escola de Farmácia em 1839, com a estruturação, em 1879, de curso de Odontologia, Obstetrícia e de escolas de Farmácia, dentro das escolas médicas já existentes na época. Em 1890, é aberta a primeira escola de formação em Enfermagem também na cidade do Rio de Janeiro.

Ao longo dos anos subsequentes, grande parte desses cursos vai se fortalecendo, ganhando instituições próprias para cada formação em específico, expandindo-se muitas vezes para outros Estados. Só algum tempo depois, entre os anos de 1934 e 1939, que o curso de formação em EF é criado, mesmo período de instalação do curso de Biologia, Serviço Social e Nutrição. Já de 1950 a 1970, são criados os cursos de Fisioterapia, Biomedicina, Terapia Ocupacional e, enfim, de Fonoaudiologia.

É importante caracterizar que o ensino nos cursos da área da saúde até o período do Brasil República não possuía diretrizes curriculares nacionais ou mesmo um currículo mínimo de referência, sendo, portanto, baseado na transmissão de saberes prioritariamente da e pela prática (CARVALHO; CECCIM, 2007).

Nos anos iniciais do século XX, desenvolveu-se um processo de formação mais voltado a entender e assistir os interesses peculiares da saúde da nação, refletindo acerca do quadro epidemiológico nacional e marcando uma ascensão da saúde pública brasileira. Este período registra pela primeira vez uma grande preocupação com o processo de formação dos profissionais da saúde no Brasil, através da preocupação com o perfil destes profissionais. Isso porque, segundo Carvalho e Ceccim (2007), nesse momento grandes sanitaristas afirmaram sobre a necessidade de formar os profissionais em acordo com as demandas sociais da saúde, numa clara referência à relevância social da própria formação.

Contudo, uma das influências de maior impacto na educação formal superior em saúde é definida pelo Relatório Flexner<sup>1</sup>, no ano de 1910. Constituído a partir de um estudo que constatou a insuficiência no ensino de escolas médicas, principalmente nos Estados Unidos e no Canadá, este relatório recomendava uma formação científica em saúde com aporte nas ciências biológicas. Carvalho e Ceccim (2007) concordam que essa influência é responsável por dar origem a uma formação marcadamente instrumental, recortada em ocupações e especializações, fragmentada, procedimental e centralizada no fenômeno da doença.

Na concepção de Gonze (2009), embora a expressão de saúde definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>2</sup>, em 1946, aponte, mesmo que timidamente, no sentido contrário, as recomendações do Relatório Flexner, focadas no aporte biomédico<sup>3</sup>, continuaram servindo de referência para grande parte dos cursos de formação profissional da área da saúde, sendo ainda muito influente nos dias de hoje, como modelo pedagógico que privilegia a reprodução de

---

<sup>1</sup> Na realidade, o Relatório Flexner, sendo até os dias de hoje gerador de debates e polêmicas, é considerado o responsável por uma grande transformação na educação médica, com implicações significativas na medicina mundial e não só nela. Fruto da vistoria, na época, de todas as 155 escolas médicas dos EUA e do Canadá, o mundialmente conhecido *Flexner Report* consolidou o estudo da medicina, assim como de outros campos da saúde, como método científico, centrado na doença individual, enquanto fenômeno exclusivamente natural, biológico e uniaxial (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

<sup>2</sup> Em 1946, a OMS instituiu um conceito de saúde que expandiu seus determinantes/condicionantes não mais se limitando aos aspectos biológicos ou biomédicos. Embora tenha recebido inúmeras críticas ao longo de sua história, é evidenciado no documento da OMS o entendimento da saúde para além da mera ausência de doenças, contemplando a dimensão física, mental e social da saúde, enquanto estado de bem-estar.

<sup>3</sup> O termo biomédico faz referência à influência do paradigma da razão científica moderna sobre a concepção de saúde, fortemente atrelada às ciências naturais e exatas e responsável por desenvolver uma abordagem biotecnológica para o campo da saúde (SILVA, 2001). Historicamente, tal modelo, focado no fenômeno da doença, reduz o processo saúde-doença ao aspecto anatomofisiológico, negligenciando as dimensões social, cultural, econômica, emocional.

conhecimento enquanto saber estático, focando o processo de aprendizagem no contato com o instrutor e os manuais.

Apesar de intimamente inserida nesse contexto, a origem da formação em EF no Brasil apresenta suas peculiaridades. O primeiro registro de um movimento que revele uma preocupação no sentido de organizar e desenvolver o processo de qualificação profissional para o ensino de movimentos/exercícios corporais está localizado no meio militar (MELO, 1995). Na realidade, as primeiras instituições brasileiras a se dedicarem de forma mais sistematizada sobre o ensino de práticas ligadas ao que entendemos hoje como exercícios físicos são as escolas de formação militar, tanto do exército quanto da marinha.

Por volta do final do século XIX, de acordo com o reconhecimento histórico de Melo (1996), dentro das escolas de formação dos militares, isto é, nos quartéis, para atender às demandas de aprimoramento da aptidão física para o combate e para disciplina da tropa, experiências relacionadas ao condicionamento físico são registradas, especialmente, as práticas de esgrima, ginástica e natação.

Ou seja, a docência sobre o exercício físico era ministrada pelo militar, na direção do desenvolvimento de corpos fortes, disciplinados e preparados para o combate, principalmente a partir da difusão dos métodos ginásticos, no Brasil deste período, com destaque para o método alemão<sup>4</sup>. Portanto, as instituições militares são as primeiras a incluir em seus cursos formativos oficiais disciplinas ligadas ao corpo em movimento, sendo, por conseguinte, as mesmas a se preocuparem preliminarmente com a formação deste instrutor/docente (MELO, 1996).

Progressivamente, no período que alcança o início do século XX, são impulsionadas várias iniciativas de fundação de escolas de EF ou de desportos vinculadas a instituições militares em alguns Estados da nação. Ressaltamos, por exemplo, a fundação do Centro Militar de Educação Física, em 1922, no Rio de Janeiro, que, inicialmente voltado para promover curso em nível preparatório de três meses para oficiais e sargentos, de acordo com Silva et al. (2009), forma sua primeira turma em 1929, composta por oficiais instrutores, monitores, médicos militares e professores civis.

Essa inclusão de docentes que não eram militares significa que a sociedade civil paulatinamente foi se envolvendo com esses cursos de formação, mesmo com a predominância dos militares. Nessa direção, Souza Neto et al. (2004) relatam que a Escola de Educação Física do Estado de São Paulo, criada em 1931 e que entrou em funcionamento em 1934, é o primeiro

---

<sup>4</sup> O método alemão de ginástica fundamentava-se na dualidade do ser humano em físico e espiritual, em que um dano no corpo representaria um dano na alma. Com forte influência da ideologia patriota e militar, possuía a finalidade de formar o cidadão para defesa da pátria, por meio da educação do corpo (SOARES, 2005).

programa civil de um curso de EF. Além desse, em 1931, o Estado do Espírito Santo lança curso Especial de Educação Física, destinado à formação dos chamados normais especialistas. Embora de caráter civil, este curso era dirigido por um tenente (MELO, 1995).

Contudo, um movimento que pode significar o início da unificação das influências sobre a formação em EF no Brasil é registrado a partir da criação, em 1933, da Escola de Educação Física do Exército (EsEFEx), no Rio de Janeiro (AZEVEDO; MALINA, 2004), que, originária do Centro de Militar de Educação Física e destinada inicialmente à preparação militar, passa eventual e progressivamente a aceitar civis.

A relevância da fundação da EsEFEx justifica-se em função da motivação, a partir desta, de se criar uma instituição formadora em EF que fosse atrelada não mais ao ambiente militar e sim ao contexto universitário e que, além disso, possuísse a vocação de ser referência ou mesmo modelo para as demais escolas superiores do país. Na prática, isso significa que a partir da EsEFEx surge a necessidade ou o interesse em se criar uma escola nacional de EF, que carregasse o status de escola padrão e que, portanto, exerceria influência sobre outros Estados através da produção e difusão de conhecimento, mas principalmente pelo estabelecimento de uma composição curricular para ser transcrita.

Souza Neto et al. (2004) alertam que a motivação para a construção de uma escola de EF de referência nacional é reforçada a partir da Constituição de 1937 que, na tentativa de trazer legitimidade e reconhecimento social ao campo, torna a EF obrigatória nas escolas de nível básico, o que trouxe à tona a necessidade de uma diretriz curricular mínima, então inexistente, para a formação profissional em EF.

Enfim, em 1939, por decreto, é criada a Universidade do Brasil<sup>5</sup> e dentro dela a Escola Nacional de Educação Física e Desportos (ENEFD). Na análise de Souza Neto et al. (2004), pautada nos documentos legais da época, os cursos para formar professores desenvolvidos pela ENEFD tinham duração de um a dois anos e, de acordo com Azevedo e Malina (2004), parte do corpo docente era composto por instrutores formados pelo chamado Curso de Emergência, orientado pela EsEFEx, realizado em 1938, e também pelo curso regular da EsEFEx. Para esses autores, de fato, o currículo da ENEFD torna-se o referencial padrão para as demais escolas de

---

<sup>5</sup> A Universidade do Brasil, com a reforma universitária da década de 1960, passou a ser denominada como Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). (MELO, 1996).

EF do país, consolidando um modelo de formação e, por conseguinte, de intervenção, pautado já no método ginástico francês<sup>6</sup> e na perspectiva técnico-biológica.

Na abordagem de Melo (1995, p. 112) é imprescindível reconhecer outras motivações e interesses para criação da ENEFD: “Para a estrutura governamental a ENEFD seria de grande utilidade, uma verdadeira 'escola de civismo e probidade’”. Na realidade, a criação da escola de referência nacional está muito associada a articulação de um projeto de EF brasileira, que por sua vez estava atrelado aos interesses do então governo autoritário de Getúlio Vargas, conhecido como Estado Novo. De acordo com Quelhas e Nozaki (2006, p. 71):

A criação de uma escola padrão de formação na área da Educação Física (ENEFED), consolidava uma postura intervencionista dos militares na sociedade que, desde o final da década de 20, haviam intensificado suas preocupações com a educação física como instrumento de ‘revigoração da raça’ e de ‘preparação física do futuro soldado’.

Nesses primeiros momentos, é importante registrar que as características da EF, ditadas pelo padrão e influência da ENEFD, estavam muito ligadas ao civismo, ao patriotismo, ao culto ao corpo saudável e à dissociação entre teoria e prática (MELO, 1995; 1996).

Sobre o culto ao corpo saudável é fundamental entender que este constitui-se como um movimento valorizado e fortemente difundido no Brasil do início do século XX e que considerava a prescrição de exercício físico e a adoção de hábitos saudáveis como uma política social. Para Góes Junior e Lovisolo (2003, p. 42):

No fim do século XIX e início do século XX chegava ao Brasil, mediante reapropriações e reinterpretações, um novo ideal cujo eixo era a preocupação com a saúde da população, coletiva e individual. Suas propostas residiam na defesa da saúde e educação pública e no ensino de novos hábitos higiênicos.

É, pois, sob este argumento que as práticas relacionadas ao exercitar o corpo vão paulatinamente ganhando legitimidade e valor não só no meio militar como na sociedade civil, avançando sobre preceitos da época que renegavam as atividades corporais, postas num plano secundário, em função da supervalorização social das atividades ditas intelectuais, supostamente destinadas às pessoas de classes sociais mais abastadas e do desprestígio das atividades corporais, compreendidas como manuais ou braçais, inicialmente vinculadas às pessoas mais pobres.

Já no sentido da dissociação entre teoria e prática, vale a pena assimilar que, de fato, os militares são os primeiros a incorporar as práticas do exercício físico em seus programas de

---

<sup>6</sup> O método francês, através de um conjunto de exercícios racionais, como saltos, arremessos, corrida, esgrima, natação, objetiva a formação do homem forte, disciplinado, hábil, patriótico, com base nos conhecimentos da anatomia, mecânica, fisiologia. Utiliza do método científico como suporte com vista na otimização do uso da força muscular (SOARES, 2005).



formação, porém são os médicos os primeiros a se dedicarem sobre estudos e pesquisas nesse campo. Ou seja, é importante considerar que os médicos possuem uma função de extrema relevância desde a origem da EF brasileira, por terem sido os precursores no aprofundamento dos estudos sobre o corpo humano em movimento (MELO, 1995; 1996).

Seguindo os apontamentos de Melo (1996), é possível considerar que os médicos participaram de maneira significativa desse primeiro movimento na direção da institucionalização da EF. Embora aparentemente mais discretos, os médicos estavam muito mais voltados ao ambiente acadêmico, no sentido de desenvolver uma fundamentação teórica para a EF, agregando o caráter científico para o campo.

De fato, não se pode deixar de perceber que os médicos foram os responsáveis por agregar certa legitimidade à EF, conferindo-lhe, preliminarmente, status social através da argumentação científica da área biomédica. É possível inferir que foi tal status que possibilitou a abertura de espaço para a EF no cenário acadêmico-universitário.

Por conta disso, nesse cenário, as primeiras escolas de EF, incluindo a ENEFD, possuíam uma clara divisão na composição curricular. Os militares, assim como atletas e ex-atletas de renome, ficavam responsáveis por ministrar disciplinas taxadas como de abordagem prática<sup>7</sup>, geralmente os conteúdos dedicados à ginástica, ao desporto e ao treinamento, enquanto os médicos ministravam disciplinas taxadas como de abordagem teórica<sup>8</sup>, que já possuíam forte tradição no campo da medicina, como a fisiologia e a anatomia.

Identifica-se, dessa maneira, uma possível origem do distanciamento entre teoria e prática como característica da EF ainda nos dias de hoje, localizando um, também possível, papel central das instituições formadoras nesse sentido. Afinal de contas, não se pode negar que, conforme afirma Melo (1995, p. 106), “Existia um conhecimento sendo produzido e uma prática sendo realizada de forma aparentemente dissociada”.

Como um verdadeiro legado para a EF, isso significava e ainda significa uma inclinação para construir duas abordagens do conhecimento para o campo, institucionalmente segregadas: “uma teorização que surgia das embrionárias pesquisas no interior das faculdades de medicina e uma teorização diretamente ligada a prática dos profissionais que ministravam as sessões” (MELO, 1995, p. 106).

---

<sup>7</sup> Eram consideradas disciplinas práticas, chamadas de cadeiras práticas, a ginástica rítmica, educação física geral, desportos aquáticos e terrestres, desportos de ataque e defesa, dentre outras (MELO, 1996).

<sup>8</sup> Eram consideradas disciplinas teóricas, chamadas de cadeiras teóricas, a anatomia e fisiologia humana, higiene aplicada, cinesiologia, metabologia aplicada, traumatologia desportiva, socorro de urgência, psicologia aplicada, dentre outras (MELO, 1996).

Outra característica muito relevante é a separação e distinção da EF das outras licenciaturas nos primeiros anos de criação da ENEFD. O curso de EF diferenciava-se em função de possuir, no máximo, dois anos de duração, um ano a menos que outras licenciaturas. Ademais, o nível de formação exigido para o ingresso no curso era o correspondente ao atual nível fundamental, o que agregava à formação um caráter estritamente técnico, além disso, a matriz curricular era desprovida de componentes de cunho pedagógico (AZEVEDO; MALINA, 2004).

Marcada até então por uma formação ausente de fundamentação consistente, tal cenário começa a ser alterado, com o fim do Estado Novo e a saída de Getúlio Vargas do poder. Vale destacar que a partir da década de 1940, é registrado um outro momento da ENEFD, em que é possível notar significativas mudanças, evidenciadas, especialmente, a partir da saída progressiva dos militares e da ascensão dos médicos à direção desta escola. Na leitura de Melo (1995), pode-se perceber a orientação científica e a melhoria na qualidade da formação paulatinamente substituindo o ideário cívico e disciplinador, tão marcante nos primeiros anos da ENEFD.

Em 1945, através de decreto-lei, a duração do curso de dois anos é ampliada para três anos, com um considerável aumento nas cargas horárias das disciplinas. Na prática, porém, o curso continua tendo a mesma orientação curricular, conservando seu caráter de curso técnico por ainda exigir a conclusão do ensino primário, correspondente ao nível fundamental nos dias de hoje, como único pré-requisito para o ingresso de novos alunos no curso.

Tal fato só é modificado em 1953, por força de lei, quando o curso superior de EF passa a ser equivalente às outras licenciaturas, por passar a exigir para ingresso a conclusão do nível correspondente ao atual nível médio. Neste período, de acordo com Melo (1996), é quando a ENEFD, talvez no início do seu auge, se consolida como realmente referência nacional, ditando os rumos da EF brasileira, ao promover produção do conhecimento, viabilizar intercâmbio institucional, enviando seus professores para a Europa e, ainda, recebendo professores e alunos, inclusive bolsistas, de todo o Brasil em busca de formação e aperfeiçoamento.

Os anos da década de 1960 também marcam fortes mudanças, não só para o cenário da formação em EF, mas para o contexto da educação brasileira como um todo. Nesse período, registramos inicialmente que, segundo Souza Neto et al. (2004), a Lei de Diretrizes e Bases da Educação sancionada em 1961 estabeleceu que o currículo da formação de professores, portanto, dos cursos superiores de licenciatura, deveria possuir um currículo mínimo nacional e que este deveria dar conta de uma formação cultural adequada. Para tanto estabelecia que as licenciaturas deveriam ter uma carga horária mínima destinada à formação pedagógica. Souza

Neto et al. (2004, p. 119) ainda alertam que a EF já funcionava de maneira discrepante das outras licenciaturas: “Dos professores dessas outras matérias do ensino de 1º e 2º graus era exigido o curso de didática [...] e para a formação do licenciado na educação física não se exigia esse curso”.

Com isso é impulsionado um movimento na direção de uma reforma curricular para EF a partir do ano de 1968, com a criação de uma comissão para este fim, junto ao Conselho Federal de Educação (CFE), que era presidida pela professora de EF Maria Lenk, então também diretora da ENEFD. Logo, esse período é marcado pela forte presença de professores de EF na direção dos rumos da EF brasileira (AZEVEDO; MALINA, 2004).

Contudo, as discussões em torno da renovação do currículo nacional foram muito limitadas, principalmente tratava-se do debate acerca da disposição das disciplinas já existentes e no máximo discutia-se a necessidade de excluir ou incluir uma ou outra disciplina. Não havia, portanto, uma preocupação sobre a finalidade da formação, nenhuma fundamentação ou argumentação filosófica ou política que orientasse os debates. Para Azevedo e Malina (2004, p. 135), “o currículo era discutido basicamente em termos de organização de disciplinas a serem incluídas e excluídas, não havendo nenhuma teoria curricular ou autores sendo consultados”.

Essa lógica restrita sobre as discussões curriculares na EF da época era, de fato, predominante no cenário da educação, inclusive internacional. Certificando a existência desse contexto da EF, Silva (2011, p. 23) alega que esta tradição, que seria, segundo ele, dominante no campo educacional até a década de 1980, resumia o trabalho de construção do currículo a uma tarefa meramente mecânica de organização de saberes e disciplinas. “Não havia por que discutir abstratamente as finalidades últimas da educação: elas estavam dadas pela própria vida ocupacional”.

Frutos deste construto nascem o Parecer 894/1969 e a Resolução 69/1969, que são os documentos fixadores dessa configuração curricular, que sumariamente estabelecem:

[...] a estrutura curricular mínima a partir da definição de disciplinas obrigatórias, distribuídas em três núcleos de formação: a) básica, de cunho biológico; b) profissional, de cunho técnico; e c) pedagógica [...]. Essa proposta curricular visava tanto a formação do professor de Educação Física com licenciatura plena, quanto a formação do técnico desportivo (habilitação obtida simultaneamente a licenciatura, com o acréscimo de mais duas matérias desportivas). (BRASIL, 2004a).

Nessa grade curricular<sup>9</sup> foram instituídas como matérias do núcleo de formação básica a Biologia, a Anatomia, a Fisiologia, a Cinesiologia, a Biometria e a Higiene. Como matérias

---

<sup>9</sup> Nesse caso, usamos o termo *grade* justamente por não se tratar de diretrizes ou orientações e sim, de um currículo de aplicação obrigatória para todas as instituições formadoras.

do núcleo de formação profissional passam a constar as disciplinas Socorros Urgentes, Ginástica, Rítmica, Natação, Atletismo e Recreação. Já as matérias do núcleo de formação pedagógica, ordenadas pelo Parecer 672/1969 do CFE, são a Psicologia da Educação, a Didática, a Estrutura e Funcionamento do Ensino de 2º Grau e a Prática de Ensino (QUELHAS; NOZAKI, 2006).

Este currículo mínimo da EF, de disciplinas de cunho realmente obrigatório, instituído em 1969, fruto de discussões muito restritas, se manteve ainda muito semelhante ao da origem do curso de formação em EF no Brasil, conservando muitas de suas características básicas: o tecnicismo, a dissociação entre teoria e prática, o fundamento nos saberes biomédicos, o foco no saber fazer, mas dessa vez com a novidade da centralização progressiva do desporto, então em grande ascensão no país. De qualquer forma, o currículo ainda se ressentia com a ausência de uma orientação que o fundamentasse de maneira devida, especificamente, no tocante à formação docente, apesar da presença das disciplinas de natureza didático-pedagógica<sup>10</sup>.

Face ao grande desenvolvimento acadêmico da EF e da significativa ampliação e diversificação de campos profissionais emergentes, tal modelo passa a ser em menos de uma década alvo de severas críticas. Esse fato propiciou o surgimento de um novo movimento no sentido de reestruturação curricular da EF já na década de 1980. É importante ainda concordar que o contexto social e político desse período, marcado, dentre outras coisas, pela abertura política, o fim do governo militar e a crise no setor econômico, colaborou para a criação de atmosfera favorável para novos discursos de mudança do currículo.

No campo da EF, em específico, como retratam Benites, Souza Neto e Hunger (2008), já desde os anos finais da década de 1970, observa-se um grande desenvolvimento do campo das práticas da ginástica nos espaços das academias, tanto como prática social quanto, por conseguinte, como campo de trabalho, além da forte consolidação do desporto no meio social, a partir da proliferação das chamadas *escolinhas esportivas*. Ainda para esses autores, também nesse período, é registrado o desenvolvimento da pós-graduação no país, bem como a proliferação de cursos de graduação.

Assim, no cenário dos debates inseridos no ambiente da universidade, ao final da década de 1970, inicia-se uma discussão sobre uma nova reforma para o currículo da EF. Tal debate,

---

<sup>10</sup> O trabalho desenvolvido pela comissão que elaborou a renovação curricular de 1969 foi responsável por desmembrar a organização docente em EF nas universidades, ao determinar que as disciplinas do campo didático-pedagógico do curso, assim como os docentes que as ministravam, seriam remanejados para as faculdades ou departamentos de Educação. Isso explica, em parte, o fato de que até os dias de hoje em muitas universidades com curso de EF as disciplinas pedagógicas não sejam ofertadas por professores do próprio curso, normalmente, contanto com docentes de outras faculdades ou departamentos, geralmente o de pedagogia ou educação, para ministrá-las (AZEVEDO; MALINA, 2004).

contando com participação indireta das instituições de ensino superior com curso de EF do país, originou um parecer e uma resolução em 1987, com uma nova modificação curricular. Nesse caso, as principais mudanças estavam em torno da organização, que passava da lógica do currículo mínimo para a lógica de áreas de conhecimento, da duração do curso, que era ampliado para quatro anos, e da implantação da divisão da formação, em licenciatura e bacharelado.

Atribuindo mais autonomia para as instituições de ensino superior, no tocante à estruturação curricular, a organização das disciplinas ficou distribuída em formação geral e aprofundamento do conhecimento. A formação geral era subdividida em área de conhecimento humanístico, com 20% da carga horária, e área de conhecimento técnico, com 60% da carga horária. Já o aprofundamento de conhecimentos, não possuía subdivisões e era composto por 20% da carga horária (AZEVEDO; MALINA, 2004).

Analisando este contexto, Silva et al. (2009) entendem que, com essas modificações, o modelo de formação técnico-esportivo é substituído pelo técnico-científico, numa perspectiva academicista que, na realidade, é responsável por ampliar ainda mais a dicotomia teoria e prática na formação, a partir do acirramento entre o conhecimento produzido no meio científico e a intervenção.

Do ponto de vista prático da fragmentação da formação em duas habilitações, a princípio, o que realmente aconteceu foi uma fusão da orientação curricular da licenciatura e do bacharelado em uma única formação, ou seja, um processo formativo que previa duas formações dentro do período de um só curso, de quatro anos, conferindo os dois títulos de maneira concomitante. Assim, é possível considerar que entre 1987 e os primeiros anos da década de 1990, no sentido da divisão da formação em duas orientações, de fato, pouca coisa se altera concernente à questão do currículo.

Porém, como legado, pensado a longo prazo, para o processo de formação profissional em EF, além dessa dualidade, podemos observar a quebra da formação, com suas distintas orientações, do licenciado para atuação nos espaços de escolarização formal e do bacharelado para os campos de intervenção profissional fora do contexto escolar, como resposta aos interesses do mercado, a partir do surgimento de novos campos de atuação, reforçando, na verdade, os alicerces de um processo de alienação na formação, por meio da cisão entre formação ampliada e formação especializada. (SILVA et al., 2009).

Convém notar que no período da consolidação da ENEFD, enquanto escola modelo, nas décadas de 1940 e 1950, e já nos anos finais da década de 1960, com a formalização legal do currículo mínimo, os cursos de formação em EF em todo o país tinham estrutura curricular

idêntica. Porém, a partir de 1987, com a superação do currículo mínimo e a adoção da divisão do currículo em áreas de conhecimento, os cursos de EF das diversas instituições do país, embora mantenham muitos aspectos de similaridade entre si, passam a ter algumas diferenças. Nesse sentido, para se entender o processo formativo, a partir deste momento, é interessante focar nas formulações/publicações oficiais orientadoras.

Nos anos seguintes, as discussões, em maior e menor grau, envolveram as definições firmadas pela nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBN), de 1996, que em seu bojo trazia apontamentos que reivindicariam pela renovação das diretrizes para a formação de professores, com outras características e critérios para a formação docente. Além disso, ainda no cenário dos anos de 1990, é interessante destacar o peso das discussões envolvendo a identificação legal da EF enquanto profissão, através do processo comumente conhecido como de Regulamentação da Profissão e suas repercussões sobre as normatizações que se seguiram.

Alguns anos mais tarde, a EF receberia novas influências, sobretudo, a partir das publicações das Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação de professores da Educação Básica em Nível Superior, de 2001, e das Diretrizes Curriculares Nacionais para curso de graduação em EF, de 2004, ambos pareceres do Conselho Nacional de Educação (CNE), em íntima consonância com o marco da política institucional da educação brasileira estabelecido pela LDBN/1996.

O documento de 2001 traz em seu bojo não só um suporte que aponta para critérios para o processo formativo se estruturar no meio acadêmico-universitário, como também fundamenta e propõe encaminhamentos no sentido da mudança do panorama geral dos cursos de formação docente. Dentre os desafios problematizados por tal documento, que impactam diretamente na tradição da formação em EF, está a necessidade de legitimação/valorização, do ponto de vista curricular, da identidade da atuação docente. É explicitado no texto, a partir de uma leitura dos moldes da histórica qualificação docente do país, que a formação em licenciatura no Brasil, inserida no ambiente acadêmico-científico, não só em EF, está estritamente focada nos saberes das áreas de concentração, nos conteúdos específicos do campo, em que:

[...] é a atuação do físico, do historiador, do biólogo, por exemplo, que ganha importância, sendo que a atuação destes como 'licenciados' torna-se residual e é vista, dentro dos muros da universidade, como 'inferior', em meio à complexidade dos conteúdos da 'área', passando muito mais como atividade 'vocacional' ou que permitiria grande dose de improviso e autoformulação do 'jeito de dar aula' (BRASIL, 2001, p. 16).

Se por um lado esse apontamento de fato desperta uma valorização do trabalho docente, a partir do reconhecimento, como política pública, de seus saberes, competências e habilidades

específicos necessários para sua qualificação, por outro lado reforça a dualidade da formação do bacharel e do licenciado. Nessa direção, as diretrizes são claras ao indicarem que as duas orientações da formação superior devem, cada uma, possuir composição própria e, principalmente, constituir-se, cada uma delas, discriminadamente com um projeto específico de formação. “Isso exige a definição de currículos próprios da Licenciatura que não se confundam com o Bacharelado ou com a antiga formação de professores que ficou caracterizada como modelo 3+1<sup>11</sup>” (BRASIL, 2001, p. 16).

Sensível a essas e outras considerações, o Parecer 58/2004, ao delinear novo panorama legal e nacional orientador da graduação<sup>12</sup> em EF, reafirma a histórica definição que insere e ao mesmo tempo caracteriza a EF como pertencente à área da saúde, porém alerta para a necessidade de se compreender o caráter multidisciplinar do campo, que, segundo o documento, relaciona saberes oriundos das ciências biológicas, humanas, sociais e, ainda, da arte e da filosofia. Com essa percepção, é evidenciado na política oficial orientadora da formação que as manifestações corporais, recorrente expressão definidora do objeto/fenômeno de estudo da área, devem ser percebidas como direito social e que, em função disso, para EF tais manifestações são “orientadas para a promoção, a prevenção, a proteção e a recuperação da saúde, para a formação cultural, para a educação e reeducação motora, para o rendimento físico-esportivo, para o lazer” (BRASIL, 2004a, p. 8).

Embora, de fato, aponte determinados avanços, de maneira geral é possível afirmar que o novo modelo, edificado em 2004, não contribuiu para a composição de um projeto de formação que possa ser considerado como transformador. Na realidade, assim como a proposta gerada em 1987, as diretrizes curriculares vigentes demonstraram e demonstram uma específica afinidade velada com um projeto produtivo, na verdade, ainda atendendo, principalmente, às demandas mercadológicas.

De maneira sumária, sintetizando a história da formação em EF, é possível identificar quatro fases características desse processo: 1) nos primórdios, com o currículo padrão edificado pela ENEFD, de 1939 a 1969, com ênfase nos saberes disciplinadores e biomédicos dos militares e médicos; 2) na solidificação do currículo mínimo, a partir de 1969, com legitimação dos conhecimentos de cunho desportivo, cada vez mais crescente, e as demandas emergentes

---

<sup>11</sup> O modelo 3+1 é a popular denominação de um arranjo curricular de formação docente, originado no final da década de 1930 no Brasil, que se baseava no acréscimo, no curso de formação de bacharéis, de um ano com disciplinas do campo da educação para a obtenção da licenciatura. Tratava-se de um modelo em que os três primeiros anos de curso eram destinados à formação do bacharel e o último ano, na condição de acréscimo, era voltado para a formação didática (GATTI, 2010).

<sup>12</sup> A graduação, como estabelece a LDBN, diz respeito a qualquer curso que tenha natureza de nível superior, compreendendo curso de bacharelado, licenciatura e cursos superiores de graduação tecnológica. (BRASIL, 1996).

de caráter pedagógico; 3) em 1987, com adoção da organização das disciplinas por área de conhecimento e a cisão preliminar da formação em bacharel e licenciado e; 4) a partir do final da década de 1990 e início dos anos 2000, com a consolidação dos interesses de mercado na formação, marcando a definitiva dicotomia da formação.

Uma marca da formação em EF nos dias atuais, entretanto, é originada no contexto dos anos de 1980, no cenário, inicialmente, norte americano de significativa proliferação de academias de ginástica, enquanto empreendimento da iniciativa privada, sob o argumento da manutenção e promoção da saúde individual. Este contexto favoreceu o aumento e a consolidação, inclusive na opinião pública, de um mercado de produtos e serviços voltados ao corpo (QUELHAS; NOZAKI, 2006).

Esse fato mobilizou o processo de formação em EF, assim como a própria intervenção profissional, na direção de novas frentes de trabalho, e pode ser observado na reestruturação curricular de 1987 e consolidado na renovação da formação nos anos iniciais da primeira década de 2000. Nesse sentido, o que pode ser evidenciado é o predomínio de construções curriculares com uma visível aproximação às demandas de mercado, marcadamente caracterizadas por forte orientação de cunho esportivo e biomédico.

De qualquer forma, em se tratando dos interesses desta pesquisa, preocupada com as questões da formação em EF do ponto de vista da saúde, em todo esse percurso histórico, a centralidade da definição da saúde pela visão biomédica é evidente. A partir dos pressupostos da naturalização e biologização dos saberes, a EF, ao longo dessa história, foi responsabilizada socialmente como receita e remédio para a construção do chamado corpo saudável. Assim, suportada pelo desenvolvimento científico e tecnológico, a EF associou-se à saúde privilegiando os determinantes biológicos da saúde, sempre referendada, na verdade, pelo fenômeno da doença. Na realidade, para EF, o fundamento no hegemônico argumento científico-técnico, tradicionalmente, legitimou um olhar sobre o sujeito enquanto corpo físico, anatômico, fisiológico, e que no ambiente das práticas de saúde tem uma preocupação direta com a doença e com o corpo doente (DAMICO, 2007).

Entendemos que no processo de organização e legitimação científica da EF, enquanto prática social, área de produção do conhecimento, intervenção e formação profissional, principalmente durante o século XX, a Medicina teve papel significativo, não só sendo restrita à origem da formação institucionalizada. Na verdade, para Luz (2007), o arcabouço de saberes e práticas da EF, dotado de uma legitimidade científica, tem na hegemonia discursiva da área médica sua principal influência, em virtude do seu domínio sobre os conhecimentos acerca do



corpo, baseado no campo biomédico e, sobretudo, da autoridade e do poder discursivo da Medicina.

Este fenômeno, denominado por Luz (2007, p. 12) como “domesticação teórica”, talvez seja o grande responsável pelas características hegemônicas do campo da EF como conhecimento e prática científica ainda nos dias de hoje, a saber: a referência no modelo biomédico, que dá prioridade à dimensão biológica da vida e; a moralidade da saúde (BILIBIO; DAMICO, 2011), que representa uma prescrição comportamental individual, também de origem militar, que caracteriza-se pelo papel moralizante e colonizador sobre o indivíduo, ao ditar os chamados estilos de vida, como fenômeno estratégico de disciplina e de submissão de corpos.

Assim como Pinto (2012), podemos interpretar esse entendimento dominante sobre a relação entre saúde e EF como reducionista, pois de forma recorrente sinaliza para a irrestrita responsabilização do indivíduo sobre seu estado de saúde, numa lógica de culpabilização das pessoas sobre seus contextos de saúde e/ou doença. Esse entendimento hegemônico, que comumente advoga que o incremento no nível de atividade física por si só representa um meio indiscriminado de melhoria da saúde, fundamenta a relação saúde e EF, a partir da noção de risco, na perspectiva do estilo de vida saudável, na dimensão biológica/orgânica e desconsidera determinantes subjetivos, socioculturais, econômicos e políticos implicados no fenômeno saúde/doença.

## 1.2 CONTEXTOS DA MUDANÇA PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO CAMPO DA SAÚDE: ANTECEDENTES, PERSPECTIVAS E EXPERIÊNCIAS

Para reconhecer de maneira crítica parte dos movimentos na direção de mudanças para o campo da saúde, com destaque sobre a formação profissional dessa área, torna-se imprescindível compreender os elementos históricos do atual contexto da saúde brasileira, desde as críticas ao modelo tradicional de intervenção e de formação, passando pelo movimento de Reforma Sanitária e sua materialização enquanto política pública nacional, até os apontamentos mais concretos para transformação nos cursos de graduação no campo da saúde. Essa seção é dedicada justamente a ilustrar, em síntese, esse panorama que é, sobretudo, histórico.

Um significativo impulso para um contexto de mudança no cenário contemporâneo em todas as esferas do campo da saúde se dá por volta da década de 1980, a partir de um movimento

que reorientou a maneira de conceber tanto o conceito quanto a organização da política pública de saúde no Brasil, impactando, assim, na maneira de compreender a saúde e a própria organização dos seus serviços. Conhecido como Reforma Sanitária Brasileira, tal movimento, contando com a mobilização de diversos grupos sociais e políticos, foi marcado por defender a ampliação do conceito de saúde, ao considerá-la como um direito social, através da possibilidade de construção de uma nova política de saúde no Brasil, pautada em princípios democráticos, como justiça social e universalidade.

Para Nunes (2007), impulsionado pela própria conjuntura social e política do período, o movimento, na realidade, inicia sua mobilização a partir da década de 1970, com organização do ponto de vista da construção teórica e conceitual, marcada pela criação do curso de Pós-Graduação em Medicina Social no Rio de Janeiro, em 1974, e pela intensa produção acadêmica em torno da medicina social. Ademais, outros marcos na organização de grupos intelectuais, como a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1976, são relevantes para fundamentar o movimento, que contava com significativa participação de grupos intelectuais/acadêmicos.

Na defesa da saúde pelos valores democráticos, enquanto direito básico do cidadão e dever do Estado, a Reforma Sanitária Brasileira sustentou a transformação na política pública de saúde do país pautada numa severa crítica ao modelo prevalecente de saúde então vigente, que na prática limitava tanto a oferta de serviços de saúde, quanto o acesso da população a tais serviços. Para Polignano (2001), esse modelo era orientado por uma lógica que, progressivamente, amparava a centralidade da iniciativa privada enquanto ente responsável pela execução dos serviços de baixa, média e alta complexidade, financiada pelo setor público, através da transferência de recursos.

É interessante esclarecer que o modelo de saúde do Brasil, no período que antecedeu à Reforma Sanitária, era predominantemente organizado em torno de um sistema de previdência social sustentado pela captação das contribuições do empregado, do empregador e da União para serem destinadas, dentre outras coisas, à assistência médica do contribuinte e parte de seus dependentes. Isto quer dizer que, nesse modelo, na prática, apenas tinha acesso aos serviços de saúde a parcela da população que contribuía diretamente com essa previdência, ou seja, as pessoas que trabalhavam no campo formal de trabalho, com carteira assinada.

Na leitura de Paim et al. (2011), tratava-se de um sistema de saúde fragmentado e desigual, no qual os serviços de assistência médica aconteciam através de institutos de aposentadorias e pensões distribuídos por categorias laborais. Paim et al. (2011, p. 17) ainda alertam que, na prática, as pessoas que estavam no ambiente informal de trabalho recebiam uma

oferta inadequada de serviços de saúde, na maioria das vezes, “composta por serviços públicos, filantrópicos ou serviços de saúde privados pagos do próprio bolso”.

Com o acentuado aumento do número de contribuintes e beneficiários dessa previdência, por volta das décadas de 1960 e 1970, em virtude da ampliação da população urbana vinculada ao cenário formal de trabalho, houve um significativo crescimento na arrecadação e, por conseguinte, uma necessidade em expandir os serviços de assistência à saúde. Nessa direção, o governo, então militar, ampliou a oferta de serviços, direcionando ainda mais recursos do orçamento federal para a iniciativa privada, na intenção de forjar apoio do setor liberal da saúde e, ao mesmo tempo, estimular a economia em torno do mesmo. Isso acarretou o surgimento do sistema denominado como médico-industrial (POLIGNANO, 2001) que, baseado no estabelecimento de contratos e convênios do Governo Federal com hospitais e consultórios privados, tornou-se complexo do ponto de vista financeiro, provocando o aumento do consumo de medicamentos, assim como de ambientes e equipamentos hospitalares e médicos.

Além disso, com o passar do tempo, oficialmente a partir de 1975<sup>13</sup>, o modelo médico-industrial estabeleceu uma dicotomia na oferta da assistência médica brasileira, em que a medicina curativa ficava deliberadamente sob responsabilidade da rede privada e a medicina preventiva, da União. No entendimento de Menicucci (2007), a forte dependência do setor privado para realização de serviços de saúde ainda nos dias de hoje, especialmente nos serviços de alta complexidade, é fruto desse processo que, com incentivos e recursos direcionados pela União, possibilitou a consolidação da rede privada de serviços médicos e hospitalares enquanto responsável pelos serviços curativos, de recuperação e reabilitação no sistema de saúde.

Tendo em vista este contexto, a Reforma Sanitária Brasileira tem como relevante conquista a incorporação de suas principais ideias no texto constitucional de 1988<sup>14</sup>, que inclui, como parte da transformação política e social do Estado brasileiro, a saúde como integrante do rol de direitos básicos do cidadão. Ao instituir os fundamentos do SUS, a Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como um direito social a ser assegurado a toda pessoa. Vale salientar que o novo sistema, fundamentado pela Constituição Federal, contrapõe-se ao sistema de saúde pretérito, ao orientar-se por princípios essencialmente democráticos.

---

<sup>13</sup> No ano de 1975, é instituído o papel do Sistema Nacional de Saúde, que disciplinou a disposição das atribuições sistêmicas no campo da saúde dentre os setores público e privado, levando em consideração as ações de promoção, prevenção e cura (POLIGNANO, 2001).

<sup>14</sup> No seu Art. 196, a Constituição Federal do Brasil evidencia que “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 58).

Outra grande conquista desse movimento de Reforma Sanitária foi a manutenção de grande parte de suas propostas na publicação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, que regulamentando a implantação do SUS, sustenta a saúde como demanda intrínseca da cidadania, portanto, como um direito social na expressão de um conjunto de condições saudáveis/de vida<sup>15</sup> a serem democratizadas, universal e igualmente, através da ação do Estado e, ainda, reconhecendo a saúde pela noção de integralidade, numa compreensão para além dos processos biológicos de adoecimento.

Nesse sentido, postulados tradicionais arraigados às práticas de saúde pública no Brasil são, neste contexto, postos em questão, tais como o biologicismo e os modelos hospitalocêntrico<sup>16</sup>, procedimento-centrado<sup>17</sup> e medicalizante. Assim, são tencionados à superação os dualismos/dicotomias entre prevenção e cura, saúde pública e assistência médica, promoção e reabilitação. De acordo com Ceccim e Ferla (2009, p. 444), é assumida a defesa “pela ‘atenção’ no lugar da ‘assistência’, pela integralidade no lugar da polaridade prevenção-cura e pela processualidade saúde-doença em lugar da promoção *versus* reabilitação”.

Tais autores consideram essas conquistas como defesa de um conceito de saúde que coletiva e individualmente se expressa pela qualidade de vida e de trabalho, numa política pública direcionada para uma concepção de:

[...] desfragmentação (não um setor curativo e um setor preventivo, mas um setor ‘único’), de integralidade na atenção (não um modelo de assistência e um modelo de promoção, mas um modelo ‘único’), de participação da sociedade na tomada de decisões sobre os rumos do setor (não um fórum de governo e um fórum de participação, mas governo e sociedade em fórum ‘único’) e entendida como direito de todos e dever do Estado (não um setor público e um setor privado, mas subsectores Estatal e Suplementar em um setor ‘único’). (CECCIM; FERLA, 2009, p. 445).

É importante esclarecer que o processo de implementação dessa política pública de saúde não se deu e ainda não se dá de forma linear. Afinal de contas muitas das propostas do

<sup>15</sup> A noção de condições saudáveis/de vida está muito relacionada ao conceito ampliado de saúde que encontra sua legitimação na própria Lei Orgânica da Saúde, que a entende, no seu Art. 3º, como possuidora de determinantes e condicionantes como “[...] a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990).

<sup>16</sup> Modelo em que hospital funciona como o centro, espaço de referência, do sistema ou dos serviços de saúde. Nesse caso, a noção de saúde está, de forma restrita, associada à necessidade de espaços com extraordinário desenvolvimento tecnológico, no que diz respeito a recursos como equipamentos/maquinas e fármacos (FRANCO; MERHY, 2003).

<sup>17</sup> Modelo em que o trabalho de assistência à saúde é visto de forma reduzida como sinônimo de produção ou reprodução de procedimentos, sejam eles avaliações, exames ou consultas (FRANCO; MERHY, 2003).

modelo do SUS não foram incorporadas em sua integridade na realidade brasileira<sup>18</sup>. Contudo, é possível considerar que o SUS representa um cenário de avanços que materializam uma série de conquistas, principalmente, acerca da organização e ampliação dos serviços e da administração e descentralização dos recursos.

As transformações ocorridas no cenário das políticas de saúde, obviamente, demandam mudanças correspondentes à atuação profissional dos que operam os serviços de saúde, afinal é preciso estar qualificado para entender e intervir sobre as novas necessidades do setor. Ceccim e Feuerwerker (2004a) concordam que as mudanças decorrentes da implantação do SUS representam a consolidação de conquistas para o setor da saúde, exemplificando que um restrito trabalho de assistência à saúde não daria conta de enfrentar nem mesmo problemas da esfera curativa do adoecimento. Entretanto, esses mesmos autores confirmam que um dos problemas críticos na construção efetiva do SUS é a inadequada formação dos profissionais da saúde no âmbito da graduação.

Na concepção de Almeida Filho (2011), a baixa qualidade dos serviços ofertados pelo SUS tem como principal determinante uma limitação, não quantitativa, mas qualitativa, dos trabalhadores da saúde. Apesar do SUS solicitar uma superação do modelo de educação profissional reducionista, focado na doença e na especialização:

A força de trabalho ideal para atendimento no SUS – ou seja, profissionais qualificados, orientados para evidência e bem treinados e comprometidos com a igualdade na saúde – não corresponde ao perfil dos profissionais que operam o sistema (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 6).

É interessante considerar, decorridos mais de 25 anos de implantação do SUS, que a formação profissional do trabalhador da saúde é um dos temas pouco explorados nas produções acadêmico-científicas da área da saúde. Mais que isso, o campo da formação em saúde figura como um dos grandes representantes de resistência ao conceito ampliado de saúde (CECCIM; FERLA, 2009), pois, na prática, os profissionais ainda passam por um processo formativo restrito, a nível de graduação e pós-graduação, calcado na visão biomédica e focado na transmissão verticalizada de conhecimento (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2012).

Na realidade, a formação dos profissionais do campo da saúde, em geral, tem mantido um certo distanciamento dos debates críticos acerca do sistema público de saúde brasileiro, através de uma relativa e histórica indiferença aos princípios orientadores do SUS. No tocante

---

<sup>18</sup> Menicucci (2007) aborda os constrangimentos que ocasionaram os problemas ou a inviabilização da implementação das políticas do SUS em sua integridade, destacando como principais marcos a condição política neoliberal da década de 1990 no Brasil, o subfinanciamento sistêmico e o legado das políticas públicas de saúde anteriores à Constituição de 1988.

às instituições formadoras, é possível inferir que as mesmas desenvolveram, hegemonicamente, modelos formativos essencialmente conservadores, fragmentados e descontextualizados, com enfoque biomédico e diagnóstico-terapêutico (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b; FEUERWERKER et al., 2015), que em muito não correspondem com a atual demanda de intervenção profissional do SUS.

Mattos (2008) argumenta que não só a formação, como a própria intervenção no cotidiano profissional ainda acontecem segundo referências do modelo assistencial hegemônico, realidade esta que perpassa as diversas profissões no campo da saúde brasileira. De acordo com esse autor, tal modelo apresenta, tanto do ponto de vista da formação a nível de graduação, quanto da prática profissional, três pontos críticos a serem superados e que o caracterizam, a saber: a medicalização; a racionalidade médica e; a acumulação do capital.

Medicalização, aqui, diferente da semântica recorrente do termo, não se limita a capturar o fenômeno da supervalorização da terapia medicamentosa, através do uso exacerbado de medicamentos pela população, ou mesmo pela centralização do medicamento em qualquer medida preventiva ou curativa. Em outro sentido, Mattos (2008) utiliza o termo para designar o processo de intervenção indiscriminada dos saberes biomédicos na vida cotidiana das pessoas. Assim, a medicalização representa um excesso intervencionista do profissional da saúde, que interfere em hábitos e atitudes da vida, “regulando a saúde, os comportamentos e os corpos” (COSTA, 2004, p. 13). Historicamente, tal processo é associado ao status do profissional da saúde, a princípio ligado à figura do médico, na condição de disciplinador de normas de conduta para a vida social, a partir dos saberes de natureza biomédica.

Na realidade, esse processo, fortalecido no movimento higienista do século XIX, é caracterizado e consolida-se atualmente como uma ação colonizadora do profissional da saúde sobre as decisões da vida social. Para Mattos (2008), embora não seja desejável romper completamente com a medicalização, a sua crítica consiste justamente no fato de que o aspecto colonizador impões padrões de vida, que supostamente refletem uma verdade científica, mas que na realidade legitimam valores muito parciais, criando situações de dependência entre profissional e usuário, que cerceiam a autonomia da população ao estabelecer relações pouco emancipatórias.

Outro ponto crítico que fundamenta a formação em saúde é a racionalidade médica, centrada epistemologicamente no fenômeno da doença. Isto é, limitada a compreensão da saúde enquanto um cuidado totalmente impessoal e generalizador, que privilegia o estudo e o diagnóstico da doença em detrimento da pessoa. Notoriamente, embora fruto da concepção dos médicos, essa racionalidade hoje em dia cabe a qualquer profissão da saúde.

A gênese dessa maneira de conceber a saúde ocorreu em virtude da própria origem dos estudos médicos, que eram, de fato, estritamente dedicados à compreensão do fenômeno da enfermidade de forma isolada, e se estende aos dias de hoje em decorrência do projeto de saúde orientado pelo princípio de eficiência da modernidade.

Para Ribeiro e Amaral (2008), essa lógica, iniciada no século XIX e consolidada durante o século XX, representa um significativo avanço para os estudos e a análise das principais enfermidades da nossa era, sendo responsável por parte dos conhecimentos hoje já consolidados nesse campo e, por conseguinte, pela grande notoriedade atribuída ao profissional da saúde. Entretanto, os mesmos afirmam, que esse modelo se mostra limitado atualmente, tendo em vista que os avanços conquistados propiciaram também uma fragmentação dos saberes e da própria compreensão do ser humano, que reduz a pessoa adoentada a sua doença.

Nessa direção, em crítica a tal modelo de produção de conhecimento, Mattos (2008, p. 338) concorda que é necessário compreender as doenças, porém o que acontece tradicionalmente é que: “Aprende-se sobre a doença para tratar pessoas. Tratar as doenças é muito distinto de tratar pessoas”.

O terceiro ponto crítico da formação hegemônica em saúde é sua inclinação para responder ou mesmo aproximar os profissionais em formação às demandas de mercado. De fato, essa relação entre as práticas de saúde e a acumulação do capital compreende um processo que acontece em escala mundial e que envolve a produção e a comercialização de medicamentos, ambientes, equipamentos, instrumentos, métodos e técnicas de diagnóstico, tratamento e cuidado. Diz respeito, em suma, à possibilidade de acumulação de capital por profissionais e setores da saúde tendo como elemento propiciador os bens e serviços relativos ao bem-estar e ao enfrentamento de agravos à saúde (MATTOS, 2008).

Já contando com uma longa história dentro dos diversos segmentos da saúde, não se pode negar que todas essas produções técnicas e tecnológicas são de extrema relevância para parte significativa da assistência à saúde hoje ministrada. A grande questão é que, seguindo a dinâmica econômica, cada vez mais essa mesma produção vai se tornando mais inacessível à população por conta do seu elevado custo. Ou seja, a possibilidade da saúde como um direito social e democrático é negligenciada, pois o acesso aos bens e serviços de saúde cada vez mais torna-se permitido apenas ao grupo de pessoas que pode pagar por eles.

Neste contexto, superar esses paradigmas e essas práticas muito arraigados pela tradição é, de fato, um desafio. A demanda política e conceitual processada desde a Reforma Sanitária Brasileira, marcada pela legitimação e implantação do SUS, não foi inteiramente assimilada na intervenção profissional, especialmente em virtude dos conceitos formativos que, como

apresentados anteriormente, ainda convergem para a legitimação da saúde centrada na ciência oficial, no biológico e na doença.

Além dessas características já mencionadas, tal modelo de formação, do ponto de vista pedagógico:

[...] é centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, dissociando conhecimentos das áreas básicas e conhecimentos da área clínica, centrando as oportunidades de aprendizagem da clínica no hospital universitário, adotando sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada, incentivando a precoce especialização, perpetuando modelos tradicionais de prática em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p. 1402).

Contudo, em meio a esta conjuntura, existem movimentos que, dentro do cenário formativo da saúde, questionam e criam tensões visando forjar alternativas de superação do que está estabelecido hegemonicamente. Afinal, como afirma Schaedler (2003), a instituição do SUS já pressupõe a elaboração de um novo olhar para a organização pedagógica da formação e para a produção do conhecimento no campo da saúde, que sejam capazes de refletir mudanças nas práticas desse campo. As discussões dedicadas à adoção da integralidade como eixo central na concepção dos processos formativos, sobretudo, em se tratando dos cursos de graduação, representam esses movimentos de mudança.

Dialogando nesse sentido, a própria atual demanda do Ministério da Saúde para a formação profissional já reconhece que a simples atualização técnico-científica representa apenas um dos elementos a serem levados em consideração no processo de aprendizagem da profissão. Para além da habilitação técnica, a formação deve criar os meios para a produção de subjetividades, de habilidades de pensamento e de conhecimentos/aproximação sobre o SUS, na direção das dimensões e necessidades de saúde individual e coletiva (BRASIL, 2004b).

Na verdade, a própria Constituição de 1988 já define que é atribuição do SUS promover a orientação do processo de formação dos profissionais da saúde (BRASIL, 1988), justamente acenando para a necessidade de articular a qualificação dos profissionais com o sistema de saúde e sua demanda sobre a realidade prática, organizacional, política, epidemiológica, social.

Sendo assim, podemos considerar, afinados com a própria demanda oficial do Ministério da Saúde, enquanto movimento que tenciona por mudanças na formação no campo da saúde, que “A melhor síntese para esta designação à educação dos profissionais de saúde é a noção de integralidade, pensada tanto no campo da atenção, quanto no campo da gestão de serviços e sistemas” (BRASIL, 2004b, p. 7).



Dentre outros sentidos, em linhas gerais, o reconhecimento da centralidade do conceito de integralidade, inclusive enquanto diretriz elementar do SUS, baseia-se na ampliação do arcabouço de fundamentos, saberes e experiências que constroem as possibilidades de compreender os fenômenos da saúde, da doença e dos processos de intervenção correspondentes, rompendo com a frequente noção fragmentada e reducionista do anatomopatológico (MATTOS, 2009). Dessa forma, legitima-se a orientação pela atuação em caráter multiprofissional, numa perspectiva que privilegia o domínio transdisciplinar e a compreensão da saúde a partir das suas diversas dimensões, visando, a partir de um conceito ampliado, incluir na formação, para além do biológico e do técnico-procedimental, os conhecimentos sobre os distintos contextos sociais e epidemiológicos do país e as habilidades para analisá-los de forma crítica (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013).

Por outro lado, é possível interpretar a integralidade na saúde não apenas como um domínio curricular, mas como um valor que reverbera na intervenção profissional e na qualidade dos serviços ofertados, como um ideal, uma procura constante, algo paradoxalmente inalcançável e indispensável, algo “impossível de ser plenamente atingido, mas do qual, constantemente, buscamos nos aproximar” (COSTA, 2004, p. 14).

Essa nova orientação implica mudanças não só no eixo técnico-científico que fundamenta o ensino profissional em saúde, mas também no próprio aspecto pedagógico e na organização curricular dos saberes/conteúdos dos cursos. De forma geral, essa nova orientação representa a substituição de um ensino vertical e conteudista por um ensino com sentido e significado, crítico e problematizador e que, além disso, produza diálogos entre saberes de diferentes matrizes epistemológicas, no sentido da compreensão das diversas realidades/necessidades da população no tocante a condições gerais de vida.

Na defesa de Feuerwerker e Capozzolo (2013) sobre a agenda de mudança na formação em saúde quanto ao aspecto pedagógico, ganha ainda evidência um currículo de formação profissional integrado entre suas diversas partes, sejam elas básicas ou aplicadas, e ainda que contemple a diversificação dos espaços de aprendizagem profissional, de maneira a impulsionar uma maior aproximação entre os saberes produzidos e difundidos no meio acadêmico e a realidade da saúde da população e do SUS.

Segundo a leitura sistematizada por Feuerwerker e Cecílio (2007) e Feuerwerker (2014), as discussões e as experiências desenvolvidas no sentido de instituir mudanças na formação profissional do campo da saúde envolvem basicamente dois núcleos centrais: um educacional e outro relativo à saúde.

No núcleo educacional, concernente ao aspecto pedagógico da formação, os movimentos de mudança têm contado de forma recorrente com as contribuições tanto da Pedagogia da Escola Nova quanto da Pedagogia Crítica. Enquanto aspectos da Escola Nova, são destacados os conceitos de aprendizagem significativa e aprendizagem ativa, que visam, em suma, modificar o processo didático a partir da construção de sentidos e conexões para os conteúdos de ensino do futuro profissional e da mobilização do mesmo enquanto sujeito protagonista na busca e na produção do conhecimento.

Já das contribuições da Pedagogia Crítica é destacada principalmente a noção de relevância social da formação e da atribuição profissional que, envolvendo questões culturais, sociais, epidemiológicas, econômicas, despertam para a necessidade de consolidar um perfil profissional de saúde voltado a ler e intervir criticamente sobre a realidade, os problemas e a política do país, especialmente, no campo da saúde.

No núcleo da saúde, os movimentos de mudança estão, sobretudo, inclinados sobre a busca da integralidade, com a ampliação do conceito de saúde, a partir do enriquecimento das referências para a intervenção profissional, que vão além dos procedimentos técnicos de fundamentação unicamente biomédica, tocando inclusive em competências e habilidades relacionais, de acolhimento, de alteridade, de escuta qualificada, de produção de vínculo, por exemplo. Portanto, esses movimentos de mudança discutem a saúde não com foco na cura do dano, da lesão ou da doença, mas na valorização da vida. Além disso, no núcleo da saúde a agenda de mudanças envolveu a incorporação da diversificação dos cenários das práticas e do ensino, num movimento deliberado de aproximação ao SUS.

Dada essa breve formulação, vale apontar que, embora existam discussões críticas sobre a formação no campo da saúde desde a década de 1960 e que experiências pontuais nesse sentido também já vêm acontecendo ao longo desse tempo (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013), do ponto de vista concreto e enquanto política pública da saúde de natureza programática e nacional, a configuração de mudanças para a formação das profissões da saúde só foi mais significativa a partir dos anos 2000, em específico, em 2005 através do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)<sup>19</sup>. Elaborado em conjunto pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Ministério da Educação (MEC), o Pró-Saúde surge com a perspectiva de apoiar a redefinição dos cursos de graduação em diversos aspectos do processo

---

<sup>19</sup> Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 3 de novembro de 2005, institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia (BRASIL, 2005b).

formativo, especialmente, visando afinar os objetivos das instituições formadoras com as necessidades reais de saúde da população, de maneira a fortalecer o SUS.

Inicialmente limitado aos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, o programa estabelece, evidenciando a ampliação da abordagem sobre saúde, uma crítica ao modelo tradicional de profissionalização, ao disciplinar que:

O que se busca é a intervenção no processo formativo para que os programas de graduação possam deslocar o eixo da formação – centrado na assistência individual prestada em unidades especializadas – por um outro processo em que a formação esteja sintonizada com as necessidades sociais [...]. Além disso, que essa formação leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para a abordagem dos determinantes de ambos os componentes do binômio saúde-doença [...] (BRASIL, 2005a, p. 19).

A proposta de mudança legitimada e provocada pelo Pró-Saúde, a partir de um edital de seleção envolvendo as instituições de ensino superior mediante submissão de projeto de modificação dos cursos, foca especificamente mudanças em três eixos da formação: orientação teórica; cenários de práticas e; orientação pedagógica. Para cada um dos eixos foi firmada uma escala progressiva de evolução que culmina com a imagem-objetivo, ou seja, o cenário almejado que, por fim, caracteriza elementos de referência para a avaliação do desenvolvimento da formação.

No eixo orientação teórica são reforçados pactos pela ampliação do conceito de saúde no sentido da articulação social e biológico, relevando progressivamente determinantes sociais, culturais, econômicos, em plena equivalência aos condicionantes biológicos. Além disso, nesse eixo é tencionada a produção científica para se aproximar das demandas da população e do SUS, principalmente, no tocante à Atenção Básica<sup>20</sup>, sem secundarizar a produção considerada puramente técnica e tecnológica.

No eixo cenários de práticas é defendida a chamada interação docente-assistencial que visa promover a integração constante no processo didático-pedagógico da teoria com a prática, mas especificamente com a prática da assistência, seja em nível individual ou coletivo. A própria diversificação dos cenários das práticas é uma meta, através de um processo que possibilite, ao longo de todo o andamento formativo, o contato com a comunidade pelos

---

<sup>20</sup> A atenção básica, responsável por ser a principal porta de entrada do usuário na rede de atenção à saúde, caracteriza-se pelo trabalho em equipe e com delimitação regionalizada, formado por ações de saúde de âmbito coletivo e individual no tocante à promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. “Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2006).

serviços do SUS fora da instituição formadora, visando possibilitar o reconhecimento da complexidade crescente das necessidades de saúde da população.

No último eixo, orientação pedagógica, é almejada uma análise crítica sobre a Atenção Básica, principalmente, no que concerne a uma visão de totalidade sobre as necessidades dos serviços, não mais um ensino centrado apenas no professor, mas sim baseado na problematização das questões de saúde da população. Ademais, é revelada a necessidade de integração, ao longo de todo o curso, dos núcleos curriculares de formação, tradicionalmente segmentados em disciplinas estanques de conhecimento básico e de conhecimento da intervenção profissional.

No ano de 2007, com as mesmas diretrizes, foi lançado o Pró-Saúde II<sup>21</sup> que passa a contemplar os demais cursos de graduação da área da saúde. Apenas o Pró-Saúde II selecionou 68 projetos, alcançando 265 cursos e ao todo envolvendo 96.649 estudantes das 14 profissões da saúde (BRASIL, 2009). Em 2010, levando em consideração as especificidades regionais, foi instituído o Pró-Saúde Norte/Nordeste visando induzir o processo de mudança na formação das Instituições de Ensino Superior dessas regiões.

Vinculado ao Pró-Saúde, ainda podemos citar o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)<sup>22</sup> que, instituído pelos Ministérios da Saúde e da Educação, desenvolve, com estudantes de graduação e pós-graduação na área da saúde, grupos de aprendizagem em formato tutorial na intersecção entre ensino-serviço-comunidade. Nesse sentido, o PET-Saúde incentiva a aproximação às demandas do SUS, pela formação de qualidade técnica e científica, pautada numa perspectiva crítica e cidadã, como preconiza a própria função social da educação superior. Como objetivo do PET-Saúde está a preparação profissional para o enfrentamento dos dilemas oriundos dos conflitos e dificuldades de vida e de saúde da população no contexto brasileiro. (BRASIL, 2010).

Especialmente do ponto de vista da formação, o PET-Saúde almeja, como resultado, adequar os processos de ensino, afinando os perfis profissionais dos cursos da área da saúde às necessidades e serviços públicos do país, estimular a produção científica no tocante aos temas da Atenção Básica e, além disso, consolidar novas práticas e experiências pedagógicas, na direção de uma reorientação curricular condizente com as características do SUS.

---

<sup>21</sup> Portaria Interministerial MS/MEC nº 3019 de 26 de novembro de 2007, amplia o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde para os demais cursos de graduação da área da saúde.

<sup>22</sup> Portaria Interministerial MS/MEC nº 421, de 3 de março de 2010, institui o PET-Saúde e dá outras providências.

Para tanto, enquanto ação estratégica, o Programa compõe grupos tutoriais com três categorias de bolsistas: 1) monitores, estudantes de graduação regularmente matriculados nas Instituições de Ensino Superior; 2) tutores acadêmicos, docentes das Instituições de Ensino Superior integrantes do programa e; 3) preceptores, profissionais da saúde vinculados formalmente ao SUS. Levando em consideração os três editais em plena vigência até o ano de 2013, o PET-Saúde contabilizava 902 grupos de tutoria, que contavam com 902 tutores, 4624 preceptores e 10036 estudantes dos 14 cursos de graduação do campo da saúde (BRASIL, 2013a).

O panorama apresentado acima ilustra um caminho que os movimentos de mudança no campo da saúde vêm trilhando ao longo dos últimos anos no Brasil, seja no sentido dos serviços ou no sentido da formação profissional. Evidente que as mudanças, sobretudo, do ponto de vista da formação a nível de graduação, não acontecem de maneira homogênea no país. Contudo, tais movimentos legitimam-se por representar possibilidades reais de materialização da saúde enquanto direito social, de consolidação de políticas públicas acessíveis e adequadas às carências da população, de construção de condições de vida mais saudáveis e, portanto, de transformação social e de bem-estar comum.

### 1.3 APONTAMENTOS PARA A MUDANÇA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO FÍSICA NO CAMPO DA SAÚDE

Para estabelecer uma discussão acerca de processos de mudança para a formação profissional em EF voltada para o campo da saúde é interessante sublinhar preliminarmente que o campo da formação profissional em qualquer carreira que seja e, mesmo especificamente no campo da saúde ou da EF, é um território de dilemas, conflitos e tensões. Logo, não se acredita ter um conhecimento acabado que defina modos da formação acontecer.

Mesmo assim, embora de natureza incerta, a formação em saúde nos últimos anos, a partir das discussões desenvolvidas na seção anterior, vem progressivamente ocupando a agenda do campo acadêmico e das políticas públicas, figurando em reflexões e experiências que materializam iniciativas de mudança. Notadamente, como destacam Abrahão e Merhy (2014), esses processos de reconfiguração da maneira de formar/ensinar o profissional da saúde flutuaram, ao longo dos últimos 20 anos, entre aspectos de ordem política, prática e pedagógica da formação.

Logo, nesta seção, distantes do discurso da certeza, vamos dar visibilidade a uma parte do que um grupo de autores e autoras, com forte afinidade com as ciências humanas e sociais, vinculados tanto à saúde quanto à EF em específico, vem desenvolvendo/construindo, nos últimos anos, acerca de elementos potencialmente capazes de contribuir na elaboração de outra lógica para formação em EF no campo da saúde, principalmente a nível de graduação, como formação humana crítica e eticamente comprometida com a superação dos dilemas sociais. Ou seja, trata-se de uma reunião de apontamentos teórico-conceituais sobre mudanças para a formação em EF na saúde.

Vale destacar que os aspectos de ordem política, prática e pedagógica, na realidade, compõem dimensões da formação. Dessa maneira, estas dimensões não existem isoladamente, mas em inter-relação, de maneira interdependente, em que uma reverbera sobre a outra num movimento constante e nem sempre hierárquico. Apenas, por uma questão de organização didática, os temas serão abordados neste texto a partir das especificidades de cada uma destas dimensões.

A dimensão política representa a tomada de decisão ante uma fundamentação sobre a lógica argumentativa, ideológica e até mesmo conceitual da formação. Isso significa que as práticas de ensino na formação profissional não são neutras, mas sim carregam uma intencionalidade, pois refletem, invariavelmente, a defesa de um dado projeto social. No caso da mudança na formação em EF na saúde, não ganham centralidade apenas as discussões sobre a concepção de ser humano crítico, de sociedade emancipada e de conhecimento dinâmico, mas principalmente, colocamos em questão a concepção de saúde a ser assumida.

Pensamos aqui, rompendo com a tradição das relações estabelecidas entre saúde, ciência e EF, em localizar um conceito de saúde mais próximo ao ponto de vista levantado por Canguilhem (2009, p. 78), que percebe os processos saúde-doença como inerentes à dinâmica da vida, considerando a possibilidade/capacidade de adoecer e se recuperar, de maneira a representar a saúde como uma “margem de tolerância às infidelidades do meio”, mas, principalmente, por afirmar que as categorias da saúde e da doença são reconhecidas pela vida no plano da experiência, enquanto provação em sentido afetivo, e não enquanto um conceito *científico*.

Sobre outro aspecto, talvez também seja interessante situar a saúde conceitualmente em torno de uma abordagem que a entenda como um direito social e, portanto, como cidadania. Minayo, Hartz, Buss (2000), afinados com a própria lógica adotada na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e na Lei Orgânica da Saúde brasileira (BRASIL, 1990), circunscrevem a saúde atrelada ao conceito de qualidade de vida, a partir do respeito à satisfação de necessidades

consideradas elementares para o viver, levando em consideração justamente condicionantes como trabalho, renda, habitação, alimentação, lazer, acesso a serviços de saúde, dentre outros.

No sentido dessas abordagens, a aproximação ao campo da Saúde Coletiva pode implicar um caminho possível para renovação do currículo da formação profissional da EF. Historicamente, ressentida dos limites existentes na formação baseada na abordagem com enfoque biológico da saúde, a EF pode encontrar no campo da Saúde Coletiva vazão para explorar as diversas dimensões do corpo e do movimentar-se, sobretudo do ponto de vista social, político e ético. Essa aproximação representa um outro modo de conceber não só a saúde e o corpo, mas a própria vida.

Carvalho (2005) entende que a EF não será capaz de interferir no fenômeno saúde-doença se não for capaz de ressignificar sua tradição alicerçada no biológico e, enfim, possa dar relevância para o social, o público, o coletivo, direcionando assim sua prioridade focal não para as doenças e seus fatores de risco, mas para a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida.

Para Palma (2001, p. 24) parece ser ingenuidade concordar que o único modo de se analisar o processo saúde-doença seja através dos seus determinantes biológicos. Segundo ele, “O adoecer humano não deve ser investigado ou tratado somente sob a forma de uma relação biológica de causa e efeito, tão simples, que desconsidere outros aspectos relevantes, tais como os contextos socioeconômicos e históricos”.

A Saúde Coletiva se debruça justamente sobre o ponto de vista social, por isso a legitimidade de tal aproximação. Na análise de Carvalho (2005, p. 103), a Saúde Coletiva é um campo de produção do conhecimento e intervenção profissional que tem como objeto de estudo “as necessidades sociais de saúde com intuito de construir possibilidades interpretativas e explicativas dos fenômenos relativos ao processo saúde-doença, visando a ampliar significados e formas de intervenção”.

De fato, a Saúde Coletiva, ao reagir ao positivismo e ao foco no modelo biomédico, privilegia o debate nos aspectos coletivos, públicos e sociais, visando compor campo científico tendo como base o social na compreensão do fenômeno saúde-doença (FREITAS; BRASIL; SILVA, 2006).

Palma (2001) concorda que uma infinidade de estudos vem sendo desenvolvidos em defesa dos mais diversos benefícios para a saúde advindos da prática sistematizada de atividade física, contudo este autor percebe que estes mesmos estudos estão vinculados a uma visão de saúde muito estreita, que entende que a doença pode ser evitada especialmente por ação única do próprio indivíduo, apenas de modo determinista-biológico e desatento a contextos socioeconômicos.

Vale destacar que foi apenas nos anos de 1980 que o campo da EF foi desenvolvendo uma crítica ao modelo biomédico e foi progressivamente construindo uma afinidade com as ciências humanas e sociais. Ainda assim, em função de uma rígida organização compartimentada do conhecimento e do interesse de se agregar uma legitimidade científica ao campo, a EF, numa relação de tensão, se edifica enquanto área da saúde e se vincula, hegemonicamente, ao arcabouço teórico-conceitual e metodológico do campo biomédico. Embora seja evidente a consolidação das áreas socioculturais e pedagógicas na EF, o diálogo menos hierárquico entre as áreas de conhecimento, sobretudo, no que diz respeito às temáticas da saúde, ainda é difícil (CARVALHO, 2005).

De qualquer maneira, tomar a Saúde Coletiva e, por conseguinte, o referencial das ciências sociais e humanas como fundamento, significa compreender a EF e a própria saúde dando legitimidade para a vida e os múltiplos e complexos determinantes das ações humanas, percebendo as influências culturais, condições de trabalho e as distintas possibilidades de acesso a bens e serviços de saúde, como condicionantes do modo de viver e, ainda, compreendendo o ser humano socialmente, sem segmentá-lo, reduzi-lo ou mesmo universalizá-lo (FREITAS; BRASIL; SILVA, 2006).

Logo, o encontro possível entre EF e Saúde Coletiva claramente sinaliza para o exercício do intercâmbio/diálogo entre as diversas áreas do conhecimento na intenção de reconhecer o fenômeno saúde-doença, entendendo que tal fenômeno atravessa diferentes campos disciplinares, sendo, portanto, da esfera do transdisciplinar. Além disso, aponta para o deslocamento da formação e da intervenção profissional dos modelos prescritivos, normativos e impositivos que implicam na regulação de condutas e hábitos de vida, para a uma outra perspectiva que possibilita uma reflexão a respeito da atenção à saúde sob outros aspectos e sentidos.

Essa aproximação dá sentido a uma política de formação em EF que encontra na lógica da democratização do acesso ao acervo da cultura corporal<sup>23</sup> um de seus principais fundamentos. Nessa lógica, as ginásticas, os esportes, a dança, a caminhada, as lutas, se localizam enquanto formas de cuidado à saúde, especialmente, como um direito social, assim, tendo de se tornar acessível a toda população.

---

<sup>23</sup> Embora seja de referência, a priori, para a EF no contexto escolar, usa-se aqui a designação cultura corporal, a partir de Soares et al. (1992), para situar elementos como a ginástica, esporte, dança, luta, jogos, enquanto elaborações/manifestações da cultura, sintetizando uma produção que é histórica e social e que, portanto, dispõe de intencionalidades, interações com outros sujeitos e com a natureza, com subjetividades e expressões/percepções.



Pensar a democratização do acesso às experiências da cultura corporal no âmbito da saúde, nos remete a pensar o SUS como eixo relevante para essa política de formação se referenciar<sup>24</sup>. Portanto, importa destacar a universalidade e a igualdade de acesso aos serviços como princípios do SUS e, portanto, como valores a serem assumidos na formação.

A respeito dos princípios do SUS, podemos considerar a integralidade como elemento também importante para ressignificar a formação em EF, especialmente na dimensão política, muito embora a integralidade tenha implicação direta nas dimensões prática e pedagógica. Percebido com uma riqueza polissêmica (AYRES et al., 2012), o princípio da integralidade refere-se a uma percepção ampliada não só da saúde, mas do ser humano e das próprias demandas oriundas dessa perspectiva ampliada. Na EF, esse princípio desencadeia a expansão do próprio entendimento sobre o corpo e sobre as necessidades sociais dos usuários dos serviços na área da saúde.

Dessa forma, ações que tratavam de uma maneira unidimensional os processos de cura de agravos e de prevenção de doenças passam a ser considerados insuficientes ou talvez até mesmo incapazes de dar conta desta forma ampla de conceber a saúde. Acredita-se que, nesse âmbito, seja pertinente ressaltar a perspectiva do cuidado na atenção à saúde.

O sentido atribuído ao cuidado neste texto diverge da perspectiva do senso comum, isto é, não vamos limitar o entendimento do cuidado em saúde ao sentido de métodos e recursos terapêuticos. De acordo com Anéas e Ayres (2011) e Ayres (2004a; 2004b) cuidado é pensado como uma categoria filosófica e prática sobre ações de saúde que acontecem a partir da interação entre sujeitos, visando o alívio de sofrimentos e/ou o bem-estar. Assim, o cuidado se situa no diálogo produtivo entre os saberes estruturados e as categorias subjetivas da vida. Nessa direção, os principais desafios do cuidado em saúde são o voltar-se para o outro, a otimização da interação e o enriquecimento dos horizontes da saúde.

Com essas orientações, reconhecemos o conceito de práticas corporais como elemento sintetizador para as mudanças demandadas para a EF. Normalmente, esse termo é, de fato, mais usado por autores que buscam um desprendimento da condição exclusivamente biomecânica do movimento humano, sendo comum a utilização da expressão práticas corporais para materializar uma dimensão mais complexa do ser humano em movimento, que também considera as contribuições das ciências sociais e humanas.

---

<sup>24</sup> Destacamos a inserção pontual do profissional e das ações relacionadas à EF na esfera do SUS, a partir dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2008), do Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2013b) e dos Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2002).

Diferente da semântica do termo atividade física, que compreende o movimento humano enquanto qualquer trabalho motor capaz de gerar gasto energético para além do estado basal (MANIFESTO, 2000; McARDLE, KATCH, KATCH, 2008), para Carvalho (2006, p. 34) “As práticas corporais são componentes da cultura corporal dos povos, dizem respeito ao homem em movimento, à sua gestualidade, aos seus modos de expressar corporalmente”.

Dialogando nesse aspecto, González (2015) concorda que, em forma institucionalizada, organizada, sistematizada e também desestruturada e espontânea, as práticas corporais, para além do mero gasto energético, são parte das manifestações culturais de grupos sociais, voltadas a atender as mais diversas motivações humanas, como estética, saúde, convívio, forma física e outros. Nesse entendimento, as práticas corporais possuem como essência o elemento motor, mas são carregadas de sentidos e contextos sócio-históricos.

Beccalli e Gomes (2011, p. 1090) reconhecem as limitações do conceito de atividade física e consideram que a designação práticas corporais “opera com outro universo simbólico, trazendo novas possibilidades instituintes” que procuram desconstruir o foco na semântica atrelada ao modelo biomédico.

Por esse entendimento, os alongamentos, as ginásticas, os jogos, os esportes, quando tratados pelo prisma do conceito de práticas corporais, pela expressão/percepção corporal subjetiva, de aprendizado pelas experiências do corpo, pela escuta e pela conquista da autonomia, são considerados elementos importantes do cuidado humanizado à saúde. Coerentes com esse entendimento, podemos pensar, então, o conceito de práticas corporais, assim como fazem Fraga, Carvalho, Gomes (2012), como eixo de uma política de formação em EF transformadora para o campo da saúde, por compreender sua potencial afinidade com o cuidado e com a atenção humanizada na integralidade e socialmente referenciada.

Essas reconfigurações na dimensão política da formação em EF trazem à tona demandas para a dimensão da prática da EF na saúde. Quando tratamos da dimensão prática estamos nos remetendo aos aspectos mais estritamente relacionados à intervenção profissional. Nesse caso, a partir das construções sobre a dimensão política, de ordem conceitual e discursiva, surgem necessidades de tornar coerentes as reflexões sobre as ações da intervenção. Afinal, as práticas baseadas unicamente nos conhecimentos técnico-procedimentais e nos métodos prescritivos certamente não condizem com os fundamentos da Saúde Coletiva, do SUS, do cuidado na integralidade e da noção de práticas corporais.

Isto significa, para o cenário da prática profissional, que o corpo em movimento, tradicionalmente objeto de intervenção através da ótica biomédica, limitada aos aspectos fisiológicos, anatômicos e epidemiológicos, deve ser analisado também pela ótica social,

cultural, econômica, afetiva, psicológica, reconhecendo o corpo, em interação constante com o meio, como expressão e contato com o mundo. Ceccim e Bilibio (2007, p. 48) acreditam que a EF é propriamente sabedora da existência do corpo em vários sentidos e que o seu trabalho é a “corporalidade, a produção de uma corporeidade virgem e vivaz”.

Nesse sentido, as considerações sobre aspectos da micropolítica do trabalho em saúde<sup>25</sup> tornam-se referência importante também para a intervenção e formação em EF. As formulações sobre trabalho vivo em ato e sobre as tecnologias do cuidado em saúde certamente contribuem para a reflexão acerca da ressignificação da qualificação desse profissional, principalmente pensando na Atenção Básica à saúde como lugar privilegiado para a EF na rede do SUS.

Acerca disso, ressaltamos a relevância do reconhecimento de determinados conceitos inspirados da obra de Merhy (2002), como o de trabalho vivo em ato, que representa o encontro na ação de saúde, o momento exato da produção do cuidado, fruto da relação direta e dinâmica entre profissional da saúde e o usuário, estabelecida pelo contato interpessoal e que não se restringe a receitas e protocolos genéricos. No momento do encontro, tramas subjetivas são estabelecidas e saberes são trocados, ou seja, trata-se de um trabalho criador em ato (MALTA; MERHY, 2003).

Contudo, é possível identificar no trabalho vivo em ato a co-presença de trabalho morto, outro conceito relevante. O trabalho morto é aquele centrado em aparelhos, ferramentas e instrumentos físicos que já foram produzidos anteriormente por alguém e que, por isso, representam a esfera do trabalho morto no ato de produção da saúde.

Ainda compõe o processo de trabalho elementos que são considerados vivos e mortos simultaneamente, como a esfera do trabalho ordenada pelos saberes técnico, tecnológico e metodológico utilizados na produção da saúde. Embora no momento do processo de trabalho esse complexo saber-fazer se legitime como vivo, na condição de conhecimento anteriormente construído e reproduzido ele diz respeito a um trabalho morto, por ser da dimensão passiva do ato.

Contrariando o modelo convencional, que privilegia as duas dimensões do trabalho morto nos processos de trabalho em saúde, Ceccim e Bilibio (2007, p. 52) acreditam que na EF este trabalho deve estar mais voltado para o trabalho vivo, “[...] dimensão produtiva com potência para escapar da captura do trabalho morto e dos modelos predeterminados de produção

---

<sup>25</sup> Seguindo as assertivas de Feuerwerker (2014) é interessante entender aqui a micropolítica do trabalho em saúde como o desenho e a dinâmica em rede social, portanto, relacional, estabelecida no cenário específico de protagonismo entre o profissional da saúde e o usuário dos serviços, no plano molecular, a partir das subjetivações e relações de poder.

da saúde”. O trabalho da EF na construção da saúde não representa um produto que é *consumido* posteriormente ao ato de sua produção pelo seu profissional, como uma mercadoria, que é primeiro produzida e depois comercializada. O trabalho da EF na construção da saúde é, na verdade, especialmente pensando a inserção do professor de EF no cenário da Atenção Básica, produto do encontro entre profissional e usuário, no ato, sendo produzido e *consumido* simultaneamente. Isto significa dizer que, apesar de não dispensar aparelhos, instrumentos, estruturas físicas e outros produtos-meios, o cuidado é produto vivo em ato que não pode ser capturado ou subjugado pela dimensão do trabalho morto.

Dessa maneira, mais uma vez levando em conta os aspectos da micropolítica do trabalho em saúde, percebemos que as tecnologias leves de produção do cuidado podem ganhar mais relevância de forma articulada às tecnologias duras e leves-duras. Esses termos se referem ao acervo tecnológico do trabalho em saúde, as ferramentas materiais e não-materiais de uso laboral. Para Merhy e Franco (2008) as tecnologias duras são precisamente os instrumentos físicos de trabalho, já as tecnologias leves-duras são o saber técnico-científico estruturado, enquanto as tecnologias leves são os elementos frutos das relações entre os sujeitos da ação cuidadora de saúde, materializados no ato do encontro.

Para o professor de EF no espaço de intervenção na saúde as tecnologias duras representam os instrumentos e aparelhos de ginástica, os calçados e vestimentas adequados para as vivências, os materiais desportivos, os equipamentos de análise corporal. Já como tecnologias leves-duras podemos perceber os conhecimentos estruturados sobre cinesiologia, fisiologia do exercício, anatomia, epidemiologia, educação do corpo, antropologia, sociologia, assim como os métodos e técnicas do treinamento, das ginásticas, das danças, dos esportes, da biomecânica. Por outro lado, as tecnologias leves dizem respeito à sensibilidade do profissional em perceber e dar vazão às mais diversas necessidades do usuário em saúde, a partir do corpo, fruto do encontro, da escuta, com significados afetivos, sociais, históricos, culturais, psicológicos, anatômicos e biológicos.

De acordo com a necessidade e a tensão acerca do modo de produzir saúde, o profissional utiliza as três tecnologias dando prevalência a uma ou outra. Sabe-se que a prática profissional da EF na esfera da saúde esteve sempre se valendo, hegemonicamente, do uso das tecnologias duras e leves-duras, consideradas mais estruturadas (CECCIM, BILIBIO, 2007), pois na maioria dos casos os aparelhos, as ferramentas, os procedimentos, as técnicas, os protocolos, se sobrepõem às práticas de dimensão subjetiva, por exemplo, de acolhimento, de escuta, autoconhecimento e autocuidado, proporcionadas a partir do encontro.

Na leitura de Damico (2011), quando de sua inserção na assistência à saúde, a EF, na sua vertente mais biológica, se aproximou de um modelo de intervenção baseado na perspectiva preventiva e curativa, tratando o usuário como portador de uma demanda/carência específica, como fragmento de um corpo com problemas de ordem biológica, sem subjetividade, sem desejos e sem intenções.

Porém num sentido contrário, as habilidades de escuta, de interação, de percepção da expressão do corpo, de reconhecimento global das dimensões histórica, afetiva, anatômica, fisiológica e social do corpo, podem impactar/influenciar a utilização de instrumentos e aparelhos, bem como da aplicação de métodos e procedimentos, dependendo das necessidades e da característica da intervenção.

Pensando então pela ótica da valorização do trabalho vivo e, por conseguinte, da utilização das tecnologias leves e pela própria consideração acerca da integralidade na atuação, assim como na formação em EF na saúde, é importante reconhecer a potencialidade de outros profissionais comporem a rede de cuidados no plano dos serviços de saúde. Merhy e Franco (2008) concordam que um profissional da saúde sozinho não dá conta de atender às necessidades desse modo de trabalho em saúde mais ampliado, reconhecendo, portanto, o trabalhador da saúde sempre como coletivo e interdependente de seus pares. Ou seja, diferente do modelo médico-centrado, uma perspectiva que compreende a saúde como transdisciplinar entende os ambientes de produção da saúde como locais de intervenção prática multiprofissional.

Atentos ao cuidado coletivo e de responsabilização compartilhada na intervenção e ainda em crítica ao intenso processo de especialização profissional, Malta e Merhy (2003, p. 65) defendem que quando “[...] cada especialista se encarrega de uma parte da intervenção, em tese ninguém pode ser responsabilizado pelo resultado do tratamento”. Isso, segundo eles, ocasiona uma alienação do profissional em relação à prática e, por fim, a sua baixa capacidade de resolutividade sobre os problemas.

Assim, podemos concordar que “A integralidade não poderá ser [...] alcançada com uma clínica fragmentada por diferentes profissionais com os quais o usuário teria contato em sucessivos encontros” (FERLA; BUENO; SOUZA, 2013, p. 208). O cuidado na integralidade só faz sentido se for pensado como fruto da intervenção do coletivo de trabalhadores da saúde em ação multiprofissional, em que todos os integrantes da equipe tornam-se não só participantes como também responsáveis pela prática cuidadora.

No que tange à dimensão pedagógica, mais dedicada a organização dos conhecimentos, dos processos didáticos de ensino-aprendizagem na formação profissional em EF,

reconhecemos que focar o processo na transmissão de saberes baseados unicamente na dinâmica de uma cientificidade técnica é insuficiente e até mesmo incoerente com os princípios supramencionados. Pela complexidade e profundidade da formação aqui assumida, do ponto de vista pedagógico, a qualificação profissional que se limite a mera exposição do aluno aos conteúdos técnicos e científicos não dá conta do aprendizado, muito menos da formação crítica e autônoma, comprometida técnica e eticamente (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

É importante discernir que não acreditamos que os saberes técnicos, instrumentais e científicos construídos historicamente devem ser negligenciados. De fato, a qualificação técnica, com forte base científica, não é dispensável. Porém acredita-se que a acumulação de saberes e conhecimentos de natureza técnica representa apenas um dos aspectos a serem levados em consideração para transformar as práticas, mas não o seu foco. “A formação [...] também teria de envolver os aspectos pessoais, os valores e as ideias que cada profissional tem sobre o SUS e os projetos de sociedade implicados nas lutas por saúde” (CECCIM; BRAVIN; SANTOS, 2011, p. 166).

Na EF, a tradição de primazia do discurso médico fez surgir no currículo uma hegemonia dos saberes vinculados à cientificidade moderna, em que o alicerce da formação é composto predominantemente pelos conhecimentos da área biológica. O que configurou um processo formativo centrado no aprendizado da ciência racionalista que pouco dialogava com os contextos sociais, políticos e subjetivos da saúde.

Sobre outra perspectiva, a formação pode ser reconhecida a partir da crítica, da experiência e da crítica sobre a experiência no ensinar e no aprender em saúde, de maneira a elaborar arranjos capazes de produzir práticas pedagógicas que despertem nexos e, portanto, impactos na esfera dos sentidos.

Essa formação teria potencial capacidade de gerar abalos e sensibilidades não só técnicos como também sociais, subjetivos, morais e éticos. Para tanto, é uma possibilidade arranjar a formação sempre priorizando a problematização, realizada de forma crítica e eticamente comprometida com a transformação da realidade. Ou seja, contrário à transmissão mecânica de saberes, o ensino pode focar na produção de saberes, sentidos e significados sobre a realidade de maneira problematizadora e, portanto, ativa, visando à formação mais autônoma e comprometida socialmente.

Um caminho possível nesse sentido pode ser a orientação das práticas de ensino pelo permanente contato com a comunidade e com os espaços de encontro profissional, sua estrutura, dilemas e contradições. Romper o tradicional isolamento dos ambientes universitários é imprescindível nesse aspecto. Para Feuerwerker e Sena (2002, p. 40), a universidade e o mundo

do trabalho têm que estar afinados com o mundo da vida, pois o isolamento institucional não potencializa a mudança na formação qualificada. Na realidade, a complexidade da realidade deve estar inserida no processo de construção das novas formas de trabalhar e produzir novos conhecimentos. Compreendemos, então, que a qualificação profissional com permanente interação com a comunidade valida expectativas pedagógicas para superar dicotomias entre teoria e prática, possibilitando o desenvolvimento crítico e analítico do profissional.

Evidentemente, o acervo de conhecimentos que compõem o processo formativo a ser considerado pode ser ampliado, sobretudo, no que diz respeito às ciências humanas e sociais. O próprio conceito de saúde, sua historicidade, seus determinantes ou mesmo a função social do trabalhador da saúde, no caso do professor de EF, podem passar a compor esse acervo. Áreas como a filosofia, a sociologia, a antropologia, a psicologia, contribuem para a ampliação dos entendimentos sobre saúde, percebida aqui como transdisciplinar.

Arranjos pedagógicos/curriculares, na visão de Abrahão e Merhy (2014), baseados na transversalidade têm a capacidade de gerar intenso movimento entre os territórios das disciplinas, em oposição à estática organização vertical ou horizontal dos saberes. Corroborando, assim, para o acesso do profissional em formação a diversos conhecimentos de forma oblíqua e de maneira a potencializar a mobilização de ações, gestos, afetos, afecções e conhecimentos.

Essa abordagem do currículo de formação em EF não visa a exclusão ou a secundarização dos campos disciplinares considerados tradicionais, como fisiologia do exercício, anatomia humana, biodinâmica, mas certamente descentraliza esses campos na organização curricular. Nesse caso, os campos da cultura e da pedagogia ganham relevância, ao darem vazão a potencialidades do corpo quanto à expressão, sensação, cuidado.

Por fim, é importante considerar que a mudança curricular não está clara nem definida, trata-se, na verdade, de um caminho a ser construído continuamente. O que temos aqui são provocações e apontamentos que podem ser refletidos no sentido de nortear tal processo. Dessa maneira, as construções traçadas nesta seção potencializam as discussões no intento de fomentar o movimento, necessário, de transformação na formação e na própria intervenção profissional da EF no campo da saúde.

## **2. DISCURSOS CURRICULARES DE MUDANÇA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO FÍSICA PARA O CAMPO DA SAÚDE: ANALISANDO PROJETOS PEDAGÓGICOS DE CURSO**

Este capítulo versa sobre as principais características, na condição de dados da pesquisa documental, dos Projetos Pedagógicos dos cursos de graduação em EF da UFRGS, da UFBA e da UNIFESP, focando as relações com os aspectos da saúde e as possibilidades de mudança/superação apresentadas a partir destes documentos. Inicialmente, nas três primeiras seções deste capítulo, é ministrado um tratamento um tanto descritivo, visando contextualizar e explorar a proposta curricular para a EF de cada uma das universidades individualmente, explicitando de maneira pontual as partes textual e da matriz curricular, focando nos eixos e nas categorias de análise.

Posteriormente, na quarta e última seção deste capítulo, analisaremos os três projetos curriculares enquanto movimento global, discutindo seus pontos críticos, de convergência e divergência, dialogando com os autores e as autoras e abordando alguns reconhecimentos das mudanças na formação em EF para saúde.

### **2.1 FORMAÇÃO UNIFICADA: O CURSO DE BACHARELADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA DA UFRGS**

A proposta curricular defendida pelo Projeto Pedagógico atualmente vigente do curso de EF da UFRGS, instalado oficialmente no ano de 2012, configura-se a partir da ideia de uma formação unificada, envolvendo bacharelado e licenciatura com apenas uma via de ingresso para as duas habilitações. Trata-se de uma proposta em que se vislumbra a possibilidade de formação ampliada que alcance os diferentes campos de inserção das práticas profissionais e acadêmicas da EF, dentre elas os cenários da saúde, porém com um eixo curricular identificador comum. Na prática, nessa proposta o ingresso acontece unicamente pela via da licenciatura, com duração de quatro anos, e o prolongamento, optativo, de mais um ano para a habilitação em bacharelado.

Dessa maneira, com uma abordagem considerada inovadora, a formação do bacharel em EF da UFRGS, preocupação principal deste estudo em função da afinidade com a intervenção no campo da saúde apresentada por esta, acontece em cinco anos a partir da continuidade, opcional, dos estudos da licenciatura, contabilizando uma carga horária total de 3210 horas.



Basicamente, a possibilidade de formação é pautada, dentre outras coisas, em uma organização curricular que, visando alargar as perspectivas sobre a EF, se estrutura em torno de três eixos: Formação Geral; Formação Específica e; Formação Orientada para Saúde, Lazer e Esporte.

A título de compreensão inicial, o primeiro eixo é composto pelos componentes curriculares destinados ao entendimento geral dos processos e da vida acadêmica. O segundo, sendo mais específico ao campo da EF, é justamente o eixo identificador que contempla os conhecimentos considerados comuns para a atuação em EF para as duas habilitações previstas. Já o terceiro eixo, que consiste justamente no prolongamento do curso pertinente à formação do bacharelado, concentra componentes destinados às especificidades da atuação em EF, prioritariamente, em ambientes não escolares.

Contudo, compreendendo o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) como fruto de uma dada conjuntura, vale considerar que tal documento é resultado de significativas mudanças ocorridas no currículo da UFRGS, sendo, portanto, cabível contextualizá-las historicamente, reconhecendo que as diversas composições curriculares e suas alterações ao longo do tempo é que culminam no PPC atualmente vigente. Logo, legitima-se o entendimento de que para se compreender o PPC seja necessário conhecer, mesmo que de forma sucinta, a sua história. Para tanto, na sequência apresentamos brevemente o processo histórico do PPC da UFRGS, a partir das próprias informações ilustradas neste documento.

### **2.1.1 Contextos do Projeto Pedagógico**

O curso de EF da UFRGS possui uma larga tradição no cenário da formação superior brasileira, tendo sua origem ligada ao movimento de criação das primeiras escolas civis de formação de professores de EF do Brasil, através da oferta do primeiro curso de formação superior pela Escola de Educação Física do Estado do Rio Grande do Sul, em 1941. Seguindo a tendência nacional da época, esse curso tinha o caráter técnico e de instrumentalização, a partir de uma orientação médico-militar. Tal curso, com duração de dois anos, possuía corpo docente composto por médicos, médico-militares e instrutores militares.

A partir do ano de 1969, a Escola de Educação Física do Estado do Rio Grande do Sul foi federalizada e incorporada à UFRGS, como Escola Superior de Educação Física da UFRGS (ESEF). Este período, além das evidentes mudanças em decorrência do processo de federalização, foi marcado pela significativa influência da reforma universitária de 1968. No caso de um curso de EF, contudo, o principal impacto decorreu da ideologia militar que foi difundida no cenário educacional e que, em pleno governo ditatorial, impulsionava a

centralização do fenômeno do esporte espetáculo no campo da EF brasileira, enquanto instrumento de propagação do sucesso e do ideal da política militar e como estratégia de desarticulação dos movimentos sociais contrários ao regime.

No ano de 1987, uma potencial mudança no campo da EF que poderia impactar no curso da UFRGS foi a publicação da Resolução 03/1987, que instituía a divisão da formação em licenciatura e bacharelado. Contudo, mais uma vez seguindo a tendência nacional, a UFRGS manteve a formação unificada, por conceber a necessidade de continuar com uma formação ampliada, independente da demanda, inclusive legal, por especialidade de acordo com locais de trabalho.

Contudo, no início dos anos 2000, especialmente, com a homologação da Resolução 7/2004 do CNE, que estabelecia diretrizes curriculares para curso de EF, a ESEF passa por uma significativa mudança em sua estrutura curricular, no ano de 2004, ao instituir a fragmentação da formação profissional em bacharelado e licenciatura, com via de ingresso distinta para cada formação. No ano de 2005, a nova organização curricular do curso já passa a vigorar plenamente.

Tal mudança, mesmo sendo alvo de numerosas e contundentes críticas, pôde ser responsável por produzir elementos considerados positivos para o projeto atualmente vigente. O principal deles talvez seja o reconhecimento da importância dos conhecimentos do campo pedagógico no currículo da EF. Isto porque na estrutura curricular anterior a de 2004, os saberes da formação docente/pedagógica estavam vinculados restritamente à Faculdade de Educação da UFRGS. Logo, antes do currículo de 2004, a ESEF não era responsável por ministrar parte significativa dos saberes do campo pedagógico, mesmo os que possuíam uma clara afinidade com a EF. Excetuando o próprio estágio supervisionado, a ESEF ficava limitada a um número muito reduzido de disciplinas que se dedicavam aos saberes da formação pedagógica.

Com o currículo de 2004 foi demandada a inclusão de novos núcleos de ensino voltados a necessidades específicas da formação docente da EF, não mais sendo responsabilidade de outro departamento dentro da Universidade. Esse fato é considerado como o mobilizador do reconhecimento, da valorização e da legitimação dos conhecimentos pedagógicos específicos do professor de EF dentro do currículo, como sendo responsabilidade da própria ESEF.

Entretanto, principalmente a partir de 2007, uma série de críticas contundentes passam a emergir de uma maneira ainda mais afluída, tendo em vista a constatação pela comunidade acadêmica das inconsistências decorrentes da institucionalização das duas formações supostamente distintas, destacadamente com relação à comparação dos dois currículos e na verificação de suas inúmeras igualdades e similaridades. Este fato já indicava a origem do

movimento impulsionador de nova mudança para a organização curricular que teria o desafio de, além de contemplar o marco legal vigente no país, estabelecer uma formação unificada, rompendo com a fragmentação da formação entre bacharelado e licenciatura e alcançar os diferentes campos de intervenção da EF.

Com isso, segundo informações do próprio PPC, podemos sintetizar as motivações que justificam a instituição da proposta curricular atualmente vigente nos seguintes pontos:

- a) Reconhecimento da crítica à divisão das habilitações profissionais proveniente da lei 9696/1998, que regulamenta a profissão da EF;
- b) Forte mobilização de estudantes da UFRGS no sentido da superação da dualidade na formação em EF em bacharelado e licenciatura, a fim de romper a fragmentação;
- c) Necessidade da UFRGS responder de forma contundente acerca da discriminação que o licenciado em EF vinha sofrendo nos espaços de trabalho extraescolares, dentre eles no campo da saúde;
- d) Necessidade de alargar as possibilidades de atuação profissional do egresso do curso;
- e) Necessidades de atender às demandas sociais da comunidade;
- f) Necessidade de permanecer atendendo ao marco legal pertinente à formação, a nível de graduação, em EF, mais especificamente a Resolução 7/2004 do CNE/Câmara de Educação Superior (CES), sobre diretrizes curriculares para os cursos de graduação em EF, e a Resoluções 1 e 2/2002 do CNE, sobre a formação de professores de Educação Básica;
- g) Necessidades de atender às demandas profissionais do campo de intervenção contemporâneo, percebendo inclusive novos cenários de atuação no campo do esporte, lazer e saúde.

Nesse caso, fica evidente que se trata de um curso com uma longa tradição histórica no cenário nacional e que o seu projeto curricular atualmente vigente tem como contexto e justificativa os dilemas e discussões em torno da segmentação da formação em bacharelado e licenciatura e dos espaços contemporâneos de intervenção profissional da EF. Tal projeto curricular de formação, demandado por esse contexto, será doravante apresentado de maneira mais precisa, com foco nos aspectos relacionados ao campo da saúde.

### 2.1.2 Fundamentos da Proposta Curricular: teórico, pedagógico e de saúde

Na leitura sistemática do PPC, foram localizadas 16 passagens que se enquadram na categoria **fundamento teórico**. Como apontamento interessante, podemos considerar, inicialmente, que a proposta curricular defendida toma como referência a noção de transdisciplinaridade na condição de aporte epistemológico e como fundamento do saber científico.

Esta transdisciplinaridade, compreendida pelo documento como originária do progresso tecnológico e científico dos últimos tempos, é percebida como:

[...] conhecimento que ultrapassa a área das disciplinas, não implicando qualquer ataque aos fundamentos disciplinares e muito menos aos seus especialistas. Antes, porém, sugere a cooperação entre eles, a interdependência e a integração para o desenvolvimento de competências. (UFRGS, 2012, p. 65).

Nesse sentido, transparece uma orientação que, embora reconheça a legitimidade do fundamento específico de cada disciplina ou campo do conhecimento, posiciona-se a favor da produção de diálogos e interações, em relações de interdependência, entre campos epistemológicos distintos, tradicionalmente segregados nas áreas das ciências humanas e sociais, ciências biológicas, ciências exatas.

Dessa maneira, fica tangível que a fonte para produção do conhecimento tem na via da transdisciplinaridade seu principal alicerce. Isto significa que a concepção que defende a rigorosidade na segmentação entre áreas do conhecimento é contrariada em favor de uma outra orientação epistemológica que transite de maneira aberta entre campos distintos do saber.

Nessa direção, o PPC se ampara numa visão que compreende o conhecimento como dinâmico, fruto de uma percepção ampliada da realidade, sendo, portanto, cotidianamente criado e recriado. Assim, a produção do saber, referenciada ética e tecnicamente, está inclinada para a “formação de uma visão ampla e um pensamento criativo, apto para dar respostas não previstas a situações imprevisíveis, e capaz de adaptar-se ativamente a novas situações” (UFRGS, 2012, p. 66). A própria transdisciplinaridade sinaliza justamente para essa possibilidade de reconhecer o conhecimento como em constante movimento e, portanto, a referência à noção de transitar, em trânsito, não estático.

Como desdobramento dessa perspectiva ainda podemos perceber no PPC uma visão que privilegia a abordagem sistêmica da realidade. Ou seja, a análise da realidade, encarada como motor da atividade de produção de conhecimento, é concebida não focal ou fragmentada. Propõe-se exatamente a superação das análises compartimentadas do cotidiano, na

possibilidade de compreender contextos através de uma visão sistêmica. Sob este foco, o texto explicita que:

O enfoque sistêmico propõe compreender o objeto de estudo como um sistema e por sua vez como componente de um sistema mais amplo. A integração dos conteúdos através das competências não pode ser concebida como uma mescla ou fusão arbitrária. É ver o todo tendo em conta seus componentes ou através de diversas especializações (UFRGS, 2012, p. 66).

Nessa compreensão, o indivíduo, o ser humano, o planeta, os demais seres vivos, a saúde, as doenças, são reconhecidos como integrantes de um contexto amplo. A visão que enfatiza a construção do conhecimento a partir do fragmento, da segmentação em partes e da redução, que tradicionalmente sustenta o modo de produção do conhecimento científico é, portanto, contestada, em favor de uma perspectiva científica que privilegia o estudo de cenários em abordagens ampliadas, que levem em consideração os múltiplos contextos que exercem influência sobre os objetos ou fenômenos.

A visão contextualizada, como matriz para a produção do conhecimento, sugere a centralidade das demandas da sociedade enquanto orientação do PPC. Nessa lógica, ilustra-se uma perspectiva que prima por correlacionar permanentemente conhecimentos teóricos e técnicos com as necessidades de superação dos problemas da realidade. Isto é, a produção do conhecimento, de maneira contextualizada, é guiada pela necessidade de responder a demandas sociais, enquanto saber socialmente referenciado (UFRGS, 2012).

Esta é uma tendência desenvolvida pelas perspectivas de orientação crítica, que tendem a problematizar os dilemas sociais, localizados nas demandas majoritárias da comunidade, visando a transformação social (TEIXEIRA, 2008).

Na realidade, a transdisciplinaridade, a compreensão do conhecimento como dinâmico e o reconhecimento da relevância das demandas sociais indicam uma identificação da argumentação do PPC com uma linha discursiva mais crítica. Pois as características do pensamento crítico, de forma genérica, estão justamente fundamentadas na superação da visão fragmentada e estática da realidade/do conhecimento e no interesse pela prática da mudança social (GAMBOA, 2010).

A transdisciplinaridade e a perspectiva dinâmica sobre o conhecimento representam uma preocupação diacrônica sobre a realidade, percebida como em pleno movimento e determinada por múltiplos contextos. Já a preocupação social representa a razão transformadora, característica inerente ao enfoque crítico do conhecimento (TEIXEIRA, 2008; GAMBOA, 2010).

Do ponto de vista da categoria **fundamento pedagógico**, a análise do PPC destaca alguns trechos do documento que revelam a posição assumida nesse sentido. São explicitados argumentos que legitimam uma orientação pedagógica pautada na articulação de saberes. Nessa linha, o documento argumenta que: “O diálogo constante entre as áreas do conhecimento que constituem os diferentes núcleos possibilitarão o desenvolvimento das competências necessárias para a atuação qualificada no mundo do trabalho” (UFRGS, 2012, p. 16).

Nessa direção, ampliando o entendimento argumentado no PPC, podemos identificar que a lógica de organização dos conhecimentos é apontada como fruto da sistemática costura entre “teoria, prática e pesquisa, no sentido de promover uma ambiência de ensino/aprendizagem interdisciplinarizada, na qual qualquer problematização envolva o concurso de várias disciplinas para a sua resolução” (UFRGS, 2012, p. 6).

Neste ponto, vislumbra-se a validação do intencional movimento de trânsito livre pelas áreas diversificadas do conhecimento enquanto estratégia de resolução de questões-problema, justificando a articulação disciplinar de campos como o biológico, o didático-pedagógico, o sociocultural, que tradicionalmente seriam visualizadas exclusivamente em separado.

Ademais, como princípios pedagógicos e como caminho para o ensino de articulação interdisciplinar, são indicados a interação entre teoria e prática e a educação problematizadora. Nessa direção, o texto explicita que “Esta metodologia da problematização privilegia uma efetiva integração entre ensino, serviço e comunidade, entre a educação, saúde e trabalho, educação e empregabilidade, educação e cidadania” (UFRGS, 2012, p. 6-7).

Na realidade, pode ser notado que a relação teoria-prática e a educação problematizadora são apresentadas com significados semelhantes, pois os mesmos são situados na esfera da aprendizagem por meio do pleno contato, seja na sala de aula ou nos espaços de trabalho, com o campo de intervenção profissional e todos os dilemas desse cotidiano. Isso significa a defesa de um ensino que não seja uma via de mão única, que parte das elaborações/argumentações/conhecimentos conceituais para serem aplicadas em espaços e situações da realidade profissional sem qualquer tipo de correspondência.

Pelo contrário, isto indica a possibilidade de construção do conhecimento como via de mão dupla não hierárquica, em que as experiências do campo profissional compõem o arcabouço de conhecimentos técnicos e teóricos, em movimentos de construção e reconstrução de teorias e práticas.

Dando legitimidade a este argumento, o PPC indica que a formação para prática profissional deve contemplar não só a apreensão de informações ou conteúdo, mas também deve alcançar a produção de conhecimento, em referência à iniciação científica, e o uso desses

conhecimentos em situações verdadeiras, que tenham plena correspondência com o campo prático de intervenção (UFRGS, 2012).

Tal perspectiva prima por centralizar a figura do aluno no processo de ensino-aprendizagem. Um ensino problematizador, que valorize o contato com situações e contradições do cotidiano profissional não é coerente com uma educação concentrada unicamente na instrução docente e dos manuais especializados. Esse desdobramento é notório quando o texto considera que:

[...] o aluno é tomado como epicentro motivador da estrutura, desde o seu ingresso até a conclusão de sua formação. O foco no discente e na sua trajetória traduz-se como desenvolvimento de um currículo por áreas de competências (UFRGS, 2012, p. 7).

Em outro aspecto, a explanação acerca do processo avaliativo dos discentes do curso contribui também para a compreensão das opções pedagógicas assumidas. Sobre essa questão, norteado pela necessidade de produzir avanços no processo de ensino e coerente com as argumentações já mencionadas, o texto defende que:

[...] a avaliação é um processo contínuo, e não um ponto de chegada. É tomar uma decisão no sentido de saber aonde se quer chegar, identificar o que não está adequado, quantificar satisfações, insatisfações e expectativas. É também uma forma de subsidiar mudanças positivas em prol de uma meta que se deseja alcançar. É uma forma tanto de analisar o rendimento dos alunos, como também a metodologia do ensino (UFRGS, 2012, p. 63-64).

Esse processo, dessa forma, sugere um rompimento com a tradição dos processos avaliativos estruturados como mecanismos de medição da capacidade de decorar as matérias ministradas ou como instrumento de classificação do discente.

É possível inferir com esta exposição uma preocupação deliberada em estabelecer um ensino com sentido ético e político-social, principalmente do ponto de vista do aluno. Assim, de uma maneira geral, consideramos que o fundamento pedagógico norteador da organização curricular do PPC em questão apresenta uma clara defesa da superação de uma pedagogia tradicional.

É importante esclarecer que os cenários da pedagogia tradicional propiciam justamente o tratamento dos saberes de forma compartimentada e desarticulada dos problemas da vida real, além da produção de espaços de aprendizagem que priorizam a mera transmissão de informações, espaços estes centrados na figura do instrutor/professor e dos livros. As propostas pedagógicas tradicionais tendem a apresentar ainda processos avaliativos baseados nos princípios da memorização de informação desvinculadas de contextos concretos porque consideram o aluno como um receptor de informação (LIBÂNEO, 1994).

No sentido contrário, pode-se perceber a legitimação neste PPC de uma proposta muito mais condizente com as tendências pedagógicas consideradas críticas, de cunho progressista<sup>26</sup>. Para Libâneo (1994), estas tendências pedagógicas sustentam um ensino articulado com a realidade social, focando nos problemas, nos recursos e nas necessidades desse meio. Do ponto de vista da formação, esse ensino prioriza não a memorização, mas a mediação entre a realidade e os saberes sistematizados, a fim de provocar aprendizados com significados, pautados na transformação da realidade social.

As passagens consideradas da categoria **fundamento de saúde**, que possibilitam a análise da concepção de saúde assumida, foram localizados de maneira diluída ao longo do texto do PPC. Embora não exista no documento uma seção exclusivamente dedicada a esta categoria, foram encontrados quatro trechos que apontam menções e argumentações que nos possibilitam fazer inferências acerca das questões conceituais e práticas da saúde.

O seguinte trecho traz alguns apontamentos relevantes pois, ao discutir as possibilidades de intervenção profissional do professor de EF, na seção de apresentação do PPC, o mesmo considera que:

Os campos de atuação foram delineados levando-se em conta a relação tradição/ inovação. Do lado da tradição, a área da Educação Física Escolar e a formação na área do Esporte e Lazer, no qual a ESEF consolidou sua fama de instituição formadora em 70 anos de história. Além destes, um campo emergente passou a integrar o horizonte da formação bem mais recentemente: o campo da saúde. Dada a inclusão de modo formal dos cursos de Educação Física no campo da saúde em 1997, a inserção da área no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde II), que almejava “reorientar o processo de formação dos cursos de graduação da área da saúde, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS”, e a adesão da ESEF/UFRGS ao Pró-Saúde II em 2008 (UFRGS, 2012, p. 7).

Numa primeira análise, vale a pena perceber que neste currículo o campo da saúde não é considerado e, portanto, nem mesmo tratado como uma área clássica ou de forte tradição tanto no campo acadêmico quanto no campo da prática profissional. Pelo exposto, nesta proposta curricular, diferente do que comumente acontece com os cursos de EF do país, sejam eles de licenciatura ou de bacharelado, o campo da saúde não vem sendo referendado como o eixo principal ou de grande importância na formação. O texto deixa evidente que os campos de referência consolidada são a EF Escolar e a área de Esporte e Lazer.

---

<sup>26</sup> Nesta dissertação, seguindo a abordagem de Libâneo (1994), a denominação *tendências pedagógicas de cunho progressista* ou simplesmente pedagogia progressista deve ser entendida como relacionada às teorias críticas da educação. Trata-se de perspectivas educacionais que visam superar as referências didáticas de natureza tecnicista e instrumental e que estão inclinadas à crítica e à transformação social.



Mais interessante ainda é perceber que o texto trata o campo da saúde como uma área que recentemente passou a integrar a esfera da formação. O campo da saúde chega a ser apontado como uma área emergente, em virtude da inclusão da EF nas ciências da saúde, enquanto área de conhecimento. O simples fato de considerar o campo da saúde como uma nova área, ainda em desenvolvimento dentro da EF, já indica a possibilidade de uma abordagem sobre saúde que seja diferente da que convencionalmente caracteriza os cursos de formação inicial da saúde. Perceber a área da saúde como emergente sugere levar em conta uma abordagem que também não seja tradicional e que dialogue com concepções consideradas mais progressistas.

Essa percepção se confirma quando, ainda no trecho citado acima, o campo da saúde é reconhecido a partir de uma identificação com a proposta do Pró-Saúde II. Como já se sabe, a proposta deste projeto do governo federal é reorientar a formação das carreiras do setor da saúde, a partir de mudanças nos cursos de formação inicial. Tais mudanças são deliberadamente pensadas para acontecerem na direção de responder, de maneira correspondente, às necessidades, principalmente, de saúde da população brasileira e ainda de fortalecer os cenários de intervenção profissional da saúde na esfera do SUS (BRASIL, 2005; 2007).

É importante compreender que ao atestar proximidade ao Pró-Saúde II, o PPC demonstra uma inclinação para os valores e princípios que edificam o SUS. Podemos, por exemplo, interpretar que a perspectiva de saúde assumida no PPC se distancia do conceito reduzido e se aproxima de um conceito ampliado de saúde, com vista à integralidade, à universalidade, à equidade, o direito social, à multifatorialidade. Acima disso, de maneira geral, isto aponta para uma mudança na orientação clássica do campo de atuação profissional na saúde, principalmente em EF, dos cenários da iniciativa privada para os cenários do setor público de saúde.

Esta orientação pode ser reforçada quando no PPC, na seção intitulada *Áreas de Competências da Formação Orientada para Saúde, Lazer e Esporte*, são definidos os cenários profissionais de competências específicas para atuação do bacharelado. No item A desta seção, é apresentada a área de *Atenção à saúde do coletivo*, com as competências para “Diagnosticar perfis epidemiológicos; planejar, executar e avaliar ações de práticas corporais voltadas à atenção em saúde do coletivo, no âmbito da Educação Física” (UFRGS, 2012, p. 16).

No item B, apresenta-se a área de *Educação para a saúde*, com as competências para “Desenvolver ações de educação e promoção da saúde da pessoa e do coletivo; Desenvolver ações voltadas para a educação e usufruto do lazer em relação à promoção da saúde em diferentes contextos” (UFRGS, 2012, p. 16).

E no item C é apresentada a área de *Gestão do trabalho em saúde* definindo as competências de “Avaliar e formular políticas, programas e projetos em saúde, tendo iniciativa e tomando decisões, visando a gestão de pessoas, de equipamentos, de materiais, de procedimentos e de práticas de cuidado” (UFRGS, 2012, p. 16).

Sobre a citação do item A, podemos perceber características do núcleo de saberes e práticas da Saúde Coletiva quando da menção da preocupação com a atenção à saúde do coletivo, ou seja, que extrapola a esfera unicamente biológica do indivíduo e, por conseguinte, reconhecendo as demandas de saúde como necessidades sociais (NUNES, 2007; FREITAS, BRASIL, SILVA, 2006). Ainda nesse caso, a própria utilização da expressão práticas corporais no lugar de atividade física ou exercício físico sugere uma aproximação aos argumentos utilizados pelas ciências humanas e sociais no trato com o corpo no campo da saúde.

No tocante ao apresentado no item B, reconhecemos a possibilidade de intervenção no campo da saúde, em diferentes contextos, através dos cenários do lazer. Isto indica a possibilidade de intervenção profissional da EF no campo da saúde através de práticas que não sejam rigorosamente sistematizadas, mas que mesmo assim possuem capacidades potenciais de interferir no estado de saúde. Ou seja, além das práticas tradicionalmente utilizadas nas atividades de saúde pela EF, o documento aponta para a possibilidade de incluir atividades de lazer como integrantes do serviço de atenção à saúde.

Acerca do item C, pode-se perceber a existência de um núcleo de conhecimentos que estabelece relação direta com a matriz prática do campo da Saúde Coletiva, no tocante à abordagem sobre concepção, acompanhamento e a avaliação de políticas de saúde, do ponto de vista da gestão dos serviços. Nunes (2007) justifica que o campo da Saúde Coletiva é abrangente e se dedica aos estudos pela ótica das ciências humanas, da epidemiologia e, ainda, de política e planejamento em saúde. Ou seja, a gestão em saúde faz parte de fato da matriz focal de estudos da Saúde Coletiva.

Com isso, acerca da categoria **fundamentos de saúde**, pelas indicações supracitadas, observamos uma afinidade da proposta defendida pelo PPC com a área da Saúde Coletiva, comprovada pela defesa de um conceito ampliado de saúde, que leva em consideração os distintos determinantes da saúde; a noção do coletivo nos contextos de saúde e adoecimento e; a preocupação com o aspecto da gestão pública no setor da saúde.

### 2.1.3 Proposta Formativa: objetivo, perfil profissional e competências do egresso

As definições sobre o objetivo do curso, o perfil profissional e as habilidades e competências do egresso são descritas neste PPC através de seções especificamente dedicadas a cada um destes. Assim, foi destacado um restrito número de achados textuais neste documento que nos possibilitou compreender os sentidos pretendidos por esta proposta formativa. Vale destacar que por se tratar de um curso em que a formação do bacharelado é uma continuação da formação do licenciado, ou seja, a formação em licenciatura precede a formação em bacharelado, se tornou importante também analisar alguns elementos específicos do PPC do curso de licenciatura. Embora a grande maioria das seções contenha conteúdos idênticos, em se tratando das categorias **objetivo do curso, perfil profissional e competências do egresso**, existem alguns conteúdos que diferem do PPC de bacharelado e licenciatura.

A categoria **objetivo do curso** é expressa em duas seções do texto: em *Objetivo do Curso* e em *Missão/Finalidade do Curso*. A seção *Objetivo do Curso* tem parte do conteúdo comum para a habilitação em licenciatura e bacharelado. Já a seção *Missão/Finalidade do Curso* apresenta um texto particular para cada habilitação. Pela leitura e análise, para categoria **objetivo do curso**, localizamos, ao todo, três ocorrências no texto. A primeira delas é de conteúdo comum às duas habilitações. Já a segunda e terceira sendo específicas para cada uma das habilitações.

Na primeira passagem, o texto expressa o seguinte objetivo:

Formar profissionais de educação física competentes para o ensino dos elementos da cultura corporal do movimento por meio de uma organização curricular que contemple e articule os conhecimentos de áreas diversificadas (biológica, sociocultural, pedagógica) (UFRGS 2012, p. 14-15).

Na segunda passagem, própria do bacharelado, o curso visa:

Propiciar que o egresso desenvolva as habilidades relativas às competências do atuar com a Educação Física em clubes, unidades de saúde, academias, centros comunitários, instituições públicas e/ou privadas (UFRGS, 2012 p. 15).

Enquanto na terceira passagem, particular da licenciatura, o texto expressa o objetivo de:

Propiciar que o egresso desenvolva as habilidades relativas às competências do atuar com a Educação Física, seja no contexto Escolar, nos diferentes níveis e modalidades de ensino (Educação Infantil, Ensino Fundamental, Ensino Médio, Educação de Jovens e Adultos e Educação Inclusiva), bem como em ambientes educacionais extra-escolares (UFRGS, 2012, p. 18).

Pela análise dos achados, podemos inferir que o curso visa consolidar uma formação unificada que possibilite, através da construção do diálogo com os diferentes campos epistemológicos, a intervenção profissional que tenha como eixo a docência, ou seja, que centralize a natureza da atuação do professor em qualquer que seja o campo de intervenção profissional. A unificação da formação é elucidada através do uso de um único propósito sintetizador como objetivo do curso para as duas habilitações

Nesse objetivo, o eixo unificador do curso parece ser justamente a natureza da atividade docente por conta da defesa da competência de ensinar os elementos da cultura corporal de movimento nas duas habilitações, incluindo nos campos de atuação na saúde. Assim, parece que o que, de fato, distingue a licenciatura do bacharelado são os espaços de intervenção profissional e algumas competências de aprofundamento específicas para cada um deles.

Enquanto na habilitação do licenciado é proposto o desenvolvimento da competência de atuação nos espaços de educação, seja escolarizada ou não escolarizada, na habilitação do bacharelado vislumbra-se as competências para a intervenção profissional em espaços como academias, clubes, unidades de saúde, que estabeleçam afinidade com as demandas sociais do esporte, saúde e lazer.

Em se tratando da formação para o campo da saúde, isso sugere que, embora refletida para espaços de trabalho diferentes, a natureza da atuação basicamente é pensada da mesma maneira tanto para o bacharel quanto para o licenciado. Ou seja, a competência fundamental, por exemplo, para a atuação do bacharelado com promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde, é entendida como atrelada ao trabalho docente, centrado no ensino acerca da cultura corporal. Assim, parece ficar evidente a intenção do PPC em estabelecer, inclusive para os cenários de atenção à saúde, a identidade do trabalho pedagógico como parâmetro para a atuação do professor de EF.

A categoria **Perfil Profissional** foi encontrada em dois trechos do PPC. Um próprio do PPC de licenciatura e outro, do bacharelado. Os achados apontam que o profissional licenciado em EF é destinado ao trabalho de ensino dos elementos da cultura corporal de movimento nos ambientes e instituições de ensino escolar e não escolar. Além da vocação para o ensino, este profissional destina-se para atuar na produção do conhecimento, elaboração de material de apoio didático, na gestão de equipes de trabalho nos campos das práticas corporais sistematizadas, sempre primando pelo desenvolvimento da educação eticamente comprometida e para uma formação emancipatória.

Já o bacharel em EF:

[...] é o profissional que atua preferencialmente nos campos do esporte, do lazer e da saúde. Promove a aprendizagem e a prática dos elementos da cultura corporal do movimento por meio de intervenção pedagógica pautada pelos princípios da ética democrática e desenvolvida de forma criativa e crítica, considerando e reconhecendo o contexto sociocultural dos locais onde atua. Realiza pesquisas em diferentes sub-áreas da Educação Física, coordena e supervisiona equipes de trabalho em ações e programas que tematizem as práticas corporais sistematizadas (UFRGS, 2012, p. 15).

Podemos inferir que, assim como na categoria objetivo do curso, o perfil profissional do bacharel é orientado para atuação nos cenários extraescolares com esporte, lazer e saúde, tendo a competência docente como parâmetro. A referência principal que justifica essa afirmação é a função das expressões *aprendizagem e intervenção pedagógica* no texto, que são utilizadas de maneira a caracterizar a intervenção profissional como um todo, mesmo fora dos ambientes de educação escolarizada.

Outra consideração interessante é a notoriedade atribuída pelo texto à atuação com característica crítica. Sabe-se que, tradicionalmente, a formação para o campo da saúde não apresenta esta vocação para atuação profissional com enfoque crítico (SILVA; TAVARES, 2004). No caso dos achados, podemos notar a valorização de princípios democráticos e de análise crítica da realidade, inclusive levando em consideração contextos socioculturais. Esta proposição formativa, que reúne a orientação pela atividade docente de enfoque crítico, ético e democrático e o chamamento para o diagnóstico do cenário local, de fato, representa uma mudança de paradigma sobre o modo de pensar a prática em saúde, sobretudo na EF.

A categoria **competências do egresso** foi percebida em três ocorrências no texto. A primeira está presente de forma idêntica nas duas habilitações e diz respeito a princípios de abrangência geral, como a capacidade de atuação profissional solidária, democrática e cidadã, que prime pela autonomia na produção e na divulgação de conhecimento, tecnologias e serviços.

Nessa linha de competência geral, o que chama atenção, contudo, principalmente se relacionarmos com os cenários de atuação do campo da saúde, é a menção da habilidade para atuação profissional inter, multi e transdisciplinar. O relevante neste caso, sem se debruçar sobre os diferentes sentidos atribuídos a cada um desses termos, é a notoriedade dada para uma competência profissional de trabalhar em coletivo, pela equipe multiprofissional e pela coresponsabilização dos profissionais envolvidos.

No trecho que revela as competências próprias do licenciado, são destacadas justamente as habilidades voltadas ao planejamento, a mediação e a avaliação do processo de ensino-aprendizagem, considerando as demandas de reflexão sobre o cotidiano escolar, a necessidade

de uma prática social inclusiva que respeite as diferenças e os elementos sócio-históricos, além da capacidade de integrar equipe multiprofissional.

Já na passagem que ilustra as competências pontuais do bacharel, em se tratando especificamente das demandas para o campo da saúde, são destacadas as habilidades de planejar, executar e avaliar ações que tematizem as práticas corporais na atenção à saúde do coletivo. Mais uma vez isto aponta para a possível influência do campo da Saúde Coletiva, revelada pela preocupação em referendar a capacidade de atuação com foco no coletivo e pela própria utilização da expressão práticas corporais, que é de uso deliberado de autores e autoras que também demonstram essa tendência. Percebe-se, mais que isso, a total ausência dos termos atividade física e exercício físico nas representações das competências do egresso, o que reafirma a intenção do PPC em superar o cenário tradicional da EF. Outra competência do bacharel está voltada para desenvolver educação e promoção de saúde, ressaltando aspectos coletivos e sociais.

Além disso, os achados destacam a capacidade de gestão de programas e políticas no campo da saúde, por meio das competências de formulação, execução, acompanhamento, tomada de decisão, coordenação de pessoas e recursos financeiros e materiais, acerca de projetos no setor da saúde. Nesse caso, a influência das ideias da Saúde Coletiva fica mais aparente no PPC, afinal de contas, como já apresentado, a preocupação em se pensar a finalidade e a organização dos serviços do setor de saúde do ponto de vista da gestão de processos de trabalho coletivo faz parte da matriz prática da Saúde Coletiva.

Dessa forma, se considerarmos a confluência das propostas argumentadas no objetivo do curso, no perfil profissional e nas competências do egresso, sobretudo, destacando a soma das características apresentadas para as habilitações comuns e peculiares do bacharel e do licenciado em EF, de fato situamos uma lógica de formação que busca se distanciar dos modelos biomédicos. A inclusão de saberes da Saúde Coletiva, das habilidades e competências para o diagnóstico crítico da realidade e para o planejamento e ensino sugerem uma formação que, para o campo da saúde, desperta para a sensibilidade humana, de interesse social, com uma intervenção mais afinada com a proposta do cuidado em saúde. Nesse caso, a soma das duas habilitações, percurso obrigatório nesta organização curricular, indica uma ampliação das possibilidades de atuação por meio das práticas corporais no campo da saúde, não restringindo o uso dessas práticas apenas como prescrição terapêutica e funcional.

### 2.1.4 Organização Curricular: visão geral, campos de conhecimento e a saúde

Como anteriormente apresentado, o currículo é organizado a partir de três eixos: formação geral; formação específica e; formação orientada para a saúde, lazer e esporte. O eixo Formação Geral destina-se a situar os cenários acadêmicos de ensino, pesquisa e extensão para o estudante em formação, compreendendo a organização do currículo e da Universidade, a partir de disciplinas com características introdutórias, locadas no primeiro ano de curso.

O eixo Formação Específica contempla as disciplinas que orientam a atuação nos diversos campos da EF. Este eixo está dividido em nove núcleos: 1) Campo Profissional; 2) Exercício Físico e Saúde; 3) Pesquisa em Educação Física; 4) Estudos Socioculturais; 5) Desenvolvimento Humano; 6) Práticas Corporais Sistematizadas; 7) Conhecimentos Biodinâmicos; 8) Estudos do Lazer e; 9) Fundamentos da Educação Inclusiva. A formação em licenciatura é composta por estes dois primeiros eixos, com duração de quatro anos.

Por fim, existe o eixo Formação Orientada para a Saúde, Lazer e Esporte, que é voltado, especificamente, para a formação em bacharelado, num prolongamento opcional do curso para mais um ano. Destaca as demandas para os espaços de trabalho em EF que envolvam, prioritariamente, a saúde, o lazer e o esporte. É composto por dois núcleos: Práticas Corporais e Saúde e; Esporte e Lazer. O Quadro 1, a título de compreensão geral, discrimina essa organização, situando ainda os componentes curriculares e seus semestres no curso.

Quadro 1 – Visão geral da organização curricular da UFRGS

Eixo		Componentes Curriculares/ Disciplinas	Localização no currículo
<b>Eixo Formação Geral</b>		Introdução aos Estudos Universitários I	1º semestre
		Introdução aos Estudos Universitários II	2º semestre
	<b>Núcleo Campo Profissional</b>	Campo Profissional da Educação Física	1º semestre
		Estágio Profissional em Esporte, Lazer e Saúde	9º semestre
	<b>Núcleo Exercício Físico e Saúde</b>	Educação e Promoção da Saúde	4º semestre
		Práticas Corporais e Envelhecimento	8º semestre
		Exercício Físico para Crianças e Jovens	5º semestre
		Prescrição e Avaliação em Práticas Corporais e Saúde	7º semestre
		Bases das Práticas Corporais e Saúde	8º semestre
	<b>Núcleo Pesquisa Em Educação Física</b>	Pesquisa em Educação Física I	6º semestre
		TCC I	7º semestre
	<b>Núcleo Estudos Socioculturais</b>	Estudos Socioculturais I	1º semestre
		Estudos Socioculturais II	2º semestre

<b>Eixo Formação Específica</b>		Estudos Socioculturais III	7º semestre
	<b>Núcleo Desenvolvimento Humano</b>	Psicologia aplicada à saúde	1º semestre
		Desenvolvimento Motor	2º semestre
		Aprendizagem Motora	3º semestre
	<b>Núcleo Práticas Corporais Sistematizadas</b>	Bases das Práticas Corporais Sistematizadas	1º semestre
		Bases das Práticas Corporais (Esporte)	1º semestre
		Bases das Atividades Aquáticas	1º semestre
		Ginástica: acrobacia	2º semestre
		Ginástica: Exercício Físico	2º semestre
		Práticas Corporais Expressivas I	3º semestre
		Dança Contemporânea I	4º semestre
		Danças Folclóricas Brasileiras	4º semestre
		Danças Folclóricas Gaúchas	4º semestre
		Exercício Físico: Treinamento de Força	6º semestre
		Pedagogia do Esporte	6º semestre
		Esporte I – Basquetebol	3º semestre
		Esporte I – Atletismo	3º semestre
		Esporte II – Futebol	3º semestre
		Esporte II – Futsal	3º semestre
		Esporte III – Voleibol	4º semestre
	Esporte III – Ginástica Artística	4º semestre	
	<b>Núcleo Conhecimentos Biodinâmicos</b>	Estudos Anátomo-Funcionais: Anatomia	1º semestre
		Estudos Anátomo-Funcionais: Cinesiologia	2º semestre
		Fisiologia	2º semestre
		Fisiologia do Exercício	3º semestre
		Biomecânica Básica	4º semestre
		Treinamento Físico	5º semestre
<b>Núcleo Estudos do Lazer</b>	Dinamização de programas recreativos e de lazer	3º semestre	
	Bases Teóricas do lazer	8º semestre	
<b>Núcleo Fundamentos da Educação Inclusiva</b>	Linguagem Brasileira de Sinais (LIBRAS)	3º semestre	
	Fundamentos da Educação Física Especial	4º semestre	
<b>Formação Orientada para a Saúde, Lazer E Esporte</b>	<b>Práticas Corporais e Saúde</b>	Práticas Corporais na Rede de Atenção Básica em Saúde	9º semestre
		Estágio Profissional em Saúde e Lazer	10º semestre
		Organização do Sistema de Saúde no Brasil	9º semestre
	<b>Esporte e Lazer</b>	Teoria e Metodologia do Treinamento Esportivo	9º semestre
		Organização do Sistema de Esporte e Lazer	9º semestre



		Estágio Profissional em Esporte e Lazer	10º semestre
--	--	---	--------------

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Educação Física da UFRGS.

Para o aprofundamento da compreensão do currículo e seus sentidos levaremos em conta, não a organização oficial das disciplinas, mas a categorização da matriz curricular a partir de suas disciplinas/componente curriculares em campos de conhecimento. Nessa medida, a partir da leitura de suas ementas, as disciplinas foram agrupadas de acordo com os campos de conhecimento com os quais elas se aproximam. Essa metodologia possibilita fazer algumas análises de forma ampliada que indicam características e tendências da proposta curricular.

Em termo de número de disciplinas e de volume de carga-horária, a principal categoria é a **conhecimento sobre cultura corporal/prática corporal**. Ao todo, nessa categoria encontramos 23 disciplinas, distribuídas em todos os semestres do curso, prevendo uma carga-horária de 30 a 60 horas-aula cada uma.

De maneira geral, os componentes curriculares dessa categoria propõem-se a desenvolver conhecimentos acerca da cultura corporal enquanto fenômeno, sua prática e seus fundamentos. A ênfase está nos conteúdos de cunho teórico e prático, que destacam as teorias, os métodos, os processos de ensino-aprendizagem, os fundamentos técnicos, as regras e as adaptações aos diferentes contextos sociais. Nessa linha, apresentam-se com predominância nesta categoria os esportes coletivos, individuais, as danças sistematizadas e a expressão corporal, além das ginásticas.

Ademais, nessa categoria, também foram localizadas algumas disciplinas que refletem as práticas corporais não diretamente como matéria-fim, mas como meio. Assim, temos componentes curriculares que, pelas características apresentadas no ementário, abordam a ginástica ou mesmo as práticas corporais como um todo enquanto matéria voltada para o desenvolvimento da aptidão física, bem como os métodos e estratégias para se alcançar tal finalidade. Este conjunto de disciplinas é mais dedicado ao reconhecimento das valências físicas do corpo e os meios que possibilitam a modificação ou manutenção dessas valências, tendo como referência as teorias e técnicas de práticas corporais ou de um grupo particular de práticas corporais.

Por fim, nessa categoria, ainda localizamos disciplinas que tematizam as práticas corporais enquanto movimento de inclusão social e lazer. Essas disciplinas, embora tenham a centralidade no trato com os elementos da cultura corporal, estão orientadas, numa linha de aprofundamento, para a reflexão sobre suas finalidades acerca da EF adaptada e ainda das práticas de usufruto do tempo livre na condição de lazer.

Analisando os componentes desta categoria, reconhecemos que a matriz curricular da UFRGS ainda apresenta uma inclinação forte para os domínios tidos como clássicos no trato com os elementos da cultura corporal, ainda com grande destaque para o exercício físico, para as valências físicas do corpo, para a ginástica funcional.

Na categoria **conhecimentos biológicos/biodinâmicos** localizamos um dos grupos de disciplinas que tradicionalmente compõe a formação da EF. Com uma substancial presença no currículo, nessa categoria, que contabiliza, ao todo, oito componentes curriculares dispostos basicamente do primeiro ao quinto semestre do curso, reunimos não apenas o clássico da EF, mas também o arcabouço de conhecimentos considerados básicos da formação tradicional do campo da saúde.

Nessa categoria, percebemos a presença de três disciplinas de fundamento, localizadas no primeiro ano do curso, com carga horária variando entre 60 e 90 horas-aula, que estão voltadas para o reconhecimento e a análise do corpo enquanto estrutura morfofuncional, a partir da relação entre a dinâmica biológica e a dinâmica do movimento do corpo, materializadas pontualmente nos estudos de anatomia, fisiologia e cinesiologia.

Uma observação interessante é que nas ementas destas disciplinas consta uma preocupação com a contextualização desses conhecimentos. Especificamente nesse caso, podemos considerar que emerge, após apresentação dos conteúdos clássicos desses campos, um interesse deslocado de produzir, mesmo em se tratando de disciplinas tidas como básicas, relações desses conteúdos com o exercício profissional da EF, em especial, com as práticas corporais sistematizadas, numa tentativa de compreender a relevância dos conhecimentos anatomofisiológicos para a intervenção profissional nos contextos da EF.

Nessa categoria ainda destacamos disciplinas que consideramos de aprofundamento das disciplinas básicas, pois tratam das respostas fisiológicas do corpo frente as práticas corporais sistematizadas, especialmente o exercício físico. Ainda, encontramos disciplinas dedicadas à análise mais profunda da biodinâmica do movimento humano. Nesses dois casos, contabilizando três disciplinas dispostas no terceiro, quarto e quinto semestres, a preocupação em contextualizar a especificidade da intervenção do campo profissional da EF é mantida.

Finalmente, nessa mesma categoria destacamos duas disciplinas, com 60 horas-aula cada uma, que se voltam para os processos de crescimento e desenvolvimento do ser humano, especialmente do ponto de vista motor. Nessa direção, os componentes curriculares enfatizam as relações entre as práticas corporais e as fases da vida, situando inclusive as possibilidades de intervenção em EF, enquanto processo de aprendizagem focado nas habilidades e competências motoras.

A categoria **Conhecimentos humanos/sociais** concentra um grupo de três disciplinas que possuem 60 horas-aula cada uma, e que se desenvolvem no 1º, 2º e 7º semestres do curso. As disciplinas intituladas *Estudos Socioculturais I, II e III* estão dedicadas aos aspectos conceituais básicos de natureza, cultura e sociedade no tocante ao corpo e às práticas corporais, salientando os contextos de diversidade cultural. Essas disciplinas abordam também os cenários históricos e socioculturais em que estão inseridos a EF, o esporte e o lazer, discutidos sob a ótica da complexidade dinâmica das relações sociais. Ademais, salientamos que essa categoria se preocupa em tematizar assuntos contemporâneos de interesse social que fazem relação com práticas corporais, esporte e lazer.

Compreendemos que nessa categoria os componentes curriculares despertam para compreensão conceitual, histórica e atual de problemas e questões de interesse social que tocam na EF, vistos sob o enfoque das ciências sociais e humanas. Expressamente, essas disciplinas apresentam um caráter crítico e ainda provocativo, no sentido da tomada de posição frente às demandas reais, refletindo a EF enquanto projeto social. Vale a pena citar que a temática da saúde é pontualmente contemplada nas ementas no que concerne a uma abordagem crítica sobre as relações entre os aspectos socioculturais e corporais da saúde.

Apesar de não ocupar grande espaço neste currículo, consideramos que situar a saúde e suas questões na ótica dos estudos socioculturais pode apontar para ampliação da compreensão sobre saúde. Em primeiro lugar, significaria perceber as questões do corpo e da saúde de uma maneira crítica e, em segundo lugar, representaria pensar a saúde para além dos conhecimentos biomédicos. Por outro lado, a natureza dessas disciplinas suscitaria o despertar para uma tomada de posicionamento pessoal e ainda profissional ante os problemas e questões sociais.

A proposta do grupo de disciplinas desta categoria sugere preliminarmente a reorientação do trabalho da EF, especialmente no campo da saúde, dotando-o de sentido social, concebendo não mais como trabalho imparcial, supostamente neutro, mas uma intervenção profissional pautada na compreensão crítica da realidade e suas problemáticas, uma abordagem profissional que seja socialmente referendada. Contudo, a restrita presença desta categoria na matriz curricular representa um desequilíbrio que indica ainda uma possível secundarização dos saberes das ciências humanas e sociais na formação.

Na categoria **prática pedagógica/profissional** estão situadas disciplinas que se fundamentam no *lócus* profissional da EF, dando ênfase aos cenários de intervenção profissional e às competências demandadas por este cotidiano. Assim, esses componentes curriculares, aqui localizados, focam os sistemas de educação, de saúde, de lazer e de esporte, tanto na esfera pública quanto na privada, propiciando as reflexões e discussões conceituais,

sob eixo da prática profissional, com base na visitação dos espaços e, principalmente, nas vivências do exercício da profissão. Em se tratando da habilitação do bacharelado, o cotidiano laboral destacado é preferencialmente o que envolve o esporte, o lazer e a saúde, fora do ambiente escolar.

Ao todo, contabilizamos, nesse caso, quatro disciplinas, duas delas, de 60 horas-aula cada uma, de caráter de primeira aproximação aos temas do trabalho, e outras duas, já com o caráter específico de estágio supervisionado, contabilizando cada uma 150 horas-aula. Entretanto, um dos componentes curriculares dedicado ao estágio supervisionado é inteiramente voltado ao campo da saúde e, portanto, será melhor apresentado adiante, na categoria conhecimentos da saúde.

Na categoria **conhecimentos acadêmicos/método científico** consideramos as disciplinas que centralizam a vivência acadêmica a partir da produção científica. Assim, foram categorizadas aqui quatro disciplinas que tratam da ambientação à vida acadêmica no que diz respeito ao tripé universitário: ensino, pesquisa, extensão. São focados, contudo, os saberes pertinentes para o desenvolvimento dos primeiros passos para a produção científica, em que os assuntos privilegiados são os aspectos epistemológicos da produção do conhecimento, os contextos históricos e sociais que envolvem a produção do saber, sobretudo, salientando o cenário da pesquisa em EF. Dando visibilidade à linguagem científica, esse grupo de disciplinas ainda é responsável por estimular o desenvolvimento orientado dos projetos dos trabalhos de conclusão de curso.

Apesar de, em termos gerais, todos os componentes do currículo fazerem alguma relação com o campo da saúde, existe na matriz curricular um grupo de disciplinas que tem a saúde como elemento fundamental. Esse é o caso da categoria **conhecimentos da saúde** que, de maneira geral, reúne componentes curriculares que possuem como eixo temático principal a saúde.

Nessa categoria, localizamos dois grupos distintos de disciplinas, ambos localizados basicamente na segunda metade do curso. O primeiro desses grupos contabiliza, primeiramente, três disciplinas, com 60 horas-aula cada uma, e envolve os conhecimentos considerados consolidados nos cursos de formação da área da saúde, em especial sobre os conhecimentos da EF em saúde, que podem ser entendidos como saberes tradicionais ou clássicos dessa área. Com destaque, temos os aspectos ergonômicos e antropométricos, no que diz respeito aos métodos de avaliação/mensuração do corpo e a prescrição de práticas corporais visando à saúde, partindo do reconhecimento dos conceitos e os contextos da mortalidade, das doenças cardiovasculares, respiratórias, metabólicas e da obesidade.

Ainda nesse grupo, temos a preocupação com os saberes que fundamentam a intervenção profissional através das práticas corporais na saúde com grupos considerados especiais, como crianças, jovens e idosos, do ponto de vista, sobretudo, biológico. O foco nesses casos é, expressamente, a competência para o desenvolvimento de programas de exercícios físicos que possuam a finalidade de atender à demanda específica de um dado grupo populacional.

É possível entender que esse primeiro grupo de disciplinas está relacionado com os aspectos considerados biomédicos da intervenção. Em síntese, estes são responsáveis por desenvolver a atuação profissional refletindo cenários da doença e, dessa maneira, possibilitam a análise da saúde sob este ponto de vista.

No segundo grupo, que contabiliza três disciplinas de 30 a 60 horas-aula, além de um estágio supervisionado de 150 horas-aula, localizamos justamente os componentes curriculares responsáveis por ampliar a perspectiva de saúde apresentada no grupo anteriormente mencionado. Nesse segundo grupo, são tematizados os campos da educação e a promoção da saúde, a organização do sistema de saúde nacional e a reflexão acerca das práticas corporais como serviço na atenção básica à saúde.

Os temas de referência são as políticas de educação e a comunicação dos assuntos relacionados à promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde e ainda as questões sobre doença, a partir das noções sobre saúde em diferentes contextos, principalmente salientando os aspectos socioambientais e sociopolíticos. Em outro aspecto, existem os componentes mais dedicados a explicar e ao mesmo tempo ambientar os estudantes ao sistema de saúde brasileiro, compreendendo sua história, o processo de reforma sanitária, as políticas do sistema e a organização das diversas intervenções profissionais.

Por fim, ainda nesse segundo grupo de disciplinas, temos componentes curriculares que tematizam diretamente a orientação das práticas corporais nos serviços de atenção básica da saúde. Nesse caso, salientamos um dos estágios supervisionados que está diretamente concentrado no campo da saúde. Para tanto, são sistematizados os conhecimentos que despertam para as necessidades concernentes aos serviços e as condições de saúde na dimensão sociopolítica, na direção da composição de equipe multiprofissional. Do ponto de vista dos serviços, é previsto o desenvolvimento de saberes que subsidiam a elaboração e a avaliação das políticas em resposta a demandas sociais, explorando as possibilidades de inserção das práticas corporais enquanto assistência e cuidado à saúde.

Esse segundo grupo de disciplinas dessa categoria atenta para alguns conceitos relevantes ligados ao movimento de mudança na própria intervenção em saúde, especialmente

em se tratando do campo da EF. Convém considerar que a observância dos contextos socioambientais e sociopolíticos condizem com uma proposta que valoriza os aspectos sociais e culturais, no sentido de atribuir centralidade às necessidades reais e ampliadas de saúde da população. Especificamente nesse caso, demonstram uma aproximação significativa com o campo da Saúde Coletiva, que justamente dedica atenção especial aos sujeitos, aos contextos socioculturais, aos múltiplos fatores que determinam a vida (FREITAS, BRASIL, SILVA, 2006).

Numa leitura geral, é possível reconhecer que o currículo da UFRGS, como um todo, de fato, demonstra uma aproximação a muitos dos aspectos da mudança da formação para o campo da saúde, em especial no que diz respeito à noção de práticas corporais, aos conhecimentos sobre o SUS, ao debate sobre intervenção no campo da saúde a partir de referenciais das ciências humanas e dos cenários da realidade prática. Por outro lado, ainda identificamos muitas características comuns ao currículo dominante da tradicional formação profissional da EF e da área da saúde, principalmente, no que concerne à centralidade dos conteúdos do esporte e à importância da abordagem sobre corpo e saúde com base nos conhecimentos de natureza técnica e biológica. Dessa maneira, o que fica sugerido, é a composição de um currículo conciliador, no que tange a manutenção de características conservadoras e ao mesmo tempo a inclusão de aspectos da inovação.

## 2.2 LICENCIATURA AMPLIADA: O CURSO DE LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO FÍSICA DA UFBA

O Projeto Pedagógico do curso de EF da UFBA atualmente vigente entrou em vigor no ano de 2011. O curso, vinculado a Faculdade de Educação, apresenta uma proposta curricular compreendida como de formação ampliada, porque objetiva estabelecer um processo formativo que contemple um perfil profissional mais abrangente no sentido de uma atuação com possibilidades globais, inclusive de inserção em diversos campos de trabalho da EF, para além do ambiente escolar. O interesse da presente pesquisa nesse PPC se justifica precisamente na abrangência da possibilidade de prática profissional defendida, especialmente no tocante aos campos da saúde.

Na realidade, a proposta, intitulada como licenciatura ampliada em EF, não visa fundamentar-se em espaços de intervenção profissional, mas foca as competências e habilidades globais de orientação para formação humana e profissional com caráter

transformador. Logo, a proposta não encontra sentido na divisão das habilitações em licenciatura e bacharelado para a EF e, com isso, busca situar-se no acervo de princípios e conhecimentos que contribuem para uma atuação também ampliada, através da cultura corporal.

A proposta prevê quatro anos de duração mínima de integralização do curso, com 3345 horas, contemplando componentes curriculares obrigatórios, optativos, práticas pedagógicas, estágio supervisionado e atividades complementares. O currículo, de forma geral, é pensado a partir da orientação por conhecimentos de formação ampliada, conhecimentos identificadores da área e conhecimentos de aprofundamento. Contudo, a organização curricular se norteia pelos eixos Fundamentos, Práxis Pedagógica, Conhecimento Específico e Trabalho Científico, cada um com sua demanda específica para compor a proposta formativa.

O PPC em análise é originário de um forte e progressivo movimento de mudança para a formação em EF que se situou no interior da UFBA. Para possibilitar a melhor compreensão das proposições materializadas neste PPC, vale a pena resgatar o processo histórico do curso de EF da UFBA, ilustrado no próprio PPC em estudo, no intuito de contextualizá-lo.

### **2.2.1 Contextos do Projeto Pedagógico**

O curso de EF da UFBA foi criado em 1988 e reconhecido oficialmente em 23 de fevereiro de 1996. Antes da criação do curso, no Estado da Bahia, os interessados nessa formação recorriam a outros Estados, como Espírito Santo e São Paulo, para realizarem seus estudos. As primeiras iniciativas para consolidação de escola de ensino superior de EF no Estado da Bahia, feitas por outras instituições, remontam a década de 1940.

A origem do curso de EF da UFBA está ligada a determinação do regime militar sobre a inclusão da disciplina EF como obrigatória no Ensino Superior. Contudo, só em 1986, o então organismo acadêmico responsável pela oferta da EF como componente curricular obrigatório na universidade foi incorporado à Faculdade de Educação, na qual foi instituída a comissão responsável por pautar a criação do curso de licenciatura em EF na UFBA. No ano de 1988, o curso ofereceu 30 vagas e no ano de 1992, 40 vagas. O curso possuía 3255 horas, sendo 1710 componentes do currículo mínimo, num sistema semestral e de creditação. Inicialmente, o curso era voltado para atender às demandas de locais específicos de trabalho, como escolas, academias, espaços de atividades esportivas, recreativas e de lazer.

Pontualmente, na primeira metade dos anos 2000, através de estudos, dissertações de mestrado e teses de doutorado, avaliações externas e internas, foi elaborado um dossiê que

contemplou uma análise acerca da situação do curso e os apontamentos necessários para reestruturação curricular do mesmo. Com ampla participação coletiva, esse dossiê contemplava, dentre outras coisas, atas de reuniões com docentes e discentes sobre a reestruturação do curso, o relatório do I Fórum de Formação de Professores, relatórios dos debates que ocorreram de 2003 a 2006 na UFBA e fora dela, das reuniões mensais de colegiado do ano de 2006 e da orientação internacional do professor Doutor Reiner Hildebrandt-Stramann.

Segundo informações do próprio PPC, das problemáticas levantadas nesse período sobre o então currículo vigente, destacaram-se a carga horária elevada, o currículo fragmentado e com disciplinas difusas, com conhecimentos diluídos e que se repetiam, com predomínio de saberes científico-naturalistas e prático-esportivos, além do tratamento didático inadequado.

Assim, situado neste contexto e segundo seu próprio conteúdo, o atual PPC se justifica pelo seguinte:

- a) Demanda social para o trabalho no campo da cultura corporal para área educacional, saúde, lazer e esporte, para diversos grupos populacionais.
- b) Demandas sobre o trabalhador do campo da cultura corporal com perfil omnilateral, com competências e habilidades globais – científica, ética, pedagógica, técnica, estética, política, moral.
- c) Necessidades de legitimar políticas sobre as práticas corporais de caráter democrático na região nordeste do Brasil.
- d) Reconhecimento do novo marco legal para a educação superior, que institui diretrizes para os cursos de licenciatura, de graduação plena, para formação de professores da Educação Básica (Resolução CNE/Conselho Pleno (CP) nº 01 de 18/02/02), incluindo duração e carga horária (Resolução CNE/CP nº 02 de 19/02/02), além das diretrizes curriculares nacionais para cursos de graduação em EF, em nível superior de graduação plena (Resolução CNE/CES nº 7 de 31/03/04).
- e) Constatação, a partir da produção científica local, dos limites, equívocos conceituais, lacunas e ênfase nas abordagens positivistas e empírico-analíticas do curso de EF então em funcionamento na UFBA.
- f) Análise negativa acerca das condições de oferecimento desse curso, incluindo currículo e projeto pedagógico.
- g) Constatação acerca da necessidade de reformular o currículo em vigência desde a década de 1980, o qual não sofria desde então nenhuma significativa modificação, sendo considerado obsoleto do ponto de vista técnico e científico, bem como no que concerne às contingências e demandas sociais que emergiam e/ou se aprofundavam.



- h) A pontual recomendação de reformulação do curso EF da UFBA proferida pela avaliação do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), na qual o curso foi considerado *mal avaliado* acerca dos itens organização didático-pedagógica e instalações físicas.

Nesse caso, podemos entender que o cenário que permeou a construção curricular do atual PPC da UFBA é um contexto de crítica sobre o clássico modelo de formação profissional no campo da EF, incluindo os aspectos da área da saúde. Além disso, reconhecemos, a partir dessas informações, que tal contexto de crítica emergiu de um processo sistematizado e coletivo voltado para o diagnóstico profundo da realidade da formação, sobretudo, acerca de seus limites. Na sequência, as proposições para a superação desses limites serão discutidas a partir da apresentação pontual do próprio PPC, atualmente vigente, da graduação em EF da UFBA, salientando os aspectos relacionados ao campo da saúde.

### 2.2.2 Fundamentos da Proposta Curricular: teórico, pedagógico e de saúde

A categoria **fundamento teórico** é apresentada no documento de forma muito evidente. Com um número significativo de ocorrências ao longo do PPC, as teorias que o balizam estão concentradas no enfoque crítico, mais diretamente no materialismo histórico dialético. Esta pontual afirmação pode ser confirmada a partir da análise da seguinte passagem:

[...] reconhecemos que a Educação Física, dentro do modo de produção capitalista, desenvolve-se a partir do confronto e do conflito entre os interesses de classes sociais antagônicas, na luta pela hegemonia de seus projetos históricos. Confrontam-se, portanto, forças sociais e políticas que estão relacionadas com a estrutura social, com a divisão da sociedade em classes sociais (UFBA, 2011, p. 16).

As claras referências ao sistema de produção capitalista e às tensões entre os interesses das diferentes classes sociais, características do pensamento crítico-dialético, são apresentados de distintas maneiras ao longo do PPC.

O documento ainda acrescenta que: “Para consolidar uma base teórica, a prática, enquanto práxis social, deve ser o eixo articulador do conhecimento no currículo, tendo a história como matriz científica” (UFBA, 2011, p. 10). Isto significa adotar a categoria histórica como fundamento para a concepção de ciência, ou seja, o saber científico é reconhecido como produto da ação humana e não como verdade estável, fruto da racionalidade técnica e instrumental.

Ainda nesse aspecto, sumariamente, podemos citar a defesa do PPC por uma formação profissional que seja mais abrangente em direção a “ações transformadoras na realidade, tendo no horizonte um projeto histórico de superação do modo do capital organizar a vida na sociedade” (UFBA, 2011, p. 11).

Esses fundamentos com forte afinidade com o pensamento crítico-dialético, quando percebidos como centrais no contexto de um curso da área da saúde, representam um esforço quanto a uma ruptura radical para com os fundamentos teóricos que historicamente compõem os campos da saúde, sobretudo, os tidos como básicos, mais inclinados para os discursos de racionalidade e imparcialidade do positivismo empírico-analítico. Sabe-se que, de fato, como afirmam Freitas, Brasil e Silva (2006), os campos da saúde, dentre eles a EF, majoritariamente, tem sido influenciados pelo modelo cartesiano de ciência, ao considerar o ser humano como exclusivamente biológico. Logo, a reorientação dessa perspectiva hegemônica já representa elementos de um movimento de mudança.

As considerações sobre o modo de desenvolvimento do conhecimento e da própria vida, além dos apontamentos para uma perspectiva que supere o capitalismo, apresentados pelo PPC, representam uma proposição de transformação social em referência às necessidades da população, inclusive de saúde. Para Teixeira (2008), o reconhecimento e a atenção à realidade social, bem como a razão transformadora são características da abordagem das teorias críticas.

O documento ainda deixa evidente uma orientação para formação com característica ampliada, no sentido de considerar uma formação humana, política, emancipatória, explicitando uma concepção de formação omnilateral. Nessa direção, o PPC define que:

A compreensão de uma concepção de formação humana omnilateral, em contraponto à concepção de competências, não incorrendo o reducionismo que induz a formação de um sentido meramente instrumental, mas sim, como uma política global que compreende dimensões humanas tais como a científica, pedagógica, técnica, ético-moral e política (UFBA, 2011, p. 12).

Essa perspectiva sinaliza justamente para os fundamentos de uma ação humana transformadora e que, especialmente, esteja atenta aos conflitos e dilemas sociais, de maneira a captar as contradições instaladas nesse meio. Essa percepção, com afinidades com o pensamento crítico dialético, sugere considerar o campo da saúde a partir dos cenários de mazelas sociais concernentes aos problemas contemporâneos de saúde da população brasileira e isso indica a centralidade desses temas como matriz de orientação geral do processo formativo.

Logo, segundo o documento, a defesa da formação ampliada é fundamentada precisamente nas necessidades e reivindicações humanas e sociais que emergem ou que muitas

vezes estão camufladas no conflito entre as classes sociais, especialmente quanto à diferença de poder aquisitivo de tais classes. Nessa direção, o PPC argumenta que a EF quando, no sentido contrário, está voltada a atender aos apontamentos de mercado, “ligados à indústria da beleza, do culto ao corpo – a corpolatria – voltados ao esporte de espetáculo, ao esporte de alto rendimento e ‘rendimentos, lucros’” (UFBA, 2011, p. 21), não contribui para a construção de um dado projeto histórico. Pelas assertivas apresentadas pelo documento, certamente esse projeto histórico defendido faz relação com a lógica crítico-dialética.

A concepção teórica defendida no PPC, que valoriza, do ponto de vista da formação, a educação com caráter ético, moral, subjetivo e humano com foco num dado projeto social, está alinhada com a perspectiva que, de acordo com Ceccim, Bravin, Santos (2011), reconhece a formação, sobretudo em saúde, para além da acumulação de conhecimentos instrumentais e procedimentais, e que possibilite o desenvolvimento de valores e princípios, tanto profissionais quanto pessoais. Essa ideia, assim como sugere a concepção apontada pelo PPC, não dispensa os conhecimentos técnicos, porém não os considera como elementos únicos ou centrais de qualquer processo formativo.

A respeito da categoria **Fundamento pedagógico**, foi encontrado um número expressivo de ocorrências textuais que, após análises, possibilitam compreender, em coerência com a orientação teórica do PPC, uma aproximação das propostas do documento com as teorias pedagógicas consideradas progressistas.

Inicialmente, é interessante compreender que o currículo é reconhecido no PPC não como uma organização hierárquica e sistemática de conhecimentos estáticos, mas como fruto da ação humana, enquanto fenômeno histórico, reflexo das relações estabelecidas no plano político e sociocultural. Além disso, através de uma compreensão sobre o conhecimento, o currículo é ainda situado a partir das demandas específicas das classes sociais. A seguinte passagem comprova essa análise: “[...] o currículo é concebido como um fenômeno histórico, resultado das relações sociais, políticas e pedagógicas que se expressam na organização de saberes vinculados à formação do ser humano” (UFBA, 2011, p. 10).

De forma ampliada, o documento ainda confirma que:

O conhecimento é fruto da práxis humana e a origem dos conteúdos decorre da atividade prática do homem para atender interesses específicos de classes sociais distintas. Os fenômenos da realidade são parte de um processo inerente ao desenvolvimento histórico geral e por isso a cientificidade e historicidade do processo cognitivo (UFBA, 2011, p. 25).

Seguindo a lógica apresentada pelo PPC, o processo de formação, que é pedagógico, deve ser orientado pelos domínios dos conhecimentos no sentido da totalidade, pois com esse

caráter será possível, ainda segundo o PPC, produzir impactos na esfera da realidade. No documento, a radicalidade na menção sobre essa perspectiva de totalidade ou de abrangência se referenda numa formação crítica, orientada levando em conta a intenção de produzir relações entre os campos considerados de fundamento técnico-profissional e os aspectos políticos, humanos e socioculturais.

Ainda certificando essa ideia, o documento expressa que os saberes que compõem a base curricular devem: “permitir o domínio do conhecimento e seus meios de produção, em uma perspectiva de totalidade, radicalidade e de conjunto, do conhecimento produzido e que permita relações e ações transformadoras na realidade” (UFBA, 2011, p. 11).

Essa perspectiva, enquanto fundamento pedagógico, tem como referência a relação entre teoria e prática, inclusive quando, diretamente, assume o “fortalecimento da unidade teoria-prática, tendo a prática como eixo articulador do currículo” (UFBA, 2011, p. 11). Nessa direção, se fortalece uma proposta educativa que não se limita à instrução enquanto atualização técnica, referenciada pelos saberes de aplicação mecânica e descontextualizada. A abordagem pedagógica pelas referências aqui defendida faz relação com os aspectos científicos e técnicos, mas também, históricos, profissionais, humanos, políticos e éticos.

Nessa compreensão, é possível inferir a validação da unidade teoria-prática, por meio da preocupação em se estabelecer aproximações com a realidade através de experiências da vida profissional. Sobre isso o documento evidencia:

O desenvolvimento de tais dimensões requeridas na formação do professor de Educação Física deverá ocorrer a partir de experiências de interação teoria e prática nas quais toda a sistematização teórica deve ser articulada com as situações de ação profissional [...]. Essas dimensões da formação humana não podem ser adquiridas apenas no plano teórico, dos fundamentos, nem no estritamente técnico-instrumental. É imprescindível, portanto, que haja coerência entre a formação oferecida, as exigências práticas esperadas do futuro profissional e a necessidade de emancipação e democratização política, humana e sociocultural (UFBA, 2011, p. 18-19).

Ainda sobre **fundamento pedagógico**, destacamos que a negação de uma educação de instrução técnica é legitimada pela rejeição pontual de uma educação, unicamente, voltada para atender às solicitações ou tendências do mercado profissional. Contrário às demandas mercadológicas, o PPC defende que o currículo deve ter por referência as “reivindicações e as demandas históricas, baseadas nas necessidades e possibilidades humanas e seu desenvolvimento integral, na perspectiva da construção de novas formas de produção e relações da vida” (UFBA, 2011, p. 21).

De fato, pelo exposto, é possível considerar que a proposta pedagógica defendida pelo documento possui uma firme afinidade com as tendências pedagógicas progressistas. Além

disso, em se tratando das reflexões sobre a formação no campo da saúde, vale reconhecer que um currículo compreendido como histórico e não estático, que privilegia a formação pautada na totalidade e não na especialidade, que se orienta pela unidade teoria e prática e não pela instrumentalização técnica e que seja voltado para a formação humana e não para as demandas de mercado, legitima uma ruptura com a proposta de formação historicamente hegemônica na saúde. Convém lembrar que o processo de formação das profissões da saúde ainda possui características da pedagogia tradicional afinal, como afirmam Fraga, Carvalho e Gomes (2012), a maioria dos cursos de graduação, ainda nos dias de hoje, é baseada na transferência de informações de modo hierárquico e vertical.

Quanto à categoria **fundamento de saúde**, que visa dar conta da compreensão sobre o discurso de saúde defendido no PPC, observou-se um número mais limitado de ocorrências, mas que mesmo assim possibilitou produzir análises.

De maneira geral, a saúde é apresentada no documento sob o prisma da democratização do acesso, através do discurso da saúde como condição de cidadania. Quanto a isso, o documento argumenta que a EF deve assegurar o acesso aos bens socialmente produzidos na condição de elementos de educação, de lazer, de saúde, através de políticas sociais e universais constituídas como dever do Estado (UFBA, 2011). Dessa forma, o PPC valida uma aproximação às políticas públicas de saúde, nas dimensões de universalidade, democratização do acesso, equidade.

Destacadamente, é possível visualizar uma afinidade com as definições defendidas pelo SUS, em seus princípios. Logo, isso nos autoriza a reconhecer uma inclinação em valorizar os espaços de intervenção profissional do SUS como ambientes de trabalho da EF. Isso porque o argumento que fundamenta a intervenção profissional no campo da saúde, enquanto política pública, sugere a inserção do profissional da saúde no SUS.

Com isso, segundo o documento, cabe a EF identificar as demandas contemporâneas da sociedade, enquanto prática profissional, para que a partir das reivindicações sociais sejam pautadas a conquista da qualidade de vida e emancipação do sujeito, inclusive, com consciência de classe, por meio das práticas corporais (UFBA, 2011).

É possível visualizar aqui a referência aos problemas sociais de saúde e, além disso, uma orientação expressamente voltada para a conquista da qualidade de vida. Isso sugere a preocupação com os aspectos positivos da saúde enquanto foco da sua compreensão. Não é mencionada, por exemplo, ao longo do documento, nenhuma referência a doenças ou qualquer cenário de enfermidade ou mortalidade. Logo, contrária a perspectiva tradicional que centraliza o fenômeno da doença, que conforme a leitura de Ceccim e Ferla (2009) se caracteriza pela

referência apenas no diagnóstico, no tratamento direto, no prognóstico, na etiologia e na profilaxia de enfermidades, a proposta apresentada pelo PPC faz justamente aproximação à dimensão do bem-estar e da qualidade de vida.

Na realidade, o documento, quando justifica o acesso às práticas corporais enquanto contribuição para a conquista da emancipação dos sujeitos, aprofunda essa relação de negação à tradicional percepção de saúde. Nessa direção, a emancipação, situando o campo da saúde, pode representar um movimento de intervenção que visa colaborar para a construção de relações autônomas entre o sujeito e seu estado de saúde. Assim, é interessante entender que a autonomia no campo da saúde diz respeito não apenas a responsabilização coletiva sobre os cenários de enfermidade e qualidade de vida, mas à compreensão ampla e crítica dos determinantes e condições de saúde pelos sujeitos.

Essa ideia pode estar relacionada com a concepção de cuidado em saúde que, para Ayres (2004a), dialoga com a possibilidade de enriquecimento dos horizontes da saúde da população. Esse enriquecimento faz relação direta com a contribuição para estabelecer relações emancipatórias nos cenários da saúde que visem a autonomia de indivíduos e coletivos.

Vale notar que nos trechos analisados, quando o documento faz referência à saúde, não são utilizadas as expressões atividade física e exercício físico. Na verdade, essas expressões não aparecem em nenhuma parte do PPC. Em outro sentido, assim como na citação supramencionada, é utilizado o termo práticas corporais. Isso indica a intenção do documento em legitimar uma interpretação sobre o *movimentar-se* para além das referências biológicas ou biodinâmicas, sugerindo, assim, uma preocupação em ampliar o acervo de fundamentos que balizam a intervenção profissional na EF.

Segundo o próprio documento, a “EF está localizada enquanto área de conhecimento em campos que fazem interface com o das ciências humanas e sociais, saúde e ciências da terra, com a filosofia e as artes” (UFBA, 2011, p. 16). Por isso o reconhecimento do campo da EF através das práticas corporais, mesmo em se tratando dos cenários da saúde, como multidisciplinar, ou seja, que articula distintos campos de conhecimento.

Em síntese, consideramos que as categorias **fundamento teórico**, **fundamento pedagógico** e **fundamento de saúde** apresentam-se indicando ruptura com relação às propostas hegemônicas de formação para o campo da saúde. Na realidade, o PPC ilustra apontamentos que o aproximam das discussões do campo da Saúde Coletiva, em especial, sobre a ampliação do conceito de saúde, além de fazer referência, em muitos aspectos, à própria política de renovação curricular da graduação em saúde do Brasil.

### 2.2.3 Proposta Formativa: objetivo, perfil profissional e competências do egresso

O propósito principal da formação, sintetizado na categoria **objetivo do curso**, está voltado para consolidar uma consistente formação de orientação básica e de aprofundamento acadêmico e profissional, com enfoque crítico e omnilateral, que não seja reducionista e que contemple uma abordagem política global. A intenção expressa diz respeito a uma formação com consistente base teórica, que permita a apreensão da realidade de forma complexa por meio da sistematização, generalização, aplicação e aprofundamento dos conhecimentos (UFBA, 2011).

Tal proposta visa valorizar a articulação de diferentes áreas do conhecimento, nos aspectos de fundamentos, profissionais, humanos, éticos, morais e socioculturais, não desprestigiando a orientação científica atualizada, demandas sociais, pedagógicas e técnicas próprias da acumulação histórica da cultura corporal e, ainda, contemplando o domínio dos meios de produção do conhecimento acerca de técnicas e métodos da pesquisa científica.

Como a proposta do curso está centrada numa formação ampliada, não localizamos uma preocupação em situar campos de intervenção profissional. Logo, não é possível perceber um destaque específico que discrimine um sentido para o cenário da saúde. De qualquer maneira, podemos considerar que o objetivo do curso aponta para uma atuação no campo da saúde de forma inovadora. Afinal, a preocupação com uma formação humana, que seja omnilateral e que se oriente pelas práticas sociais, sugere uma atuação em saúde com mais porosidade para compreender e atender às reais necessidades de saúde da população, pois esta formação teria uma inclinação para tematizar as questões de saúde não restritas aos aspectos técnicos. Por isso a preocupação em uma abordagem complexa da realidade que não seja reducionista.

Quanto a não especificidade do campo profissional de atuação no objetivo do curso, acredita-se que, de fato, não é uma preocupação deliberada do documento tematizar campos de trabalho. Compreendemos que no lugar dessa especificação, o PPC defende a proposta de desenvolver uma consistente base teórica que justamente possa subsidiar a intervenção profissional nos diversos espaços laborais em que a EF pode se inserir, sejam eles espaços convencionais ou espaços emergentes.

Na categoria **perfil profissional**, identificamos achados que nos autorizam a compreender que o que se almeja como resultado da proposta formativa é um profissional capacitado para atuar em qualquer campo de intervenção em que o eixo articulador seja o trabalho peculiar docente em EF. Expressamente, esse perfil privilegia o espaço escolar através da gestão e ensino, planejamento, coordenação pedagógica, avaliação de redes e pesquisa no

tocante à educação básica. Contudo, não se limita ao ambiente da escola, indicando possibilidades para atuação em instituições que foquem outra dimensão do trabalho pedagógico em EF, esporte e lazer.

Essa análise pode ser certificada pela passagem que descreve que:

O Licenciado em Educação Física é um profissional capaz de desempenhar funções próprias da docência na escola e/ou fora da escola. Estas funções implicam atividades de produção do conhecimento (pesquisa), Gestão e ensino, na escola - Educação Infantil, Ensino Fundamental e Médio – bem como outras atividades que tenham na docência seu eixo articulador [...] ou situações onde se realizem atividades de ensino-aprendizagem na área da educação física, esporte e lazer (UFBA, 2011, p. 12).

Embora visando uma abordagem abrangente, não é possível reconhecer o campo da saúde sendo mencionado diretamente no documento, no que concerne a categoria **perfil do egresso**. Contudo, tal ausência se justifica, possivelmente, pelo fato de que a proposta formativa, pontualmente, não se debruça sobre espaços de trabalho da EF. Nessa direção, o PPC estabelece que:

O perfil aqui definido não é pautado, exclusivamente, na preparação para a atuação em determinados locais de trabalho, ou campos de trabalho ou mercado de trabalho, mas sim para a ação consciente em um modo de produção da vida onde o trabalho se caracteriza pelo seu duplo caráter, como trabalho assalariado, super-explorado, alienado, mas também como fator determinante na construção social do ser humano (UFBA, 2011, p. 13).

Isto ratifica a possibilidade de formação com caráter ampliado, em que o norte da atuação seja o aspecto pedagógico acerca dos elementos da cultura corporal. O foco é justamente a preparação humana e profissional voltada para as demandas sociais da realidade. Nesse entendimento, é apontado que o eixo identificador da atuação em EF, em qualquer que seja o espaço de atuação, é caracterizado pelo “trabalho pedagógico, socialmente útil, no trato com o conhecimento acerca da cultura corporal e tem como ponto central as dimensões do desenvolvimento e da formação humana e político-social” (UFBA, 2011, p. 18).

Esse profissional almejado não possui uma qualificação focada no mercado, na necessidade de atender aos interesses voláteis do capital, que prioriza a atualização de competências técnicas com uma aceitação irrestrita da realidade como algo imutável. No sentido contrário, almeja-se uma formação para um projeto socialmente referenciado e pautado no princípio educativo da atuação profissional. Ainda vale acrescentar que o perfil defendido no documento, além de almejar a formação para as ações próprias da profissão, busca o enfrentamento das situações concernentes ao modo de produção capitalista, na direção da consciência de classe.



Na categoria **competências do egresso**, correspondente às elaborações da categoria perfil profissional, os achados não primam por focar habilidades profissionais específicas de espaços de trabalho, bem como não se limitam às exigências próprias demandadas pelo mercado laboral. Na verdade, a categoria **competências do egresso** é representada pelo aspecto ampliado, voltada, de forma geral, para o atendimento das reivindicações sociais. Dessa maneira, é evidenciada a defesa de um currículo que não seja preocupado prioritariamente com as “demandas de mercado de trabalho, mas sim, ter por base as reivindicações e as demandas históricas [...] na perspectiva da construção de novas formas de produção e relações da vida, a partir do âmbito da Cultura Corporal” (UFBA, 2011, p. 21).

Em síntese, nessa categoria, o documento, ao contemplar competências e habilidades globais de intervenção, se direciona para: capacidade de analisar e agir criticamente sobre as situações da realidade e da profissão, capacidade de atuar em trabalho interdisciplinar e multiprofissional, capacidade de atuação polivalente, domínio dos conhecimentos tecnológicos e com exigência política.

Na dimensão da proposta ampliada, as competências mais pontuais encontradas no PPC estão voltadas para: os domínios da produção do conhecimento através do método científico e da compreensão dos conhecimentos clássicos; o domínio das reverberações sociais, culturais, políticas e econômicas das atividades da cultura corporal; o uso das tecnologias da informação; a competência crítica na compreensão da literatura pertinente e atualizada; a capacidade de argumentação em defesa de um projeto social para além do capital e; a capacidade de criar novas maneiras de produção da intervenção profissional com base na relação entre o conhecimento já sistematizados e a realidade. (UFBA, 2011).

Embora não apresente nenhuma preocupação nem com as habilidades profissionais específicas e nem com os espaços da saúde, algumas das competências suscitadas são pertinentes ao campo da saúde. A habilidade de compreender a realidade e tornar o exercício profissional corresponder às demandas decorrentes dessa realidade, por exemplo, compõe uma preocupação muito atual do setor da saúde, que ainda hoje em dia se recente de uma atuação profissional estritamente técnica e desprovida de uma sensibilidade às reivindicações sociais emergentes.

A própria defesa pela construção da equipe de trabalho, por meio do trabalho inter e multiprofissional, expediente hoje em dia muito defendido no campo da saúde por conta, segundo Merhy e Franco (2008), de sua potencial capacidade de trazer resolutividade para um número interessante de problemas no âmbito tanto da saúde quanto da doença.

Por fim, vale dar relevância para a capacidade de reinventar as práticas profissionais, afinal de contas, o trabalhador da EF no campo da saúde vem, sobretudo, no âmbito da atuação no sistema público de saúde, sendo desafiado a produzir novas possibilidades de se estabelecer junto ao cotidiano dos serviços, principalmente, tendo em vista que muitos espaços públicos de atenção à saúde ainda não são ocupados por este profissional. Assim, entende-se que representa um desafio justamente pensar e repensar as maneiras ou possibilidades da intervenção desse profissional acontecer em tal âmbito. Logo, essa capacidade de criação crítica e consciente da forma de atuação profissional em EF na saúde torna-se indispensável.

#### **2.2.4 Organização Curricular: visão geral, campos de conhecimento e a saúde**

Vale inicialmente referendar que o PPC, pontualmente, estabelece que, do ponto de vista do currículo, o objeto do curso é a cultural corporal e que, além disso, a prática social é assumida como eixo articulador do conhecimento e a história é tomada como matriz científica. Nessa proposta, ilustrada no Quadro 2, a matriz curricular é organizada em quatro eixos: Fundamentos; Práxis pedagógica; Conhecimento específico e; Trabalho científico. Esses eixos, segundo o documento, orientaram a construção dos complexos temáticos, porém tais eixos devem estar relacionados com conhecimento de formação ampliada, conhecimento identificador da área e conhecimento identificador de aprofundamento dos estudos.

O eixo Fundamentos faz referência, como o próprio nome sugere, ao grupo de conhecimentos que sustenta a formação e que subsidia a própria apreensão dos saberes considerados particulares da EF e da intervenção profissional. Tratam-se de conhecimentos responsáveis pela abordagem abrangente do currículo, pois tocam em campos disciplinares distintos que focam nos elementos de base teórica.

Os saberes do eixo Práxis Pedagógica estão centrados na experiência da atividade docente. Já o eixo Conhecimento Específico contempla um amplo complexo de saberes que pontualmente compõem a prática profissional própria da EF. E por fim, temos o eixo Trabalho Científico que aborda os saberes que ambientam o trabalho de produção do conhecimento.

Quadro 2 – Visão geral da organização curricular da UFBA

<b>Eixo</b>	<b>Componente Curricular/Disciplina</b>	<b>Localização curricular</b>
<b>Fundamentos</b>	Introdução a Filosofia	1º semestre
	Bases Biológicas do desenvolvimento humano	1º semestre

	Introdução a Sociologia 2	2º semestre
	Anatomia 1	2º semestre
	Educação e Saúde	3º semestre
	Optativa	4º semestre
	Fisiologia 1	4º semestre
	Fundamentos Psicológicos da Educação	5º semestre
	Optativa	6º semestre
	Organização da Educação Brasileira 2	7º semestre
<b>Práxis pedagógica</b>	Prática de ensino 1	1º semestre
	Prática de Ensino 2	2º semestre
	Prática de Ensino 3	3º semestre
	Prática do Ensino 4	4º semestre
	Estágio Supervisionado em Educação Física 1	5º semestre
	Estágio Supervisionado em Educação Física 2	6º semestre
	Estágio Supervisionado em Educação Física 3	7º semestre
	Estágio Supervisionado em Educação Física 4	8º semestre
<b>Conhecimento específico</b>	História da Educação Física Esporte e Lazer	1º semestre
	Teoria Geral da Educação Física Esporte e Lazer	1º semestre
	Ginástica 1	2º semestre
	Elementos da Dança 1	2º semestre
	Esporte 1	2º semestre
	Esporte 2	3º semestre
	Ginástica 2	3º semestre
	Biomecânica aplicada a Educação Física	3º semestre
	Libras	4º semestre
	Educação, pluralidade e identidade cultural	4º semestre
	Educação e Lazer	4º semestre
	Capoeira 1	5º semestre
	Esporte 3	5º semestre
	Ginástica 3	5º semestre
	Políticas Públicas de Educação Física, Saúde, Esporte e Lazer	6º semestre
	Optativa	6º semestre
	Optativa	6º semestre
	Educação Física Adaptada	7º semestre
	Optativa	7º semestre
	Treinamento Desportivo	7º semestre
Optativa	8º semestre	
Optativa	8º semestre	
<b>Trabalho científico</b>	Abordagens Métodos e Técnicas de pesquisa 1	1º semestre
	Abordagens Métodos e Técnicas de pesquisa 2	3º semestre
	Abordagens Métodos e Técnicas de pesquisa 3	6º semestre
	Monografia	8º semestre

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Educação Física da UFBA.

A compreensão de aprofundamento da matriz curricular será feita com base na categorização dos campos de conhecimento, construída por meio da leitura sistematizada das ementas dos componentes curriculares.

Destacadamente, a principal categoria de componentes curriculares, que ocupa espaço significativo na matriz em termos numéricos, é **conhecimento sobre cultura corporal/prática corporal**. Nessa categoria contabilizamos um total de 13 disciplinas com 68 horas-aula cada uma delas. De maneira geral, o foco de preocupação das disciplinas desta categoria são os elementos da cultura corporal em si, contudo, cada uma delas aborda essa temática sobre perspectivas distintas.

Inicialmente podemos perceber um grupo de componentes curriculares que possuem a responsabilidade de introduzir a teoria geral envolvendo esporte, lazer e EF. São expressas nessas disciplinas, que estão localizadas no início do curso, mas especificamente no 1º semestre, a construção histórica das ciências do esporte, sobretudo, buscando salientar as relações gerais com a formação humana e a possibilidade de desenvolvimento da cultura corporal na sociedade.

Em outro grupo localizamos as disciplinas que se dedicam mais especificamente aos esportes. São 3 componentes curriculares que tematizam os esportes tidos como clássicos da formação em EF, divididos em Esporte I, II e III. A organização dos conteúdos para o ensino do desporto nessas três disciplinas orienta-se pela distribuição em esportes coletivos, esportes individuais e sistema e organização esportiva.

O foco desse grupo disciplinar é o estudo a partir da teoria geral do esporte, envolvendo seu processo histórico e seu contexto na atualidade, no que concerne às necessidades e possibilidades de encontro com a realidade social.

Nesse caso, com a expressa preocupação com o cenário social, são pensadas a abordagem sobre a organização dos conhecimentos e, ainda, sobre o desenvolvimento de competências, aptidões físicas e habilidades técnicas esportivas. De forma pontual, é citado nas ementas das três disciplinas desse grupo o âmbito da educação básica.

Com uma abordagem muito semelhante encontramos as disciplinas mais dedicadas as ginásticas, também organizadas em três disciplinas. Ainda de maneira similar, nesse caso, o desenvolvimento dos conteúdos está voltado para a compreensão das relações com a ginástica ao longo da história e, sobretudo, o contexto social. Entretanto, neste caso, é percebida uma preocupação em localizar o âmbito da intervenção profissional não só na educação básica, mas também em campos de atuação considerados pelas ementas como diversificados, incluindo, por exemplo, projetos sociais.

Por fim, localizamos um grupo de disciplinas que tematiza a dança, a capoeira e as práticas corporais adaptadas. Ambas tratam da fundamentação para os elementos básicos que compõem os temas, refletindo aspectos pedagógicos, científicos e técnicos, tendo em vista os contextos da realidade, além da matriz histórica.

A grande marca dessa categoria, além do foco nas relações com a cultura corporal, é a defesa do desenvolvimento de conteúdos com uma abordagem ampla, sem grande concentração na especialização em alguma modalidade esportiva ou de ginástica. Os conteúdos são tratados priorizando as sistematizações, generalizações e contextualizações. Neste caso, embora o campo da educação básica seja mencionado, a grande preocupação das disciplinas está nos conhecimentos de fundamentação, sem interesse destacado na especialização.

Ademais, essas disciplinas são ancoradas no trato com os contextos sociais. Na realidade, é expressamente apresentada a dedicação desses componentes curriculares em tratar os conteúdos tendo em vista responder a demandas sociais. Nesse sentido, é coerente dar vazão para as possibilidades de intervenção profissional da EF na saúde, particularmente pensando as necessidades sociais da saúde. Além do mais, o fato de o tratamento de conteúdos esportivos, de ginástica e dança, por exemplo, serem desenvolvidos a partir de generalizações, baseados não nas especializações ou especificações, mas sim nos fundamentos, sugere a ampliação do campo de intervenção profissional.

Quanto à categoria **Conhecimentos humanos/sociais** identificamos um número significativo de componentes curriculares, ao todo, somando sete disciplinas, distribuídas basicamente do 1º ao 4º semestre, ou seja, nos dois primeiros anos de curso. Em síntese, são percebidas as matérias de filosofia, psicologia, sociologia, educação e política e identidade cultural. As disciplinas possuem cada uma 68 horas-aula. A exceção é a disciplina voltada à sociologia que conta com 85 horas-aula.

Na abordagem sobre filosofia, sociologia e psicologia são destacados os conceitos básicos, as teorias gerais e a inserção desses campos nos cenários da educação e da produção do conhecimento. No tocante à filosofia, são relevados os conhecimentos que abordam a lógica geral e o método filosófico, especialmente, na abordagem de temas da atualidade. O destaque da sociologia são os sistemas sociais e os processos produtivos, principalmente quanto ao processo de acumulação de capital no cenário contemporâneo. Já a psicologia é dedicada ao estudo das correntes psicológicas e a aproximação aos cenários educacionais, além da relevância da psicologia no processo de formação de professores.

Ainda na categoria **conhecimentos humanos/sociais** existe um componente curricular dedicado a tratar da organização da educação nacional enquanto política pública. Nesse sentido,

é prevista a discussão do sistema de educação brasileiro enquanto política social, legislativa e administrativa. Assim são contextualizados os diferentes campos da educação nacional, a partir da compreensão dos seus diferentes níveis.

Além desse, ainda temos a disciplina que tematiza a relação com identidade cultural e a pluralidade, a fim de situar os contextos da diversidade cultural brasileira na contemporaneidade, especialmente dando destaque para conceitos de cultura, identidade, tradições populares e discriminação. Nesse caso, são focados os debates sobre a construção das identidades enquanto processo de formação e escolarização.

Entendemos que essa categoria sistematiza disciplinas também de fundamento para a formação geral e ampliada, tanto do ponto de vista da formação humana quanto da formação profissional. Ademais, podemos apontar que essa orientação formativa, com consistente presença no currículo, inclusive em número de disciplinas e carga-horária, reorienta o perfil profissional, demonstrando uma afinidade expressiva da matriz curricular com as ciências humanas e sociais.

Pensando as possibilidades de mudança na formação em EF, quanto à atuação no campo da saúde, é possível compreender a forte presença de conteúdos próprios da área das ciências humanas e sociais nessa matriz curricular como parte interessante do processo que visa ampliar o acervo de saberes que fundamentam e instrumentalizam a intervenção profissional. Essa ideia se legitima na necessidade de expandir os limites conceituais e práticos que referendam o profissional da saúde, no sentido da construção de um repertório mais abrangente para o exercício profissional, pautado na percepção da saúde na integralidade. Assim como Camargo Junior (2003), podemos reconhecer que os arranjos curriculares tradicionais, que enfatizam os aspectos biológicos na formação em saúde, são programaticamente opostos à perspectiva da saúde na integralidade. Logo, a valorização dos saberes das ciências humanas e sociais sugere aproximação a esta perspectiva.

Outra categoria com interessante quantidade de componentes curriculares é a **prática pedagógica/profissional**. Aqui localizamos disciplinas que focam a unidade teoria e prática a partir das experiências do exercício profissional. São sete disciplinas que primam pela valorização da vivência laboral e que possuem 102 horas-aula, cada uma. Nessa categoria, contamos com quatro disciplinas intituladas como Prática de Ensino e três disciplinas intituladas como Estágio Supervisionado. Vale destacar que uma disciplina de Estágio Supervisionado não está locada nessa categoria porque dedica-se ao cenário de trabalho da saúde e, por isso, foi analisada em outra categoria que será discriminada adiante.

As Práticas de Ensino estão mais dedicadas para as discussões sobre a realidade da intervenção do professor de EF nos contextos de esporte e lazer, com preocupação com os aspectos sócio-político-pedagógicos, a partir dos conhecimentos de base teórica e metodológica e do fundamento legal. De forma geral, é objetivo desse grupo de disciplinas debater as propostas pedagógicas para o planejamento, a implementação e a avaliação de políticas públicas ou matérias de ensino voltados para EF, esporte e lazer. Ainda é responsabilidade desse grupo de disciplinas a tematização da proposição crítico-superadora enquanto intervenção no âmbito pedagógico nos cenários da intervenção profissional.

Já os Estágios Supervisionados são pensados para, focando prioritariamente a iniciação à experiência profissional docente, desenvolver as competências globais do exercício profissional, contando com estudos sobre ambientes e situações próprias das relações de trabalho no campo da EF, esporte e lazer. A preocupação fim desse grupo de disciplinas ainda é voltado para a atuação profissional socialmente referenciada, com base nas demandas da realidade. A grande diferença entre essas disciplinas é a orientação sobre o *locus* de intervenção profissional, nesse caso focando alguns campos da EF, predominantemente o da educação, em que temos a divisão: ensino infantil, fundamental e médio; sistema e política pública de esporte e lazer e; sistema de ensino superior.

No que concerne à categoria **conhecimentos biológicos/biodinâmicos** encontramos um número menor de disciplinas dedicadas aos conhecimentos de natureza biomédica, ao todo, contabilizando quatro disciplinas, ambas localizadas nos dois primeiros anos de curso. São contemplados justamente os clássicos conteúdos biomédicos, historicamente presentes no currículo da EF.

No primeiro semestre, temos um único componente curricular orientado para discutir, em 85 horas-aula, os fundamentos dos saberes fisiológicos, anatômicos e bioquímicos do corpo humano. O destaque é a compreensão da organização celular, a bioenergética, a genética, a embriologia, o desenvolvimento humano e as bases do processo biomolecular da contração muscular.

Já mais dedicados a discussões com orientação específica encontramos os estudos da anatomia, da fisiologia e da biodinâmica na EF, cada um deles em disciplinas próprias com carga horária de 68 horas-aula cada uma. Em anatomia, os estudos estão voltados para os conceitos anatômicos básicos que possibilitem a análise e a percepção do corpo e do seu movimento. Na fisiologia, o foco é a compreensão da organização e do funcionamento do corpo humano desde o ponto de vista celular até os órgãos e sistemas. Já a biomecânica destaca as

competências que possibilitam analisar o movimento humano quanto às articulações e o trabalho muscular dos diversos segmentos do corpo.

A preocupação apresentada nas ementas está centrada na construção de conhecimentos de fundamento, justamente na intenção da formação da base teórica, nesse caso, do campo biomédico. Assim, não são elucidados campos de trabalho ou aplicações específicas. No sentido contrário, é evidenciada uma forte concentração de conceitos considerados básicos para a compreensão do corpo numa análise sistematizada.

O perfil profissional tradicional, com forte formação no campo biomédico, não é reconhecido nessa matriz, justamente por conta desse grupo de disciplinas cumprir uma função de fundamento. Além disso, o próprio volume dessas disciplinas, quanto à carga horária e quantidade, demonstra essa tendência. Num contraponto, a significativa presença das disciplinas da categoria conhecimentos humanos e sociais também reforça essa ideia.

Com quatro disciplinas ainda localizamos a categoria **conhecimentos acadêmicos/método científico**, em que reunimos componentes curriculares que visam desenvolver os saberes pertinentes à iniciação científica na direção da produção do conhecimento, especialmente, nos campos relativos à EF, esporte e lazer. Ademais, uma das disciplinas é notadamente dedicada ao desenvolvimento do projeto de pesquisa, envolvendo inclusive a elaboração orientada do trabalho de conclusão de curso, materializada na defesa pública da monografia.

A marca dessa categoria, que reúne três disciplinas de Métodos e Técnicas de Pesquisa com 34 horas-aula cada e uma disciplina de Monografia de 68 horas-aula, é a demanda de conteúdos orientada para a formação do pesquisador expressamente voltada para fundamentos, métodos, técnicas, generalizações, explicações e teorizações, com ênfase na proposta epistemológica do materialismo histórico dialético. Ou seja, o principal interesse dessa categoria é o desenvolvimento da produção do conhecimento que seja baseada numa razão crítica e transformadora, privilegiando temas que toquem processos históricos, análises contextualizadas e que primem por romper com a visão estática da realidade, bem como da própria ciência.

Por fim, registramos a composição da categoria **conhecimento da saúde**. É interessante esclarecer que, na verdade, os conhecimentos de saúde são apresentados ou podem ser inferidos em outros componentes curriculares, que não sejam exclusivamente ou expressamente dedicados ao campo da saúde. Contudo, nesta categoria, salientamos as disciplinas que literalmente mencionam a saúde ou seus elementos diretos. Nesse caso, foi possível perceber a



presença de três componentes curriculares: Educação e Saúde; Políticas Públicas de Educação Física, Saúde, Esporte e Lazer e; Estágio Supervisionado 3.

A disciplina Educação e Saúde está localizada no 3º semestre da matriz curricular e contabiliza 68 horas-aula. Em síntese, esta disciplina visa estabelecer discussões sobre os princípios da saúde enquanto política pública. Nessa orientação, são apresentadas as concepções de saúde e suas inserções sociais, além da origem e evolução histórica da saúde pública, com ênfase no contexto brasileiro. Finalmente, a disciplina dedica-se a apresentar a política nacional de saúde, elucidando a histórica, os princípios e diretrizes do SUS, pautando as necessidades básicas humanas, os indicadores de saúde e os direitos humanos fundamentais.

A disciplina Políticas Públicas de Educação Física, Saúde, Esporte e Lazer, encontrada no 7º semestre do curso e com 68 horas-aula, visa desenvolver a compreensão sobre políticas públicas na esfera mais abrangente, salientando os cenários da educação, da saúde, do esporte e do lazer. Dessa forma, são tematizados o conceito de políticas públicas, as reformas de Estado e as formas de financiamento no contexto do sistema de ensino, no SUS e no sistema nacional de esporte. Na realidade, percebemos que o grande objetivo da disciplina é estabelecer uma nova política de formação de profissionais em relação à elaboração e ao desenvolvimento de políticas públicas sobre cultura corporal que sejam atentas para a educação, a saúde, o esporte e o lazer, enquanto projeto histórico que represente uma ruptura com as políticas de cunho meramente compensatório.

Já a disciplina Estágio Supervisionado 3 está dedicada a estabelecer o contato educativo entre estudantes e os ambientes e situações do sistema de saúde. O foco está nas relações da EF, esporte e lazer como atividade socialmente referenciada, reconhecida a partir das competências globais próprias da atividade profissional. Pela natureza das habilidades requeridas, inferimos a tendência em valorizar os espaços de intervenção do sistema público de saúde, ou seja, o estágio supervisionado privilegia os ambientes do SUS. Tal disciplina está localizada no 7º semestre e prevê 102 horas-aula de estágio.

Compreendemos que os componentes curriculares que tematizam precisamente a saúde nessa matriz estão focados nos contextos das políticas públicas, com metas na construção de uma intervenção profissional socialmente referenciada. Em suma são evidenciados os conceitos ou concepções de saúde, a compreensão crítica da histórica da saúde pública brasileira e o reconhecimento do atual sistema nacional de saúde. Fica evidente, ainda, a preocupação em situar um contato com o universo laboral dos espaços de saúde pública com uma visão transformadora a partir dos elementos da cultura corporal.

Com a ideia de superar a lógica que hegemonicamente sustenta a atuação profissional da EF na saúde e com base numa orientação teórica pouco flexível, não são mencionados ou contemplados locais de trabalho como academias e clubes. Embora saliente a noção da ampliação na abordagem da EF, inclusive quando aos aspectos do campo de trabalho, na verdade, a proposta claramente ilustra um afastamento de cenários considerados clássicos da EF e se concentra nos espaços do SUS enquanto possibilidade de uma intervenção profissional com outro impacto na sociedade, numa proposta que pensa a atuação em EF como não alienada e atenta às reais necessidades da população majoritária.

Na realidade, em termos de totalidade, percebemos a intenção muito evidente da proposta curricular da UFBA de romper, de forma mais radical, com as características do currículo tradicionalmente dominante da EF e da própria formação da saúde como um todo. A abordagem defendida para os conhecimentos do esporte e da ginástica e o lugar pouco privilegiado ocupado pelos referenciais das ciências biológicas no currículo já explicitam esse fato. Reafirmando esse posicionamento, por outro lado, ainda percebemos, em coerência com parte significativa das produções e apontamentos do movimento de mudança na formação, o estudo da saúde a partir da matriz de conhecimento do campo da Saúde Coletiva, da valorização significativa dos cenários práticos do cotidiano laboral e, ainda, a realidade e razão social como referências do currículo.

### 2.3 FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL: O CURSO DE BACHARELADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA DA UNIFESP

A proposta apresentada pelo PPC de EF da UNIFESP defende prioritariamente o fomento da aproximação entre os diversos trabalhadores do campo da saúde na atuação profissional do setor. Para tanto, é valorizada a orientação do trabalho em saúde envolvendo o coletivo profissional na resolução das questões do cotidiano dos serviços de saúde. Essa lógica é materializada na valorização da atuação interprofissional no campo da saúde que, no caso do PPC de EF da UNIFESP, é fomentada, de maneira central, desde o processo formativo.

O curso de EF da UNIFESP, instalado em 2006, é definido como um bacharelado na modalidade saúde e se autointitula como sendo uma educação interprofissional, voltado para as competências do trabalho em equipe e para a integralização do cuidado. Na prática, trata-se de um curso de bacharelado em EF, de tempo integral, que se desenvolve conjuntamente com as graduações em Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Psicologia.

Na verdade, no desenho curricular estabelecido nesse PPC, os estudantes das cinco formações, inicialmente, são distribuídos em componentes curriculares que são comuns aos cursos. A ideia é legitimar esses componentes curriculares comuns à formação dos profissionais do campo da saúde, possibilitando a instalação de turmas que aglutinem os estudantes das cinco formações numa mesma sala de aula, de maneira a permitir que os futuros profissionais aprendam juntos sobre os cenários e problemas do setor da saúde.

Naturalmente, além da formação considerada de base comum, existem os componentes curriculares que são especializados e que compõem a formação específica de cada curso, inclusive da EF. Ou seja, existe um núcleo comum, que reúne os estudantes dos diferentes cursos envolvidos, bem como existe o núcleo de formação especializada, dedicado às peculiaridades de cada profissão.

Nessa proposta, a organização curricular é orientada a partir de quatro eixos de formação, a saber: O Ser Humano e sua Inserção Social; Trabalho em Saúde; O Ser Humano em sua Dimensão Biológica e; Aproximação à uma prática específica. Os três primeiros eixos compõem os conhecimentos considerados de natureza comum para a formação no campo da saúde e, portanto, fazem parte da formação dos cinco cursos. Já o quarto eixo compõe justamente a especialidade de cada curso, sendo, dessa maneira, distinto para cada graduação.

Esta proposta curricular peculiar é fruto de certo processo histórico que se confunde precisamente com parte da origem da UNIFESP. Assim, é importante reconhecer mesmo que sucintamente as construções históricas e contextuais que de certa forma implicam diretamente no PPC atualmente vigente.

### **2.3.1 Contextos do Projeto Pedagógico**

Segundo informações contidas no próprio PPC, a UNIFESP foi criada em dezembro de 1994. É originária da Escola Paulista de Medicina (EPM) que tem fundação datada de 1933, sendo federalizada em 1956 e transformada em estabelecimento de ensino superior, na condição de autarquia, em 1964. Relatos apontam que a EPM foi fundada a partir da reunião de 31 médicos, 2 engenheiros e alunos egressos do curso de medicina e cirurgia de São Paulo. A partir de então a instituição foi desenvolvendo um movimento pioneiro nas atividades acadêmicas no campo da saúde, inclusive com o funcionamento de um Hospital Escola de referência nacional.

Até por volta do ano de 2004, a UNIFESP possuía uma vocação especialmente dedicada ao ensino, pesquisa e extensão no campo das ciências da saúde, em virtude de sua origem como

curso de medicina. Contudo, dentro da área da saúde já se dedicava a outras carreias como enfermagem, implantado em 1939, Tecnologia oftálmica, em 1962, Biologia na modalidade médica, em 1966, e Fonoaudiologia, em 1968. Pode-se considerar, no entanto, que desde sua fundação em 1994, enquanto instituição universitária, a UNIFESP não vinha exercendo sua prerrogativa na criação de novos cursos, inclusive em outros campos temáticos.

Então, a partir 2004, surge o movimento de expansão das ações universitárias, no sentido da criação de novos cursos dentro e fora do campo das ciências da saúde. Neste contexto, localiza-se a motivação para criação do curso de EF, ligada a própria expansão da estrutura física da universidade. Junto ao curso de EF, no ano de 2006, surgem os cursos de fisioterapia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional. Ainda no campo da saúde são criados, em 2007, os cursos de farmácia, ciências químicas e engenharia química. Ainda fruto do movimento de expansão universitária, em 2006, são criados os cursos, fora do campo da saúde, de história, pedagogia, ciências sociais, letras, filosofia e história da arte.

Em resumo, a partir das informações contidas no próprio PPC, as justificativas que apontam para a necessidade de criação do curso de EF na modalidade bacharelado são as seguintes:

- a) Demanda social para a criação de novas vagas e interiorização do alcance da universidade;
- b) Demanda política de expansão das vagas públicas nas universidades, com a meta do governo federal de ampliar o acesso e a permanência no ensino superior – Reestruturação e Expansão das Universidades Federais Brasileiras (REUNI), de 2007;
- c) Necessidade de criação de novos cursos dentro das ciências da saúde;
- d) Necessidade institucional de se tornar uma universidade multitemática, a partir da expansão da graduação para outras áreas do conhecimento;
- e) Atender a demandas específicas de egressos do ensino médio das populações do interior de São Paulo (Baixada Santista), por meio da oferta do ensino público de qualidade em locais onde predomina a rede privada de ensino superior;
- f) Atender às demandas de saúde da população permanente e volátil das comunidades do interior de São Paulo (Baixada Santista), por meio da qualificação e expansão dos serviços públicos de saúde.
- g) Necessidade de formação de novos profissionais da área da saúde com perfil adequado para os serviços públicos e de qualidade na rede do SUS.

É interessante entender que dentro de um contexto acadêmico de tradição histórica em que predomina uma forte vocação para o campo das ciências da saúde, em especial da medicina, está inserida a criação do curso de EF na UNIFESP, como movimento coordenado para a expansão da universidade, inclusive quanto à área temática, e para a qualificação da oferta dos serviços públicos na comunidade local. A partir dessa contextualização sumária, o PPC de EF da UNIFESP é apresentado na sequência, de maneira mais pontual.

### 2.3.2 Fundamentos da Proposta Curricular: teórico, pedagógico e de saúde

A categoria **fundamento teórico** agrupou passagens do documento que de forma mais pontual possibilitam realizar inferências e análises acerca dessa concepção teórica do curso. De maneira geral, embora não apresente uma dedicação específica e direta a esta categoria, é possível compreender uma inclinação do PPC para as teorias de referência crítica. Na realidade, de fato, não existe uma seção do documento que seja voltada a esclarecer os fundamentos teóricos do curso. O texto, na verdade, é deliberadamente dedicado a tratar os campos de formação e atuação na área da saúde e é justamente ao apresentar sua compreensão sobre os cenários da saúde que o PPC se demonstra distanciado de uma abordagem positivista e que também nos autoriza a considerar a aproximação às teorias de perspectiva críticas.

Como apontamento nesse sentido, vale destacar a análise proposta pelo PPC quando considera que:

As práticas profissionais predominantes no campo da saúde são centradas em uma lógica de procedimentos técnico-instrumentais, voltadas para identificar e reparar uma alteração/lesão/doença, um ‘fato objetivo’. Esta busca acrítica de objetividade frequentemente implica na exclusão da subjetividade, compreendida como sendo supérflua ou até mesmo como obstáculo ao agir profissional. Desconsidera-se a história de vida, as condições sociais, a cultura, produzindo visões fragmentadas do sujeito, do adoecer, do processo de trabalho em saúde, e do mundo (UNIFESP, 2007)<sup>27</sup>.

Nessa passagem, fica evidente inicialmente a própria leitura diretamente crítica sobre o contexto da saúde tradicional, reconhecido como uma abordagem que se legitima unicamente na objetividade biomédica. Em seguida, são ilustrados os pontos de negligência que esta abordagem vem perpetuando ao longo dos anos. Na sequência, o documento ainda avalia essa concepção tradicional nos serviços de saúde, ao considerar que: “Como consequência temos

---

<sup>27</sup> A ausência da indicação da paginação nas citações diretas do PPC da UNIFESP é justificada em virtude de tal documento não apresentar originalmente suas páginas numeradas.

uma percepção reduzida e limitada das necessidades de atenção/cuidado dos indivíduos e populações” (UNIFESP, 2007).

A preocupação com as demandas de natureza social, em detrimento dos aspectos técnicos e procedimentais, tão presentes no campo da saúde, já demonstra uma afinidade com uma abordagem mais crítica tanto de ciência quanto da atuação profissional. O documento ainda aprofunda essa ideia ao defender a necessidade de superar concepções de produção de conhecimento consideradas reducionistas e suas relações de causalidade direta.

Em outra medida, o documento revela que o caminho para a produção do conhecimento deve ser orientado pela incerteza, pelo exercício do diálogo, numa perspectiva voltada para a pluralidade de campos de conhecimento, refletidos a partir das experiências humanas (UNIFESP, 2007).

Nessa perspectiva, a abordagem legitimada pelo PPC considera a pluralidade de saberes através de concepções e práticas profissionais interdisciplinares que visem a construção de novos caminhos para a resolução dos conflitos sociais instalados no cotidiano. Dessa maneira, a integração entre campos de conhecimento distintos é pensada tendo como referência a possibilidade de edificar práticas transformadoras na produção do conhecimento e na atuação profissional. Para tanto, é mencionada ao longo do documento a inclusão na formação de aspectos históricos e subjetivos, com enfoque questionador e interdisciplinar, voltados à construção da realidade.

É interessante destacar que a crítica que o PPC estabelece ao modelo tido como tradicional de saúde é explícita e recorrente. No documento, os modelos estritamente biomédicos são tencionados à superação, seguindo a análise levantada por parte significativa do movimento de mudança na formação no campo da saúde, que conta com forte inspiração das abordagens críticas (CECCIM, FEUERWERKER, 2004a).

Os apontamentos apresentados na categoria fundamentos teóricos sinalizam, em suma, para uma preocupação com uma crítica ao contexto social, indicando para possibilidade de atender às demandas da realidade em seus conflitos sociais, numa razão transformadora, além de uma orientação transdisciplinar que visa superar o positivismo, ou seja, que é contrária a visão estática da realidade. Embora não seja apresentada uma definição teórica direta no PPC, esses elementos indicam a proximidade ou afinidade do documento com o enfoque de fundamento crítico (TEIXEIRA, 2008; GAMBOA, 2010).

Na categoria **fundamento pedagógico** foi localizado um número significativo de passagens que deliberadamente expressam a orientação que subsidia a formação do ponto de vista pedagógico. O grande predomínio apresentado pelo documento, nessa medida, é o das

tendências pedagógicas progressistas, preliminarmente por, de maneira geral, indicar a defesa de um processo de ruptura com a didática tradicional do campo de formação em saúde.

Esse apontamento sumário é assumido a partir da constatação, em algumas passagens do documento, de determinados elementos próprios de uma pedagogia menos tradicional, que somados produzem essa consideração geral.

Inicialmente, é interessante compreender que o currículo é assumido no PPC como elemento sintetizador da vida cotidiana, ou seja, currículo como fruto da realidade prática. Dessa maneira, as discussões didático-pedagógicas são pautadas na percepção dos contextos reais, na defesa de que todo o processo formativo deve ser orientado a partir da realidade prática e para realidade prática. Isso significa que:

[...] no processo de construção de conhecimento a prática necessita ser reconhecida como eixo a partir do qual se identifica, questiona, teoriza e investiga os problemas emergentes no cotidiano da formação. A prática não se reduz a eventos empíricos ou ilustrações pontuais. Lida-se com a realidade e dela são retirados os elementos que vão conferir significado e direção as aprendizagens (UNIFESP, 2007).

Logo, essa proposta defende como prioridade a aproximação entre o currículo, seus conteúdos e estratégias didático-metodológicas e a realidade social e do trabalho, de maneira a possibilitar a produção do conhecimento “de forma mais contextualizada ao futuro exercício profissional, reduzindo as dicotomias teoria/prática e básico/profissional” (UNIFESP, 2007).

Esta perspectiva visa romper com a tradição da educação profissional no campo da saúde, que hegemonicamente é caracterizada por um relativo afastamento entre os conteúdos e métodos de ensino e certos aspectos da realidade prática da futura profissão (CECCIM, FEUERWERKER, 2004b). Em expressa crítica ao modelo de formação hegemônico da saúde, o PPC assume a unidade teoria-prática desde o início do curso, indicando uma vocação para metodologias de ensino que sejam problematizadoras, afinal, segundo o documento:

As metodologias problematizadoras expressam princípios [...] procurando entender os conteúdos já sistematizados como referenciais importantes para a busca de novas relações. Encontra, por exemplo, nas formulações de Paulo Freire, um sentido de inserção crítica na realidade (UNIFESP, 2007).

Naturalmente, é interessante pensar metodologias problematizadoras ainda na perspectiva da construção consciente de conhecimentos. Ou seja, pensar um método problematizador ainda significa centralizar o estudante no processo ensino-aprendizagem, deslocando a figura do professor como transmissor de conhecimentos para figura de mediador de saberes e valores.

Além disso, a possibilidade de justificar o currículo no plano da prática, seja ela social ou profissional, no caso deste PPC, revela a percepção do aprendizado como um movimento não acabado, em que o ato de aprender significa “poder mudar, agregar, consolidar, romper, manter conceitos e comportamentos que vão sendo (re)construídos nas interações sociais” (SÃO PAULO, 2007). Assim, é reforçada a ideia de construção dos saberes com vista numa leitura crítica, voltada para a transformação da realidade.

Em outro aspecto, podemos destacar como marca do documento, quanto ao **fundamento pedagógico**, a legitimação da integração curricular pela perspectiva interdisciplinar, orientada pela produção do diálogo menos hierárquico entre os diversos campos de conhecimento. Com isso, o documento estabelece uma deliberada crítica à compartimentalização rigorosa do conhecimento, ao assumir que a ênfase interdisciplinar pode modificar a maneira como os conteúdos de ensino são tratados, na direção da superação da fragmentação.

De forma geral, esses apontamentos, materializados na preocupação com a unidade teoria-prática, na contextualização social e profissional dos conteúdos, nos processos de ensino ativos e problematizadores, que centralizam a figura do estudante, e numa educação com sentido e significado, fazem referência a propostas pedagógicas de cunho progressista. A referência a Paulo Freire, reconhecido autor vinculado à educação com visão crítica, representa mais um elemento de comprovação dessa aproximação.

Já a categoria **fundamentos de saúde** é representada muito diretamente no PPC através do registro de um número substancial de trechos do documento. Embora não seja dedicada uma seção para tratar da concepção de saúde, ao longo de todo o PPC é apresentada, de forma muito evidente, a perspectiva de saúde defendida pelo mesmo. Podemos identificar nesses achados uma aproximação muito clara aos fundamentos do conceito de saúde ampliada, que reconhece a legitimidade de múltiplos determinantes nos processos de saúde e adoecimento e que, por conseguinte, estabelecem estreita relação com o conceito de saúde que, em detrimento dos paradigmas estritamente biomédicos, consideram saúde a partir das condições de vida ou ainda, numa referência direta às ideias de Canguilhem (2009), enquanto componente do modo de andar a vida.

Os marcos interpretativos da saúde são expressamente definidos a partir da percepção da “multicausalidade dos processos mórbidos, sejam físicos, mentais e/ou sociais, tanto individuais como coletivos” (UNIFESP, 2007). Com essa orientação, a saúde passa a ser reconhecida não só como adoecimento, mas principalmente a partir dos condicionantes históricos, abrangendo diferentes dimensões da produção da vida humana, como educação,



trabalho, condições materiais de subsistência, subjetividades e relações sociais (UNIFESP, 2007).

Na realidade, uma das defesas latentes do documento, no sentido da saúde, parte do entendimento de que:

Os compromissos assumidos com a formação em saúde ancoram-se em uma compreensão das Ciências Humanas e Sociais em uma perspectiva que rompe com um caráter instrumental e/ou acessório [...] envolvendo-se na construção da reflexão crítica sobre as práticas em saúde a partir do olhar do cuidado, do trabalho, das relações sociais, das condições de produção de vida nas sociedades (UNIFESP, 2007).

Essa compreensão sinaliza para a reorientação da concepção hegemônica de saúde, indicando a possibilidade de superar a exclusividade dos saberes do campo biomédico ao salientar a legitimidade das ciências humanas e sociais nos estudos dos cenários da saúde. Essa possibilidade encontra justificativa no alargamento dos caminhos para a produção da saúde numa perspectiva mais plural e ampliada, que visa ir além do aspecto técnico e procedimental, predominante na saúde.

Ainda nessa linha, o PPC evidencia em alguns trechos uma crítica ao modelo de prática profissional em saúde focado unicamente na reparação do dano ou da lesão através de procedimentos técnicos e mecânicos. Na leitura sugerida pelo documento, essa lógica, fundamentada numa suposta objetividade, negligencia a compreensão crítica dos condicionantes da saúde, logo tendo uma possibilidade de intervenção restrita, passando inclusive a representar um obstáculo para a resolução de determinados problemas no campo da saúde.

Essa representação da saúde encontra sua legitimidade maior numa proposta pensada para contribuir para a transformação da realidade de saúde do país. Dessa maneira, o principal campo de trabalho apontado pelo PPC, em acordo com esse propósito de formação profissional, é a rede pública de serviços de saúde. Nesse sentido, a formação indica uma intenção potencialmente transformadora quando se apresenta comprometida com o fortalecimento do SUS.

Assim, é possível reconhecer a proximidade dos achados da categoria **fundamentos de saúde** com a proposta do movimento de mudança na formação profissional da saúde, inclusive levando em conta parte importante da política pública de reforma da formação desse setor (BRASIL, 2004). Com destaque, é possível citar a percepção da saúde ampliada ou mesmo na integralidade como fundamento básico desse processo, inclusive a partir do reconhecimento das limitações da percepção exclusivamente biomédica da saúde.

Em síntese, como principais elementos levantados nesse PPC destacamos a multicausalidade para os fenômenos de saúde e adoecimento, no que concerne, sobretudo, às dimensões histórica e social, em que fica evidente a defesa da ótica das ciências humanas e sociais, em diálogo com os saberes biomédicos, na compreensão dos contextos da saúde de forma global. Além disso, o documento distancia-se da dimensão do trabalho liberal e privilegia a esfera do SUS como cenário laboral para prática profissional em saúde.

Esse número de considerações representa expressivo indício que nos possibilita reconhecer uma inclinação à matriz de pensamento da área da Saúde Coletiva como referência para a construção da maneira como o PPC concebe o campo da saúde.

### **2.3.3 Proposta Formativa: objetivo, perfil profissional e competências do egresso**

O propósito expressamente manifestado na categoria **objetivo do curso**, encontrado em algumas passagens do documento, é orientado, de maneira a aglutinar elementos da abordagem biomédica e elementos da abordagem da saúde numa visão ampliada.

Sumariamente, o curso objetiva desenvolver a formação de profissionais capazes de produzir diferentes formas de intervenção através da atividade física, recreativa e esportiva no cenário da saúde, sintetizadas basicamente na promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde, numa perspectiva que também seja transdisciplinar e, portanto, considere os saberes biológicos, humanos e sociais e da filosofia (UNIFESP, 2007). O curso expressa ainda a intenção de impulsionar mudanças na realidade social por meio da formação e intervenção focadas na democratização do acesso às manifestações do movimento humano, no tocante à mudança de hábitos de vida, direcionada a um estilo de vida saudável e ativo.

A partir disso, numa leitura geral, pode-se inferir duas tendências sobre os objetivos do curso. Na primeira tendência, situando elementos de uma abordagem mais inclinada para ótica biomédica, podemos considerar a passagem que esclarece que o objetivo do curso é levar para o campo de trabalho do setor da saúde profissionais com a capacidade de “diagnosticar, planejar, prescrever, orientar, assessorar, supervisionar, controlar e avaliar projetos e programas de atividades físicas, de exercícios físicos, de atividades recreativas e esportivas” (UNIFESP, 2007).

Nesse caso, a EF é considerada, pela natureza da retórica, com aspecto mais convencional, como área de conhecimento e intervenção profissional focada no mecânico movimento humano em suas diversas manifestações, especialmente voltada para o

desenvolvimento dos aspectos da prevenção, da promoção, da proteção e da reabilitação da saúde, da formação cultural, da educação e da reeducação motora, do rendimento físico-esportivo, do lazer, da gestão de empreendimentos relacionados às atividades físicas (UNIFESP, 2007).

Numa segunda tendência, tocando agora em aspectos mais relacionados ao conceito ampliado de saúde, são definidos como objetivos do curso a possibilidade de formar profissionais com competência para compor equipes multiprofissionais, de acordo com a própria demanda do SUS. Nesta ordem, o PPC salienta que o campo da EF, embora esteja inserido na área da saúde, se vale de conhecimentos de naturezas distintas e isso legitima o caráter multidisciplinar da intervenção profissional.

Nessa tendência, segundo o PPC, é justificado o caráter democrático dos objetivos do curso, em função da compreensão do movimento corporal, não apenas de forma mecânica, mas como patrimônio histórico da humanidade e que, por conseguinte, representa um direito social inalienável que deve ser acessível à população. Com isso, o PPC busca descrever uma inclinação para com os contextos da realidade social, ou seja, envolve o profissional da saúde, no caso da atuação em EF, nas questões da realidade de saúde que vão além da compressão unicamente biológica.

Na categoria **perfil profissional**, pelas passagens consideradas, é possível inferir que, com um sentido ambíguo, o caráter almejado para a atuação materializa-se num profissional com capacidade de atuar, pelo domínio de aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos, considerando as necessidades humanas e, simultaneamente, focando no discurso da promoção individualizada do estilo de vida considerado saudável.

Num primeiro sentido, segundo o documento, tal profissional, fundamentado pelo rigor técnico e científico, será capaz de intervir por meio das expressões culturais do movimento humano, na defesa da adoção democrática do chamado estilo de vida ativo e saudável. Nesse caso, os achados do documento apontam que o perfil profissional encontra identidade no trabalho através das manifestações e expressos da cultura corporal, materializadas nos esportes, nos jogos, nas danças, com base no argumento que advoga pelas possibilidades da população em acessar um estilo de vida considerado mais ativo e saudável.

Num segundo sentido, fica muito latente, nesse perfil profissional, a competência de, a partir de uma leitura crítica dos fatos sociais, intervir pelo trabalho coletivo, multiprofissional, amplo e plural, negando características tecnicistas e unicamente procedimentais (UNIFESP, 2007). Aqui, fica evidente a referência profissional com habilidades não restritas a um campo de conhecimento e muito menos focado em saberes descontextualizados. Nessa direção, é

referenciada a competência profissional generalista, humanista e crítica, qualificadora de uma intervenção baseada no rigor científico, na reflexão filosófica e na conduta ética (UNIFESP, 2007). Com esse caráter torna-se uma exigência a “Compreensão crítica dos fenômenos sociais, econômicos, culturais e políticos do país, fundamentais ao exercício da cidadania e da profissão” (UNIFESP, 2007).

Quanto à categoria **competências do egresso**, os achados indicam um domínio profissional mais global que inicialmente faz referência ao acervo de habilidades que subsidiam uma atuação profissional enquanto intervenção social que seja baseada em valores morais e éticos específicos de uma sociedade democrática e diversificada. O acervo de habilidades aqui expressos está deliberadamente voltado para o domínio de conhecimentos conceituais, procedimentais e atitudinais da EF e de suas áreas correlatas.

O documento esclarece que, do ponto de vista da prática profissional cotidiana, as habilidades e competências do trabalhador da EF devem ser materializadas em: “Pesquisar, conhecer, compreender, analisar, avaliar a realidade social para nela intervir acadêmica e profissionalmente, por meio das manifestações e expressões do movimento humano” (UNIFESP, 2007). Sob esta compreensão que são considerados os domínios sobre elementos da cultura corporal, como a ginástica, o esporte, a dança e a luta.

Os achados ainda apontando para competências mais específicas do cotidiano do trabalho da EF, ao sintetizar a intervenção profissional nos campos da “prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, da formação cultural, da educação e reeducação motora, do rendimento físico-esportivo, do lazer” (UNIFESP, 2007). O documento salienta que nesses campos de atuação é exigido o domínio pleno acerca da aplicação dos procedimentos e metodologias, das técnicas, dos instrumentos e equipamentos pertinentes à intervenção acadêmico-profissional em EF.

Enquanto competências mais pontuais, o PPC ainda faz referência a inserção do profissional em políticas públicas dos diversos setores da assistência social. Essa competência é a de “Participar, assessorar, coordenar, liderar e gerenciar equipes multiprofissionais [...] de políticas públicas [...] da saúde, do lazer, do esporte, da educação, da segurança, do urbanismo, do ambiente, da cultura, do trabalho” (UNIFESP, 2007). Além disso, os achados indicam as habilidades de atualização profissional por meio da capacidade de leitura crítica das produções literárias e científicas pertinentes à EF e a capacidade de utilização das tecnologias da informação e da comunicação como possibilidade de intervenção profissional.

Nessa categoria, em suma, podemos considerar que a abordagem geral destaca competências de atuação profissional de forma global e, nesse sentido, fundamenta o interesse

pela demanda social como norteadora para as capacidades de trabalho. Por outro lado, é possível notar que são pontuados mais diretamente cenários para a intervenção acontecer. Embora apresente outros, o documento centraliza os aspectos da promoção, prevenção, manutenção e reabilitação da saúde pelos elementos da cultura corporal, prioritariamente na rede do SUS, em virtude da consistente presença das competências de trabalho com políticas públicas e com equipes multiprofissionais.

Acerca de uma análise geral sobre as categorias **objetivos do curso, perfil profissional e competências do egresso**, podemos considerar a presença de algumas características da intervenção profissional em EF originárias da perspectiva tradicional e também da saúde ampliada. Ou seja, nesse aspecto mais profissional, a defesa do curso, através das proposições do PPC, apresenta uma abordagem que de alguma maneira visa dar conta de aglutinar alguns elementos do campo biomédico com elementos da perspectiva emergente.

#### **2.3.4 Organização Curricular: visão geral, campos de conhecimento e a saúde**

A matriz curricular, desenvolvida para contemplar a formação de caráter interprofissional, está organizada para atender tanto os aspectos gerais da formação do profissional da saúde quanto da formação em EF. Como já ilustrado anteriormente, a matriz é dividida em quatro eixos, sendo três deles desenvolvidos pelos estudantes das cinco graduações, enquanto um deles é dedicado exclusivamente para cada uma das formações.

Assim, temos o eixo *O ser humano e sua inserção social* que é voltado para os conhecimentos que legitimam as ciências sociais e humanas como meio de compreensão do fenômeno saúde-doença, no sentido das relações sociais e de trabalho, das condições de produção da vida em sociedade. Evidencia-se, nesse caso, a interface teórica, metodológica e instrumental dos diferentes saberes das ciências humanas e sociais para o campo da saúde, dando destaque para os elementos da cultura e das relações sociais.

No eixo *O ser humano em sua dimensão biológica* encontramos em evidência os conhecimentos sobre corpo humano, saúde e doença do ponto de vista biológico. Compreende os campos morfológico, fisiológico, bioquímico, embrionário, locomotor e patológico, concernentes ao entendimento do corpo humano como um todo. Este eixo é orientado para discutir, de forma abrangente e integral, os processos biológicos de adoecimento, bem como a compreensão sobre funcionamento do organismo humano com seus diferentes sistemas, na direção da saúde e qualidade de vida.

Já o eixo *Trabalho em saúde* objetiva concentrar e desenvolver saberes relativos ao processo de trabalho em saúde a partir de uma perspectiva teórico-prática. Discute as diversas concepções de saúde e doença, inclusive enquanto processo histórico, dando vazão para a realidade do sistema público de saúde brasileiro, as necessidades de saúde da população e as aproximações técnicas, instrumentais e relacionais da prática cotidiana dos serviços de saúde, especialmente no setor público.

Esses três eixos supramencionados são os de natureza formativa comum, ou seja, compõem o currículo dos cinco cursos. Suas disciplinas agregam os alunos dos cursos de EF, nutrição, fisioterapia, psicologia e terapia ocupacional.

Já o eixo *Aproximação a uma prática específica* contempla disciplinas que são de caráter obrigatório e exclusivo para cada uma das graduações. Nesse aspecto, existe uma construção curricular diferente para cada um dos cursos. No caso da EF, diz respeito ao acervo de conhecimentos sobre a sistematização do movimento humano em suas diferentes manifestações. Concentram-se aqui os domínios técnicos e didáticos sobre a ginástica, o desporto, o jogo, a luta, a dança, mencionados no PPC como estratégias não medicamentosas para promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. O Quadro 3 possibilita visualizar essa organização curricular de maneira mais clara, ao discriminar os componentes curriculares de cada eixo.

Quadro 3 – Visão geral da organização curricular da UNIFESP

<b>Eixo</b>	<b>Componente curricular/Disciplina</b>	<b>Localização curricular</b>
<b>O ser humano e sua inserção social</b>	Indivíduo, Cultura e Sociedade	1º semestre
	Trabalho, Corpo e Significado	2º semestre
	Constituição do Humano e suas Temporalidades	3º semestre
	Estigma-Preconceito e Direitos	4º semestre
<b>O ser humano em sua dimensão biológica</b>	Do Átomo à Célula I	1º semestre
	Dos Tecidos aos Sistemas I	2º semestre
	Dos Tecidos aos Sistemas II	3º semestre
	Sistema Locomotor	2º semestre
	Fundamentos Biológicos do Adoecimento Humano I	4º semestre
<b>Trabalho em saúde</b>	Saúde como processo: contextos, concepções e práticas I	1º semestre
	Saúde como processo: contextos, concepções e práticas II	2º semestre
	Prática clínica integrada: análise de demandas e necessidades em saúde	3º semestre
	Clínica integrada: atuação em grupos populacionais	4º semestre
	Clínica integrada: produção do cuidado	5º Semestre

<b>Aproximação a uma prática específica</b>	Aproximação à Prática da Educação Física em Saúde I - Introdução	1º Semestre
	Fundamentos das Atividades Físicas e Esportivas I – Jogo	1º Semestre
	Fundamentos das Atividades Físicas e Esportivas I – Ginástica	1º Semestre
	Fundamentos das Atividades Físicas e Esportivas II - Ritmo, Dança e Expressão Corporal	2º Semestre
	Produção de Conhecimento em Educação Física e Saúde I – Introdução	2º Semestre
	Ciências do Exercício I: Crescimento e Desenvolvimento	2º Semestre
	Fundamentos das Atividades Físicas e Esportivas IV - Coletivos	3º semestre
	Ciências do Exercício II - Bases Fisiológicas e Bioquímicas Do Exercício I	3º semestre
	Estudo do Movimento Humano II – Cinesiologia	3º semestre
	Estudo do Movimento Humano I – Cineantropometria	3º Semestre
	Fundamentos das Atividades Físicas e Esportivas IV - Coletivos II	4º Semestre
	Ciências do Exercício II - Bases Fisiológicas e Bioquímicas do Exercício I	4º Semestre
	Estudo do Movimento Humano III – Biomecânica	4º Semestre
	Ciência do Exercício Físico III - Treinamento Esportivo	4º Semestre
	Fundamentos das Atividades Físicas e Esportivas V- Aquáticos	4º Semestre
	Aproximação à Prática da Educação Física em Saúde II - Gestão em Educação Física, Lazer e Saúde	4º Semestre
	Metodologia de Pesquisa Científica	5º Semestre
	Exercício Físico e Saúde I - Socorros de Urgência	5º Semestre
	Fundamentos das Atividades Físicas e Esportivas VI – Individuais	5º Semestre
	Ciências Aplicadas à Educação Física I – Nutrição	5º Semestre
	Ciências Aplicadas à Educação Física II – Farmacologia	5º Semestre
	Estudo do Movimento Humano IV - Comportamento Motor	5º Semestre
	Ciências do Exercício Físico IV - Exercício Físico e Doenças Crônicas I	5º Semestre
	Ciências do Exercício Físico IV - Exercício Físico e Doenças Crônicas II	6º Semestre
	Fundamentos das Atividades Físicas e Esportivas VII - Práticas Alternativas e Integrativas	6º Semestre
	Ciências do Exercício Físico VI - Atividade Física Adaptada	6º Semestre
	Ciências Aplicadas à Educação Física III – Psicologia	6º Semestre
	Ciências Aplicadas à Educação Física IV – Psicobiologia	6º Semestre
	Ciências do Exercício Físico VII- Tópicos Avançados em Educação Física e Saúde	7º Semestre
	Produção de Conhecimento em Educação Física e Saúde II – Trabalho de Conclusão de Curso I	7º Semestre
	Produção de Conhecimento em Educação Física e Saúde III – Trabalho de Conclusão de Curso II	8º Semestre
	Estágio Supervisionado Básico	5º Semestre
Estágio Supervisionado Básico	6º Semestre	
Estágio Profissional I	7º Semestre	

	Estágio Profissional I	8º Semestre
--	------------------------	-------------

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Educação Física da UNIFESP.

Para o aprofundamento da análise da organização dos conhecimentos do curso, será levada em conta a análise dos componentes curriculares a partir da categorização dos mesmos em campos de conhecimento.

O campo de conhecimento que ocupa posição privilegiada e majoritária no currículo está concentrado na categoria **conhecimentos biológicos/biodinâmicos**, que contabiliza 21 disciplinas, distribuídas ao longo dos oito semestres do curso. Nessa categoria, reunimos os componentes curriculares que de fato centralizam os saberes da perspectiva biomédica nas suas ementas.

Destacamos inicialmente a presença significativa de disciplinas de áreas de fundamento como embriologia, histologia, fisiologia, anatomia e biofísica. De forma geral, essas disciplinas na matriz se propõem a contribuir para a percepção do corpo humano de maneira integral a partir da noção dos sistemas do organismo humano, indicando a interação entre os aspectos estruturais e funcionais.

Uma marca desse grupo de disciplinas, consideradas de fundamento, é a extensa carga-horária. A disciplina dedicada aos saberes sobre as unidades e os processos a nível celular, por exemplo, possui 240 horas. As duas disciplinas direcionadas à compreensão do funcionamento do corpo, enquanto órgãos, aparelhos e sistemas, possuem 160 e 200 horas. Já a disciplina dedicada a abordagem do corpo humano do ponto de vista anatômico, enquanto sistema locomotor que integra sistema ósseo, articular e muscular, conta com 140 horas.

Além de disciplinas consideradas como de fundamento, nessa categoria encontramos os componentes curriculares que visam desenvolver as competências para análise e avaliação dos movimentos do corpo humano do ponto de vista dos princípios da biomecânica, envolvendo a anatomia musculoesquelética, a fisiologia neuromuscular, a biofísica e a antropometria. Em outra esfera ainda encontramos disciplinas que fazem relação direta com o desenvolvimento e a aprendizagem motora, no sentido de aprimorar os conhecimentos sobre os padrões de crescimento e do desenvolvimento corporal e motor.

Ocupando espaço menor na matriz, encontramos disciplinas mais dedicadas a correlacionar os conhecimentos de fundamento celulares e alguns processos de adoecimento. Trata-se dos conhecimentos de base biológico da doença, que destacam as respostas do organismo aos distúrbios por agentes externos, principalmente, do ponto de vista microbiológico. Também em número mais restrito localizamos algumas disciplinas com



interesse por outros campos de conhecimento aplicados à EF, com destaque para nutrição, psicobiologia e farmacologia.

De forma geral, as disciplinas não apresentam um caráter deliberadamente integrador entre si, no sentido de possibilitar conexão entre esses diversos conhecimentos enquanto visão do ser humano. Ou seja, os saberes, segundo as orientações presentes nas ementas, ainda estão dispostos de forma isolada no currículo. O que, de fato, observamos é uma preocupação em contemplar uma aproximação aos diversos saberes que tocam as diferentes carreiras profissionais da área da saúde, ao longo de algumas disciplinas.

Na sequência, registramos a presença da categoria **conhecimentos da cultura corporal/prática corporal**. Ao todo são nove disciplinas que estão focadas nas práticas corporais sistematizadas e possuem carga horária variando entre 60 e 80 horas-aula. Vale salientar que existem dois componentes para esportes coletivos, um para esportes individuais na terra, um para esportes individuais aquáticos, um para ginástica, um para jogo, um para dança, um para atividades integrativas e um para EF adaptada.

A leitura das ementas não possibilitou realizar muitas conclusões, afinal as mesmas exprimem em poucas palavras o propósito das disciplinas. É possível inferir, entretanto, dessas ementas o interesse pelos fundamentos técnicos das práticas corporais, principalmente dos esportes coletivos e individuais, em que predominam a mecânica básica dos movimentos do corpo e os métodos de ensino. No caso das disciplinas de ginástica e dança, é salientada uma preocupação com essas práticas como fenômenos culturais a partir de uma visão histórica e contemporânea.

Outra característica dessa categoria é que um grande número de disciplinas, sobretudo, as dos esportes sistematizados, apresentam destaque para que os conhecimentos sejam aplicados junto aos serviços de saúde da população, basicamente, no que concerne aos trabalhos de promoção, manutenção e recuperação do estado de saúde. Ainda nesse sentido podemos localizar a disciplina que tematiza a EF adaptada, que está dedicada a instrumentalização do futuro profissional quanto a estratégias que, nas palavras do próprio ementário, possibilitem a prescrição de atividade física para pessoas com deficiência.

Nessa categoria, outro componente curricular que possui uma afinidade com o campo da saúde é o que tematiza as práticas alternativas e integrativas. A ementa aponta para os conteúdos das práticas que envolvam consciência corporal, exercício físico e reabilitação, esportes na natureza, fazendo relação com aspectos de uma medicina menos sistematizada. Nesse caso, os focos são as técnicas e fundamentos das práticas corporais integrativas, não especificadas no ementário, no tocante ao campo da promoção e da prevenção da saúde.

Podemos considerar que nesta categoria, embora, de fato, o foco das disciplinas sejam as práticas corporais, as mesmas não são discutidas numa abordagem abrangente, isto é, não sugerem orientação que aponte para possibilidades diversificadas de intervenção profissional da EF acontecer.

Em seguida, reconhecemos a prevalência dos componentes curriculares que se enquadram na categoria **conhecimento da saúde**. A característica mais marcante dessa categoria, que conta com sete componentes curriculares, é justamente a centralidade dos temas da saúde como núcleo fundamental das disciplinas. O primeiro grupo dessas disciplinas é precisamente o que compõe o eixo curricular comum para todos os cursos que integram o projeto curricular, em que localizamos as disciplinas Saúde como Processo I e II e Prática Clínica integrada I, II e III, todas com 80 horas. Além dessas, existem num segundo grupo as disciplinas específicas do curso de EF que também centralizam os temas da saúde, são elas: Exercício físico e Doença I e II, ambas com 90 horas.

As duas disciplinas *Saúde como processo* possuem o propósito de desenvolver as competências relativas ao reconhecimento das demandas sociais da população, sublinhando os serviços de saúde. Nessa direção, recebem destaque os conhecimentos que possibilitam o reconhecimento das comunidades, no estudo dos diferentes grupos e classes sociais e os processos de saúde e adoecimento, bem como as práticas profissionais que emergem desses cenários. Para tanto, o estudo da evolução e dos métodos investigativos da epidemiologia são tomados como fundamentais. Além disso, faz parte da proposta o reconhecimento da saúde enquanto política pública, apontando justamente para a compreensão do SUS e as ações profissionais correspondentes à organização desse sistema.

As disciplinas *Prática Clínica integrada* apontam para a construção dos conhecimentos pertinentes para a atuação em saúde através do trabalho profissional coletivo. Dessa maneira, o foco é a elaboração de uma prática clínica que seja comum para os cinco cursos envolvidos no projeto formativo. Em síntese, os saberes fundamentais são os que possibilitam a compreensão das condições de vida da população e as principais questões de saúde da mesma, assim como do desafio da elaboração das políticas e projetos de saúde que articulem os diversos profissionais do setor. Nesse caso, as principais referências dessas disciplinas são o trabalho de saúde em equipe, a atenção domiciliar, a clínica ampliada, a integralidade na atenção e no cuidado e a avaliação das ações de saúde.

Já os componentes curriculares dessa categoria que são exclusivos da matriz de EF, *Exercício e Doenças I e II*, estão voltados para os estudos epidemiológicos, etiopatológicos, fisiopatológicos e das possibilidades de intervenção profissional no tratamento ou na prevenção

de um pontual grupo de doenças, como as metabólicas, a osteoporose, cardiovasculares, osteomusculares, respiratórias e imunológicas. Destacadamente, essas disciplinas concentram os saberes que fundamentam a chamada prescrição de exercício físico para o controle desse grupo de doenças.

Na análise geral da categoria, percebemos que o grupo de disciplinas da matriz interdisciplinar comum possui a inclinação para o conceito de saúde ampliada, envolvendo muitos aspectos da Saúde Coletiva. Nesse caso, são salientados os aspectos do trabalho coletivo, das necessidades de saúde da população e o reconhecimento da rede pública de saúde, materializada no SUS. Já as disciplinas específicas da formação em EF são mais voltadas para grupos de doenças e, nessa medida, concentram os saberes sobre métodos e procedimentos para a prescrição dos exercícios físicos coerentes para cada um desses grupos. É revelado a preocupação com os conhecimentos epidemiológicos e etiológicos das doenças crônicas não transmissíveis.

Na categoria **prática pedagógica/profissional** foram reunidas seis disciplinas que, de maneira mais precisa, apontam para a aproximação entre o estudante e o futuro espaço de trabalho, salientando as principais questões, dilemas e tensões da rotina do exercício profissional. Vale registrar que como todas as aproximações ao campo de trabalho em EF no currículo da UNIFESP são exclusivamente da área da saúde, na realidade, todas as disciplinas da categoria **prática pedagógica/profissional** são, invariavelmente, do campo da saúde. Logo, todas as disciplinas enquadradas aqui são também pertencentes a categoria conhecimento da saúde.

Na realidade, a diferença é que aqui as disciplinas possuem como fundamento a experiências de trabalho. Afinal, nesse caso, encontramos componentes curriculares inclinados a contextualizar, de maneira introdutória, as possibilidades de intervenção profissional por meio da análise e discussão do cenário laboral. Bem como, encontramos as disciplinas dedicadas diretamente a possibilitar a experiência profissional orientada, pautando a articulação entre teoria e prática para a construção dos saberes acadêmicos e profissionais.

Num primeiro grupo de disciplinas, encontramos *Aproximação à prática da Educação Física em Saúde I e II*, com 80 e 40 horas respectivamente. Essas disciplinas compreendem e discutem a evolução histórica da EF nos diferentes ambiente de trabalho, salientando os campos e as características da intervenção profissional. Destacadamente, a preocupação principal é a inserção profissional no campo da saúde. Nessa medida, são enunciados os elementos técnicos do planejamento e da gestão da EF no ambiente da saúde.

No segundo grupo de disciplinas da categoria **prática pedagógica/profissional**, localizamos componentes curriculares que compreendem cenários para prática profissional supervisionada como estratégia de aprendizado do campo de trabalho. Pontualmente, reconhecemos assim quatro disciplinas de estágio supervisionado, que em alguns casos chegam a conter 120 horas de duração. Esses componentes curriculares são dedicados a possibilitar o acesso a situações reais de trabalho através da observação, da elaboração de proposta de atuação e da intervenção propriamente dita, com grupos populacionais diversos.

Especificamente, um dos estágios é dedicado a composição da equipe multiprofissional no campo da saúde. Da mesma maneira, existe um estágio exclusivamente dedicado ao exercício profissional de prevenção e reabilitação da saúde com grupos populacionais específicos, como: crianças, jovens, adultos e idosos.

A característica dessa categoria é a consideração exclusiva dos cenários de exercício profissional do campo da saúde. Isto quer dizer que, embora a preocupação principal das disciplinas seja a ambientação aos espaços de trabalho, no tocante à articulação teoria e prática como via para a construção do conhecimento acadêmico e profissional, a ênfase está nos espaços de saúde.

Na sequência, com uma predominância menos significativa, percebemos a categoria **conhecimentos humanos/sociais**, em que foram contabilizadas cinco disciplinas, localizadas do primeiro ao sexto semestre do curso, com carga horária variando entre 40 e 60 horas-aula. Quatro desses componentes curriculares são comuns da formação interprofissional, ou seja, não são exclusivos da EF. Nesse caso, a proposta disciplinar está centrada no ser humano e as questões envolvendo a natureza, a cultura e a sociedade. Dessa maneira, são indicadas as discussões sobre indivíduo e subjetividades nas construções sociais, captando inclusive os debates sobre o corpo sob a perspectiva social e antropológica. Importa destacar que mesmo focando os assuntos de interesse das ciências humanas e sociais, as questões da saúde estão sempre presentes nas ementas. Na realidade, a proposta dessas disciplinas parece ser a articulação entre as dimensões sociais e históricas do ser humano e o corpo nos processos de saúde e de cuidado.

A única disciplina dessa categoria que é específica da formação em EF está localizada no sexto semestre e desenvolve os conhecimentos básicos que relacionam os temas da EF e do esporte com os estudos psicológicos. Essa disciplina, então, dedica-se ao exercício físico, ao esporte recreativo, terapêutico e de rendimento, nos aspectos psicológicos e nos processos de interação social. Mais uma vez, nesse caso, os contextos da saúde são salientados como metas da disciplina.

Na categoria **conhecimentos acadêmicos/método científico** encontramos quatro disciplinas localizadas do segundo ao oitavo semestre do curso. Seguindo referências básicas, as duas primeiras disciplinas estão centradas nos conhecimentos introdutório sobre a produção do conhecimento com foco nos métodos científicos. Nessa medida, os temas principais são os fundamentos metodológicos e operacionais do raciocínio e da pesquisa científica.

Já as duas últimas disciplinas dessa categoria, localizadas no sétimo e oitavo semestre, são diretamente dedicadas à elaboração dos trabalhos de conclusão de curso, habilitando os estudantes para a produção do conhecimento enquanto iniciação científica. Os assuntos relativos à pesquisa no campo da saúde são tratados com prioridade ao longo de todas as disciplinas desta categoria.

Numa visão global sobre a composição curricular da UNIFESP podemos notar aspectos tanto da base tradicional biomédica quanto aspectos de inovações para o campo da saúde. Nesse último caso, identificamos a valorização da diversificação dos cenários para a aprendizagem da profissão, o reconhecimento da dimensão social e subjetiva/relacional da saúde através dos saberes das ciências humanas e sociais, a centralidade atribuída ao estudo sobre a realidade prática do trabalho em saúde e, principalmente, o incentivo direto à construção de uma clínica ampliada pautada na integração com as demais carreiras da saúde enquanto trabalho multiprofissional, marcado no currículo pelo encontro entre diferentes profissões da saúde do início ao fim do ciclo formativo. Já a base tradicional biomédica, é marcada pelos clássicos domínios de fundamentação biológica e técnica sobre corpo e doença.

É interessante perceber que essa conciliação entre o inovador e o conservador não se dá de forma harmônica ou equilibrada nesse currículo. Embora percebida a presença de elementos interessantes do movimento de mudança da saúde, a manutenção de elementos técnicos, esportivos e, sobretudo, biológicos, ocupando posição privilegiada/majoritária no currículo materializa essa inferência e ao mesmo tempo define uma característica importante desse currículo em termos de totalidade.

## 2.4 O MOVIMENTO DE MUDANÇA NA EDUCAÇÃO FÍSICA

Os cursos de EF da UFRGS, da UFBA e da UNIFESP, conforme apresentado, embora sejam preliminarmente considerados como integrantes do movimento de mudança da formação em EF, não são iguais. Pelo contrário, em alguns pontos, os mesmos apresentam elementos de divergência. Na realidade, logo numa primeira aproximação já é possível perceber que se tratam

de propostas curriculares que são, de fato, inovadoras, porém, pelo próprio processo histórico dos cursos, apresentam proposições peculiares: a UFRGS com a formação unificada; a UFBA com a formação ampliada e; a UNIFESP com a formação interprofissional.

Entretanto, cabe analisá-los precisamente como um movimento único, a partir de algumas generalizações sistematizadas, na intenção de reconhecer ou mesmo inferir o caminho que o processo de mudança na formação em EF, para o campo da saúde, vem trilhando nos últimos anos no Brasil, além das implicações desse processo. Naturalmente, algumas questões pontuais específicas de um ou de outro curso merecem uma atenção e um tratamento adequado, a fim de destacar pontos considerados críticos nesse processo de mudança que são peculiares a cada proposta.

Com esse intento, as principais características e questões acerca do movimento de mudança na formação em EF na saúde, a partir do estudo dos cursos de graduação da UFRGS, da UFBA e da UNIFESP, serão apresentadas e discutidas, doravante, com base em três eixos analíticos: a) fundamentos teóricos; b) proposições profissionais e; c) matriz curricular. Mesmo com essa divisão, vale considerar que a leitura aqui proposta visa estabelecer uma visão global, de maneira a produzir uma articulação entre os três eixos analíticos.

#### **2.4.1 Fundamentos Teóricos**

É importante salientar que levaremos em conta aqui a reunião das características apresentadas pelas seções anteriores nas categorias fundamentos teóricos, fundamentos pedagógicos e fundamentos de saúde, da parte textual/discursiva do projeto formativo de cada curso. Nessa medida, vale destacar que as análises produzidas neste eixo dizem respeito às construções do ponto de vista conceitual, que representam a defesa dos cursos no campo mais ideológico, dessa maneira, devendo servir como referência geral para a materialidade do projeto formativo.

Os cursos expressam, nesse passo, uma grande aproximação às orientações teóricas de caráter mais crítico. Na realidade, o ponto de maior convergência entre os três cursos estudados é justamente a inclinação às perspectivas críticas. Um dos elementos que surge, de forma recorrente, é a centralidade atribuída aos contextos e conflitos de origem social como matriz da perspectiva do processo formativo. A necessidade do curso de EF em responder a demandas consideradas sociais é enfaticamente pontuada nos projetos pedagógicos analisados. Essa

necessidade se legitima, precisamente, a partir da reflexão sobre a pertinência social da atuação profissional, especialmente da EF, apontando para uma aproximação minuciosa à realidade.

Isto representa uma razão transformadora nos cursos, no sentido de vislumbrarem, em suma, desenvolver uma formação que indique para a transformação da realidade social, a partir de uma visão crítica sobre a mesma. Tendo isso como princípio, os cursos sustentam uma perspectiva de ruptura para com os parâmetros do pensamento empírico-analítico, ao defenderem uma visão mais sistêmica e ampliada da realidade, da ciência e da própria atuação profissional.

Essa lógica, abre precedentes para a instituição de um raciocínio pedagógico que também se afina com as proposições de natureza crítica. Nessa direção, os projetos pedagógicos criticam com veemência qualquer relação com as correntes educacionais entendidas como tradicionais. Logo, o tratamento didático baseado na memorização mecânica, no tecnicismo, no distanciamento da realidade, é marcadamente negado nessas propostas curriculares. No sentido contrário, são valorizadas a unidade teoria e prática, a produção de significados ético, moral e político, o foco no ponto de vista do estudante, a interdisciplinaridade e a relevância social dos conhecimentos e das competências profissionais.

Acerca do fundamento para representar o campo da saúde, em coerência com o enfoque crítico assumido, percebemos que os projetos curriculares convergem para a valorização da perspectiva da saúde ampliada, no sentido da integralidade, fundamentando sua principal referência no pensamento da área da Saúde Coletiva. Embora apresentem nuances diferentes na defesa de uma concepção mais ampliada de saúde ou da saúde na integralidade, os projetos expressam, nesse parâmetro, muitos aspectos em comum. Um desses é uma mudança na abordagem sobre traços próprios do modelo biomédico, expressa pelo distanciamento da supervalorização do raciocínio procedimental, técnico e biologicista sobre o campo da saúde. Na verdade, o que marca a área da saúde neste eixo fundamento teórico é o seu reconhecimento enquanto reivindicação social.

O raciocínio desenvolvido nas propostas curriculares aponta para a materialização desse pensamento nos cenários coletivos de saúde. Assim, é recorrente também a lógica que centraliza a preocupação na saúde enquanto política de caráter social, enquanto política pública. Nesse raciocínio, o SUS, seus princípios, diretrizes e sua rede de serviços, são marcadamente representados como referência para o pensamento sobre o campo da saúde. De forma geral, é possível reconhecer o interesse proeminente dos cursos em situar, para além do procedimento técnico individualizado, a democratização do acesso à saúde pelo coletivo como fundamento para a EF no campo da saúde.

É interessante perceber que até esse ponto, as propostas curriculares apresentam uma linha de argumentação similar, se compararmos os três cursos, e muito coerente especificamente, se analisarmos isoladamente cada um dos cursos quanto ao alinhamento entre concepção teórica, pedagógica e de saúde. O que queremos dizer é que, do ponto de vista da fundamentação, embora com intensidades diferentes, o pensamento crítico é assumido como referência nos três cursos e, além disso, as propostas curriculares, nas suas especificidades, desenham uma linha argumentativa com um sentido linear, que não apresenta, até aqui, contradição quanto à inclinação ao enfoque de orientação crítica. Ou seja, o raciocínio crítico é traduzido de forma coerente para a perspectiva pedagógica e para a perspectiva de saúde assumidas pelas propostas curriculares.

Ademais, vale registrar que, até aqui, de fato, é possível reconhecer de forma evidente um movimento que visa estabelecer uma ruptura com as concepções tradicionais de formação em EF para o campo da saúde. No que concerne ao argumento teórico, convém rememorar que a área da saúde, hegemonicamente, possui uma forte inclinação para as ciências biológicas e naturais, a partir do ponto de vista mecânico ou até mesmo mecanicista dos objetos ou fenômenos de estudo (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JUNIOR, 2006), de maneira mais descontextualizada e distante dos conflitos de natureza social. Sabemos que essa perspectiva, hoje em dia muito conhecida como biomédica, é vinculada a todo um arcabouço de elementos que caracterizam o modo de pensar do método positivista e da ciência analítica.

Contrário a essa visão, o argumento levantado nos cursos estudados é considerado inovador uma vez que aponta inclinação para as teorias de natureza crítica, que justamente tendem a romper com o paradigma da rígida compartimentalização disciplinar, do distanciamento da realidade e da neutralidade científica, elementos tão característicos do pensamento de enfoque empírico-analítico (TEIXEIRA, 2008) e ainda hoje predominantemente presentes nos cenários da saúde.

Já acerca do argumento pedagógico, podemos indicar que a hegemônica educação dos profissionais da saúde vem sendo historicamente baseada na difusão dos conteúdos tidos como clássicos, de forma isolada e fragmentada, através de sistemas baseados na mera acumulação mecânica de saberes técnicos e científicos. Esse modelo pedagógico apresenta um distanciamento das estratégias didáticas de ensino contextualizado, que exploram as situações reais e que são tomadas como elementos relevantes para a transformação da qualificação do profissional do setor da saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a; 2004b; FEUERWERKER et al., 2015).



A proposta pedagógica apresentada pelos currículos em estudo, referendada pela pedagógica crítica, aponta exatamente para as práticas de ensino que envolvam o diálogo entre diferentes campos disciplinares, a problematização e a aproximação dos contextos da realidade. Para Feuerwerker e Cecílio (2007), as contribuições da pedagogia crítica são marcas do movimento de mudança da formação no campo da saúde pois centralizam as questões da realidade social e de saúde da população brasileira enquanto saber necessário para a composição do perfil profissional do trabalhador da saúde.

Já sobre os aspectos concernentes ao fundamento da saúde, é interessante considerar que a partir das ideias de Freitas, Brasil e Silva (2006) podemos reconhecer que a afinidade com a Saúde Coletiva pode representar um contraponto com relação ao modelo tradicional de formação em saúde. Isso porque, como afirmam essas autoras, a Saúde Coletiva, seguindo a linha crítica, foca no reconhecimento do fenômeno da saúde a partir dos seus múltiplos fatores, numa visão mais complexa da própria vida do ser humano, compreendendo-a como dinâmica, sem segmentá-la, reduzi-la ou universalizá-la. Essa lógica é diametralmente oposta a perspectiva desenvolvida pelo modelo biomédico que prioriza os saberes biológicos, numa ótica mais cartesiana.

Numa leitura geral, podemos afirmar que propostas formativas de curso de EF com orientação crítica não são necessariamente nenhuma novidade no Brasil, elas são fomentadas desde a década de 1980. Entretanto, o campo da saúde não figurou com tanta frequência ou na mesma intensidade nos debates de natureza crítica da EF, de tal maneira, que podemos considerar que o pensamento crítico sobre o tema saúde foi, pelo menos inicialmente, colocado num segundo plano nas discussões do movimento progressista do campo da EF (BRACHT, 2012). Isso significa dizer que o debate crítico no cenário da EF não envolveu o campo da saúde da mesma maneira que outros campos, sobretudo, no aspecto da formação profissional.

Assim, ao reconhecer o fundamento crítico, em especial, na aproximação ao pensamento da Saúde Coletiva, esses cursos apontam para uma mudança significativa de paradigmas para a saúde na EF, principalmente, se estabelecermos um paralelo com o histórico do currículo superior da EF no campo da saúde, muito marcado pela orientação biomédica, com tendência de atender aos interesses do mercado do corpo, de promoção da saúde individual, a partir do discurso do ‘estilo de vida saudável’ (QUELHAS, NOZAKI, 2006; BILIBIO, DAMICO, 2011).

### 2.4.2 Proposições Profissionais

Nesse eixo analítico, vamos reconhecer um cenário mais complexo, no que diz respeito a diferenças mais substanciais entre os cursos e a sutis contradições referentes ao aspecto de fundamento. As diferenças entre as proposições profissionais dos cursos são guiadas inicialmente em função da própria natureza de cada curso. Afinal, embora ambos sejam de EF, trata-se de um curso que contempla da licenciatura ao bacharelado, um curso unicamente de licenciatura e um curso especificamente de bacharelado com vocação restrita para a saúde. Essas diferenças são firmadas e claramente expressas quando os currículos abordam os seus objetivos, o perfil profissional e as competências do egresso.

A característica comum entre os cursos estudados no tocante a proposições profissionais é a atuação com domínio ampliado acerca dos elementos da cultura corporal a partir do reconhecimento sistemático das demandas da realidade e dos dilemas sociais. Vale considerar, assim, que mesmo apresentando defesas distintas existem elementos de convergência entre os cursos, principalmente, no que tange uma intervenção profissional baseada numa leitura crítica dos contextos do cotidiano, a partir de uma abordagem ampliada, incluindo, aspectos socioculturais.

Interessante registrar que nesse sentido são tencionados à superação as características profissionais unicamente baseadas na atuação tecnicista e mecânica. Na direção contrária, é almejado, predominantemente, nos três projetos, o trabalho a partir da cultura corporal que dê conta de responder a anseios e necessidades sociais, de forma a ampliar as referências da intervenção profissional, sinalizando, inclusive, para legitimação de saberes tradicionalmente vinculados às ciências sociais e humanas na EF.

Entretanto, uma marca singular de inovação, se pensarmos a atuação da EF no campo da saúde, é percebida nos cursos que desenvolvem a formação em licenciatura, que localizam a identidade da atuação profissional no trabalho docente. Os seja, os cursos da UFRGS e da UFBA discriminam que o que caracteriza a atuação profissional em EF, em qualquer que seja o campo de intervenção, é o trabalho de ensino sobre os elementos da cultura corporal. Nessa lógica, a orientação do trabalho, mesmo no cenário da saúde, é almejada para ser centrada na competência docente, pautada, especialmente, nas habilidades elementares de ensino e aprendizagem. Assim, nesses dois cursos, é recorrente, sobretudo, na categoria perfil do egresso, a atividade docente sendo tratada como eixo identificador do trabalho da EF, inclusive para as possibilidades de intervenção no campo da saúde.

Essa orientação para atividade profissional da EF na saúde pode significar um afastamento de experiências mais restritas que são, tradicionalmente, direcionadas aos cenários de prevenção/cura/tratamento de enfermidade/lesão/dano, em que o princípio do trabalho é a doença, geralmente numa referência de atividade mais procedimental e até mesmo mecânica. Na realidade, consideramos que essa reorientação pelo trabalho de ensino, embora não pontualmente esclarecida, indica para a expansão das referências e das possibilidades da intervenção profissional em saúde através das práticas corporais, podendo tocar, por exemplo, em situações de educação em saúde, de sociabilidade, de produção de cuidado em saúde, com uma ampliada potencialidade de contribuir para a atenção à saúde na integralidade.

No caso específico do curso da UNIFESP não conseguimos inferir com precisão o marco identificador da atividade profissional da EF. Apesar de apresentar uma inclinação para os aspectos de uma intervenção em saúde mais crítica e ampliada, simultaneamente reconhecemos traços de uma atuação em saúde a partir do modelo conservador. Observou-se, nessa direção, uma orientação difusa, que ressalta elementos do pensamento da Saúde Coletiva e ao mesmo tempo retoma tradicionais paradigmas da perspectiva biomédica, através do discurso de uma clínica mais prescritiva e de uma epidemiologia voltada ao risco.

Essa possível contradição ou mesmo confusão de ordem conceitual, pode significar uma dificuldade em traduzir as referências de natureza teórica em diretrizes para a realidade prática profissional. Dessa forma, esses conflitos apontam ou mesmo confirmam a força da influência do modelo hegemônico de atuação profissional da EF na saúde ainda nos dias de hoje, em que mesmo as propostas transformadoras ainda se ressentem de traços oriundos da herança do referencial biomédico.

### **2.4.3 Matriz Curricular**

Preliminarmente vale assegurar que os currículos estudados, enquanto proposta formativa, orientam-se pela condição de movimento inclinado a estabelecer a qualificação profissional em EF direcionada para a inovação, sobretudo, em referência à própria história do currículo de formação superior da EF. Conforme o apresentado, a justificativa teórica das propostas curriculares está toda norteadada pelo enfoque de orientação mais crítica e muitas vezes em aversão direta às referências tradicionais do currículo técnico-esportivizado e que tratam o campo da saúde, prioritariamente, pela visão biomédica.

Essa perspectiva demanda um remodelamento da tradicional estrutura curricular, inclusive do ponto de vista da abertura para novos campos de conhecimento. Afinal, as orientações clássicas do currículo da EF seriam insuficientes para refletir a matriz do pensamento da saúde na integralidade, com referência na Saúde Coletiva, por exemplo. Para tanto, seria importante construir, do ponto de vista do currículo, um diálogo menos hierárquico com campos de conhecimento de origem diferente dos campos biológicos, como por exemplo, das ciências sociais e humanas, e ao mesmo tempo ministrar um tratamento para os saberes biológicos menos majoritário e que os integre de maneira mais contextualizada aos problemas e às necessidades do ambiente da intervenção profissional.

De fato, os saberes das ciências humanas e sociais são incorporados aos currículos estudados. O próprio campo da saúde, do ponto de vista ampliado e da integralidade, é contemplado, inclusive com uma abordagem mais contextualizada e político-social. O discurso curricular do curso da UFBA se destaca nesse sentido, pois apresenta, com centralidade, predomínio e coerência conceitual, na matriz curricular, componentes dedicados às ciências humanas e sociais, com conteúdos especificamente voltados à filosofia, à psicologia, à sociologia, salientando temas como política, identidade e cultura. Além disso, nesse currículo, afinado com a proposição teórica defendida pelo seu PPC, o campo da saúde é representado, por uma linha teórica única, basicamente pela matriz de saberes relacionados à relevância social e às políticas públicas de saúde, fortalecendo os conhecimentos e competências voltados ao SUS, numa tendência que visa reorientar a concepção e os serviços de saúde a partir da formação profissional.

Convém enfatizar que no caso do curso da UFBA, rigorosamente guiado pela orientação da teoria crítico dialética, os domínios de natureza biomédica estão colocados de forma mais reduzida na proposta curricular formativa.

Contudo, isto não é uma constante se tomarmos como referência os três cursos como um todo. Na realidade, os cursos que envolvem a formação em bacharelado demonstram em alguns aspectos um distanciamento da linha crítica da saúde, pautada na Saúde Coletiva ou mesmo na noção de saúde na integralidade, como eixo de fundamento para tematizar o campo da saúde nas matrizes curriculares. Nesses casos, as análises apontaram uma orientação curricular que, apesar de demonstrar uma preocupação com os temas da saúde ampliada, ainda é, predominantemente, dedicada aos componentes de natureza técnica e biológica, com muitos pontos de semelhança com o currículo de formação biomédico tradicional da EF.

O currículo da UNIFESP, por exemplo, representa de forma evidente este contexto. Neste caso, com uma estrutura inovadora, o currículo tem a intenção deliberada de se orientar

a partir dos novos cenários da formação profissional da saúde, através de eixos curriculares especiais, que legitimam o estudo da saúde a partir do olhar das ciências humanas e sociais, da vivência essencialmente multiprofissional dos serviços públicos de saúde enquanto elemento norteador do processo de formação, considerando a unidade teoria e prática como fundamento da qualificação profissional.

No caso desse curso, o que ganha evidência é a proposta de integração da intervenção profissional entre as carreiras do campo da saúde, orientada através de um grupo de componentes curriculares que, integrados à organização do currículo com um todo, são responsáveis especificamente por produzir momentos de experiência prática profissional e reflexão sobre a experiência prática profissional integrando outras profissões, como a fisioterapia, a nutrição, a terapia ocupacional e a psicologia. Essa perspectiva no currículo indica impactos na lógica dos processos de trabalho que, segundo Malta e Merhy (2003), sinalizam caminhos transformadores para a superação da fragmentação do saber e da intervenção, a partir do aprendizado e da partilha das perspectivas do trabalho pelo coletivo profissional.

Entretanto, quando analisamos a matriz curricular como um todo, compreendemos que o núcleo formativo responsável por essa orientação e por toda a ampliação da concepção da saúde ocupa um lugar reduzido no currículo. Ou seja, embora registremos a presença desse núcleo, que pode, por um lado, já ser considerado como um avanço, reconhecemos que o núcleo de saberes biomédicos ainda é dominante no currículo. Na realidade, podemos inferir que, apesar da proposta de fundamento e a própria subdivisão curricular apontarem na direção contrária, a matriz curricular tem no campo de conhecimento de origem biológica e técnica sua majoritária referência.

Como já apresentado, nesse caso, os conhecimentos biomédicos são representados na matriz curricular através de um número extensivo de disciplinas que contam com uma carga-horária elevada, sobretudo, se compararmos com outros componentes curriculares. Em outro aspecto, vale ressaltar que os componentes curriculares de inclinação biomédica, pelas características apresentadas no ementário, estão voltados a legitimar um tratamento compartimentalizado para os conteúdos, ainda conservando algumas das características do currículo clássico, que possui justamente uma certa dificuldade em estabelecer a integração entre os conhecimentos considerados básicos e aplicados, entre a teoria e a prática (CECCIM, FEUERWERKE, 2004b; FEUERWERKE, CAPAZZOLO, 2013).

Característica semelhante, porém em menor grau, pode ainda ser inferida do contexto da matriz curricular da UFRGS. Nesse caso, os novos caminhos para a formação da saúde

também são contemplados, principalmente por meio da presença de saberes mais voltados ao entendimento da concepção ampliada de saúde, à incorporação do sistema público de saúde, aos determinantes socioculturais, à composição da equipe multiprofissional e às práticas corporais enquanto componentes da atenção à saúde.

Contudo, existe ainda uma presença maciça da abordagem centrada na doença e no procedimento técnico, que ocupa parcela significativa da composição curricular dedicada ao campo da saúde. Além disso, registramos ainda um número substancial de componentes curriculares de orientação técnico-esportiva e biológica/biomecânica, que concentram o foco no exercício físico com inclinação para a aptidão física. Ao todo, essa abordagem ocupa lugar privilegiado/hegemônico no currículo, logo, sugerindo uma potencial capacidade de subjugar os demais saberes, como por exemplo, os das ciências humanas e sociais e os responsáveis pela ampliação da visão da saúde.

Convém considerar que no contexto do curso da UFRGS, na parte textual do projeto pedagógico, ou seja, excetuando a matriz curricular propriamente dita, não é percebida qualquer menção, por exemplo, aos termos atividade física/exercício físico ou mesmo aptidão física. Pelo contrário, as referências, centradas numa perspectiva mais crítica, ressaltam o termo práticas corporais ou elementos da cultura corporal. Além disso, vale lembrar que o discurso teórico proposto para esse currículo encontra a legitimidade da atuação profissional da EF na atividade docente/de ensino, logo, não primária por valorizar a atividade/aptidão física como orientação fim da prática profissional, como podem sugerir alguns pontos da organização/composição da matriz curricular.

#### **2.4.4 Discussões Preliminares**

Numa síntese provisória podemos reconhecer que o movimento de mudança da formação em EF no campo da saúde, a partir dos discursos curriculares dos três cursos estudados, apresenta os seguintes pontos de avanço:

- Reconhecimento da demanda de formação profissional com relevância social, com inclinação para responder aos problemas reais, inclusive considerando problemas sociais de saúde;
- Aproximação aos cenários da vida e do trabalho na formação profissional, no campo da saúde com destaque para a incorporação dos espaços de intervenção ligados à rede do SUS;

- Reconhecimento da crítica ao modelo tradicional de formação, salientando, no campo da saúde, aproximação ao discurso de crítica ao modelo biomédico;
- Aproximação aos contextos da saúde na integralidade e da saúde ampliada, a partir da inclusão do referencial da Saúde Coletiva nos currículos;
- Legitimação da modernização da concepção pedagógica, na direção das concepções progressistas que, voltadas para os estudantes e às vivências profissionais, possuem inclinação crítica, do ponto de vista ético e político;
- Inovação na organização/proposição da estrutura curricular, a partir da formulação de matrizes curriculares que, do ponto de vista estrutural, indicam preocupação em alcançar a unidade teoria e prática e a interdisciplinaridade.

Em outra medida, esse movimento de mudança, fazendo algumas generalizações, ainda apresenta algumas limitações:

- Manutenção de excesso e predomínio de componentes curriculares do campo técnico-esportivo e biológico, indicando certa dificuldade em articulá-los com os demais eixos do currículo;
- Dificuldade em materializar as referências do campo da Saúde Coletiva como eixo importante da matriz curricular, representando uma relativa contradição entre a proposta teórica e o currículo prescrito;
- Dificuldade em legitimar a articulação e o equilíbrio entre as dimensões do binômio saúde-doença, na matriz curricular.

A contradição identificada entre as proposições formativas e as matrizes curriculares em alguns dos cursos estudados, pontualmente nos cursos da UFRGS e da UNIFESP, deve ser analisada a partir da perspectiva que reconhece o currículo, instância ampliada da proposição formativa, como intrinsecamente inserido num cenário de disputas/embates.

Como afirma Silva (2011), o currículo é uma construção social, sendo, portanto, fruto do processo histórico. Isto significa que num determinado momento ou período da história certa elaboração curricular, dependendo da conjuntura social, passa a ser a referência para o currículo. Nessa direção, em razão de um dado contexto, determinadas formas curriculares são consideradas como a definição do currículo. Assim, é importante entender que, enquanto construção ou mesmo invenção social, o currículo, de uma forma geral, vai assumindo, por exemplo, alguns conhecimentos em detrimento de outros, logo, não é neutro nem imparcial.

A partir dessa perspectiva reconhecemos que as construções curriculares envolvem, na realidade, uma questão de poder e disputa, justamente, porque o currículo é resultado de um processo de seleção e essa seleção envolve diferentes discussões de naturezas complexas. Silva (2011) destaca que uma questão fundamental para pensar um currículo é a de o que ensinar, ou seja, qual conhecimento deve compor o currículo. Discriminando ainda mais, essa questão diz respeito ao que é considerado relevante ou mesmo válido para estar presente no currículo. Entretanto, uma outra questão também fundamental, e que precede a anterior, é a definição de qual pessoa ou profissional este currículo deve almejar, isto é, qual perfil de pessoa ou profissional é considerado desejável.

Ao responder a estas questões, de forma consciente ou não, é pensado em critérios de seleção envolvendo discursos sobre a natureza humana, o trabalho, a aprendizagem, a sociedade, o conhecimento, no caso deste estudo, a saúde. Afinal de contas, para um dado projeto social corresponde um dado perfil de ser humano ou profissional almejado ou desejável. Bem como para a formação de um dado perfil humano e profissional corresponde um tipo ou grupo de conhecimentos. Portanto, na verdade, o currículo é fruto de um processo de seleção sobre os conhecimentos considerados pertinentes para cada *tipo* de formação pleiteada.

É nesta medida que, segundo Silva (2011), o currículo é compreendido como uma questão de poder e disputa, sendo caracterizado como um campo contestado. No caso da contradição curricular percebida no movimento de mudança da formação em EF para a saúde, é possível entendê-la como resultado desse conflito, que envolve o embate entre as construções baseadas no hegemônico modelo curricular tradicional, da racionalidade biomédica e da promoção da saúde individualizada e focada na doença, e um currículo emergente com orientação crítica, que encontra em parte das discussões do campo da Saúde Coletiva seu principal fundamento. Tal choque, certamente inserido no processo coletivo de elaboração/construção do projeto curricular, pode ser considerado, em parte, como o responsável por um currículo que tem o predomínio, numa generalização dos três cursos, de uma característica híbrida.

Além disso, é interessante reconhecer que a contradição destacada, que é, na verdade, pertencente a parte dos cursos analisados, por estar localizada especialmente no relativo desalinhamento entre as proposições teóricas, conceituais e ideológicas e a matriz curricular, pode ainda ter uma relação com a escassez de experiências curriculares que no campo da EF exerçam aproximação com a Saúde Coletiva ou mesmo que discutam o campo da saúde de um prisma diferente do convencional e dominante. A carência de referências práticas em EF no plano da matriz curricular pode, de certa maneira, contribuir para esse tipo de incoerência ou



fragilidade. Afinal, os três cursos demonstram interesse por uma prática curricular inovadora na formação profissional em EF, porém sabe-se que a tarefa de partir de uma experiência curricular já familiar e passar para uma nova perspectiva, munindo-se, a título de empréstimo, de referenciais de outras áreas, não é simples.

Ao estudar a transformação da formação da saúde, especificamente na carreira médica, Feuerwerker (2002) ressalva que a elaboração de novas práticas sobre o currículo são sempre um processo de aproximação sucessiva do objetivo almejado, que frutifica de uma dada acumulação de saberes e vivências. No entanto, a autora prevê que nesse processo sempre existem limites, problemas e lacunas, que passam a representar os desafios a serem enfrentados no currículo.

Certamente podemos acreditar que esses limites, problemas e lacunas, numa leitura geral do caso dos discursos curriculares aqui analisados, estão na seleção/organização dos conhecimentos nas matrizes curriculares e nos ementários que ainda não dão conta de gravitar, prioritariamente, entorno do eixo sugerido pelo argumento teórico dos PPC, que são, no caso da saúde, o eixo da Saúde Coletiva, da saúde na integralidade, do conceito de práticas corporais. Como desdobramento desse entendimento, podemos inferir que os currículos estudados, destacadamente os da UFRGS e da UNIFESP, ainda apontam, de maneira mais pontual e visível, para um certo limite em centralizar a ampliação do conceito de saúde, de maneira a possibilitar o reconhecimento mais global e menos hierárquico das diferentes dimensões do processo de saúde e adoecimento.

De forma similar, no trabalho de Feuerwerker (2002), é destacado que dentre os principais desafios enfrentados pelas experiências curriculares consideradas inovadoras da graduação em medicina estavam a integração entre diferentes componentes da formação em saúde. Para autora, esse desafio de integração necessariamente envolve o melhoramento das relações entre as diversas partes do currículo, entre teoria e prática e entre as dimensões do processo saúde-doença.

Pelas análises aqui feitas, de fato, podemos reconhecer que, embora a perspectiva da integralidade da saúde com os referenciais da Saúde Coletiva seja incorporada no currículo de forma geral, a significativa presença, em alguns casos, de pressupostos característicos da formação biomédica, como a compartimentalização dos conhecimentos e o predomínio de componentes de natureza técnica e biológica, apontam para uma certa dificuldade em estabelecer a articulação entre teoria e prática e, sobretudo, entre as dimensões da saúde, na direção de uma abordagem mais complexa e integral.

É importante ainda destacar que os saberes que são considerados do campo biomédico não são desnecessários para compor a formação em saúde. Pelo contrário, eles são integrantes fundamentais para ampliação da abordagem. Entretanto, consideramos que quando os saberes do campo biomédico ocupam um lugar privilegiado/majoritário no currículo, de forma a indicar um desequilíbrio e uma subordinação ante outros saberes e dimensões da saúde e dos aspectos do cuidado, reconhecemos a relativa manutenção de algumas das características do modelo racionalista e biomédico da formação.

É relevante inferir que um currículo com forte manutenção de elementos do modelo tradicional de formação em saúde pode se ressentir de uma certa dificuldade em legitimar o pensamento da reforma do setor que, como nos lembram Ceccim e Ferla (2009), visa superar postulados hegemônicos, como o biologicismo, o procedimento-centrado e a fragmentação entre prevenção e cura e entre as dimensões do processo saúde-doença.

O desafio posto, pelas discussões aqui desenvolvidas, compreende a elaboração de um projeto de formação profissional que reflita no currículo uma abordagem acerca do ser humano e suas relações com o mundo de maneira complexa e que, portanto, perceba o componente biológico, na verdade, com imbricado pelos componentes subjetivos, psicológicos, sociais, afetivos. Isto significa pensar uma abordagem em saúde que supere a visão segmentada sobre a doença ou sobre a dimensão biológica e privilegie uma visão sobre os sujeitos no mundo, reconhecendo o adoecimento como parte integrante da existência concreta desses sujeitos (CAMPOS, 2003). Nesse entendimento, um currículo que reflita tal resignificação teórica requer uma abordagem que considere as diferentes dimensões da vida do ser humano de maneira equilibrada e articulada.

Sobre os aspectos que tocam especificamente na prática profissional, é imprescindível argumentar que essa maneira de repensar o processo formativo obviamente intenciona impactar na ampliação da própria natureza teórica e metodológica da intervenção profissional.

Nessa pauta, das grandes questões contemporâneas do currículo de formação profissional da saúde, já apontadas por Mattos (2008), a saber a medicalização, a racionalidade médica e a acumulação do capital, talvez a que seja mais diretamente enfrentada pelos cursos aqui analisado seja a última. O rompimento com a dedicação quase que exclusiva em formar o profissional da saúde para atuar no *mercado* liberal é expressamente marcante em ambos os currículos em estudo. Na direção contrária, os cenários da intervenção vinculados à política pública de saúde ganham relevância e até mesmo centralidade em parte significativa dos eixos curriculares. Na verdade, enquanto campo de trabalho para a EF na saúde são tomadas como referência, prevacente, as possibilidades do trabalho dentro do SUS.

Torna-se oportuno rememorar que, conforme apresentam Ceccim e Ferla (2009), na realidade, o que materializa a gênese do processo de mudanças no cenário brasileiro da saúde é justamente a consolidação do SUS como política principal de saúde. Nessa direção, pensar um processo que pleiteie mudanças para a formação em saúde significa necessariamente pensar a legitimação do SUS como um eixo de relevância do currículo formativo.

É importante, em diálogo com Feuerwerker (2014), reconhecer que, de maneira geral, com exceção do profissional médico, as outras profissões da saúde, incluindo a EF, ainda ocupam um lugar reduzido no SUS e que mesmo as iniciativas de ampliar a presença de outras profissões neste contexto ainda são incipientes. Esse entendimento nos autoriza a reconhecer a significativa presença dos conhecimentos acerca do SUS nas matrizes curriculares aqui estudadas como processo que se afina com a mudança na formação no campo da saúde, em especial, para a EF, que não possui, historicamente, uma tradição profissional voltada para os cenários da saúde pública.

Na realidade, devemos considerar que esse processo contraria ainda o dominante cenário da intervenção profissional em EF no campo da saúde, que pela discussão estabelecida por Quelhas e Nozaki (2006), vem tendo como referência, inclusive do ponto de vista da hegemônica opinião pública, o trabalho de promoção da saúde individualizada, enquanto empreendimento vinculado à iniciativa privada, de maneira a compor um mercado de produtos e serviços sobre o corpo.

Pensar a ampliação das ações e da própria natureza da intervenção da EF na área da saúde, incluindo o contexto específico do SUS, salientando os princípios de integralidade, de universalidade e de equidade, demanda uma aproximação significativa da noção de práticas corporais enquanto componentes potencialmente interessantes do cuidado e da atenção à saúde.

De qualquer forma, o alicerce principal do currículo ainda com muitos aspectos ligados ao modelo biológico estabelece uma necessidade de avançar nessas aproximações entre a EF e a Saúde Coletiva e entre EF e o princípios da integralidade. A própria semântica do termo práticas corporais, por exemplo, em se tratando dos casos da UFRGS e da UNIFESP, ainda não figura como referencial para pensar a EF na saúde, pois, em geral, as assertivas da biologia e do estudo das doenças, como eixo privilegiado, apontam de forma recorrente para o exercício físico e a aptidão física como representação relevante nas matrizes curriculares.

Para a consolidação do conceito de práticas corporais como eixo fundamental da política de formação profissional em EF, defesa reconhecida por Fraga, Carvalho e Gomes (2012), é relevante que os domínios das ciências humanas e sociais ocupem um lugar ampliado no processo de seleção e organização dos saberes pertinentes à formação. Afinal de contas, o

diálogo dominante estabelecido pela EF sob a ótica das ciências biológicas opera com o conceito de atividade física/exercício físico, com tendência de reduzir o movimento humano ao gesto motor, produzido pela musculatura e os órgãos relacionados, capaz de produzir determinado gasto energético.

Destacamos as discussões acerca da noção de práticas corporais justamente por entender que as práticas corporais têm a possibilidade de avançar, por exemplo, sobre a prescrição unidimensional da atividade corporal de no mínimo 30 minutos por dia como medida para se alcançar a saúde e tangencia aspectos geralmente negligenciados pela perspectiva da atividade física/aptidão física na saúde, como a humanização da intervenção e a abordagem ampliada. É importante entender que a noção de práticas corporais dialoga mais diretamente com possibilidades de alargar as práticas profissionais, por conta dos sentidos e significados suscitados por esta.

Como decorrência dessa leitura, ainda enquanto discussão que pensa a expansão das referências que subsidiam a prática profissional, podemos sugerir que a porosidade própria dos aspectos da micropolítica do trabalho em saúde, defendidos pelas discussões de Malta e Merhy (2003), não fica claramente pontuada nos currículos, sobretudo, ainda em razão da manutenção, em alguns aspectos, da forte presença de domínios biomédicos, em parte dos currículos estudados.

Apesar da significativa presença de espaços diversificados de aprendizagem nos projetos formativos, como os próprios locais de intervenção profissional, as leituras, por exemplo, acerca da valorização do trabalho vivo e do uso das tecnologias leves como fundamentos para a prática profissional na saúde também da EF (CECCIM; BILIBIO, 2007) não se pontuam direta ou evidentemente de maneira privilegiada nesses currículos. Afinal de contas, no conflito curricular, a forte presença da orientação analítica do biológico, em especial quanto ao aspecto da saúde, tende a supervalorizar a técnica e a mecânica do procedimento sistematizado como premissa da intervenção, sugerindo a secundarização ou até mesmo a marginalização da abordagem sobre a micropolítica do trabalho ou de qualquer maneira alternativa de produzir a intervenção profissional.

Dessa maneira, não foram abertamente reconhecidos alguns aspectos considerados importantes concernentes às relações entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, que dizem respeito, por exemplo, à escuta, à proximidade, à porosidade às necessidades do outro, à confiança, ao vínculo, enquanto elementos que vão além da técnica e do procedimento sistematizado, mas que possuem a potencial capacidade de ampliar e enriquecer as possibilidades do cuidado em saúde.

Como questão final, uma problemática que não pode deixar de ser pontuada quando pensamos a formação em EF e sua relação com o campo da saúde parte da noção do *ampliado*. Pensando a saúde especificamente, consideramos o adjetivo ampliar, inspirados nas ideias de Campos (2003), como o alargamento dos fundamentos, que possibilita uma abordagem teórica e metodológica que foca a vida do ser humano numa perspectiva complexa e que concebe o estado de saúde-doença como parte da experiência humana. Isto quer dizer a saúde para além da dimensão da biologia, da doença e do conhecimento biomédico. No caso da EF, a noção do *ampliado* diz de uma expansão do acervo de referências que fundamentam a abordagem sobre o ser humano, o corpo e as práticas corporais, porém vai além. Ao tratar sobre a formação em EF, o significado do *ampliado* também diz de uma dilatação das possibilidades de intervenção tendo em vista a incorporação de um vasto universo de trabalho em que a EF já está inserida e que toca em aspectos da saúde.

Colocados dessa maneira, é perceptível que estamos diante de um dos grandes desafios da formação em EF dos últimos tempos. Reconhecemos a legitimidade e a necessidade de se incorporar na formação a demanda do universo profissional do SUS na EF, afinal de contas, representando uma demanda social indiscutível, trata-se da principal política de saúde do país e o caminho mais coerente para democratização do acesso a bens e serviços de saúde na integralidade. Contudo, a própria noção do *ampliado* tangencia a aproximação a cenários já existentes da intervenção profissional em EF das mais diversas naturezas que, portanto, não podem estar colocados de forma suprimida ou restrita no currículo.

Nesse contexto, o que é interessante registrar é que não parece coerente ampliar a formação, e a própria noção de saúde, e ao mesmo tempo reduzir as possibilidades dos processos e dos contextos de trabalho. O significado do *ampliado* na formação é agregar, de forma articulada, as dimensões da vida do ser humano em sociedade que não são contempladas no modelo de formação biomédico e prescritivo. Portanto, a ideia do agregar não quer dizer que os domínios estruturados da fisiologia e da biodinâmica estarão excluídos ou colocados num segundo plano no currículo, num modelo em que as ciências humanas e sociais seriam dominantes. Da mesma maneira que, na abordagem ampliada da formação, os espaços de trabalho já consolidados não são excluídos. Afinal, a noção do *ampliado* legitima o alargamento dos processos de trabalho em EF mas também, de campos de trabalho, portanto, não poderia representar redução de *locus* de intervenção profissional.

Por esse sentido, situamos uma problemática para a formação em EF no campo da saúde que deve ser pontuada por quem se propõe a pensar mudanças: a articulação de diferentes concepções epistemológicas, que compreenda uma visão complexa do ser humano, do corpo e

das práticas corporais e, simultaneamente, o reconhecimento ampliado dos diversos ambientes em que a EF e saúde se inserem.

No caso dos cursos da UFRGS e da UNIFESP percebemos a necessidade de ainda avançar, em alguns aspectos, sobre a compreensão da saúde com parte da existência humana para além do discurso da promoção da saúde individualizada e da noção do estilo de vida, portanto, que se desenvolva de maneira mais complexa, na tensão entre as dimensões da vida. Já no caso da UFBA, o foco em uma única linha teórica, a crítico dialética, rigidamente assumida na organização curricular, sugere, paradoxalmente, a necessidade de dialogar com a racionalidade biomédica de maneira mais aberta e reconhecer a atuação, também pela perspectiva ampliada, em campos de trabalho já consolidados historicamente, de maneira a não restringir cenários para intervenção profissional.

Com isso, fruto dessa análise preliminar, podemos afirmar que, numa abordagem sobre a totalidade dos três discursos curriculares, são reconhecidos avanços importantes e ao mesmo tempo a manutenção de algumas características do convencional nesse processo de mudança da formação na EF para a saúde, com diferentes níveis de equilíbrio e desequilíbrio entre o tradicional e o inovador em cada um dos cursos estudados. A partir dessa leitura e no intento de destacar os elementos principais desta pesquisa, seguimos para o desenvolvimento de algumas considerações finais para esta dissertação.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de estabelecer uma leitura sobre um movimento envolvendo mudanças nos cursos de formação profissional em EF, do Brasil, quanto aos aspectos do campo da saúde. Para tanto a investigação se debruçou sobre os discursos curriculares existentes nos Projetos Pedagógicos dos cursos de graduação em EF da UFRGS, da UFBA e da UNIFESP, preliminarmente reconhecidos como mobilizadores de um processo de mudança.

O estudo teve como referência (a) um recorte histórico sobre a formação em EF, que ilustrou como o currículo vem sendo construído ao longo do tempo e como suas características e principais influências foram implicando progressivamente no currículo atualmente hegemônico, destacando a influência das ciências da saúde; (b) o próprio movimento de renovação da saúde brasileira, com ênfase nos movimentos de mudança na formação profissional do setor da saúde, salientado a crítica ao modelo tradicional e dominante de formação desse campo e; (c) proposições teórico-conceituais concentradas em discutir caminhos para mudanças na formação em EF na saúde, desenvolvidas nos últimos anos.

Assim, como ponto de referência, a pesquisa partiu das perspectivas do conceito ampliado de saúde, em geral, enquanto visão que reconhece o binômio saúde-doença como implicado por diversas dimensões da vida do ser humano em sociedade, portanto, não restrito ao aspecto biológico ou biomédico. De forma mais precisa, as discussões acumuladas no cerne da Saúde Coletiva tornaram-se fundamentais na definição do olhar que foi lançado sobre os discursos curriculares. Com esse norte, não o aporte de natureza biológica, mas as contribuições das ciências sociais e humanas, principalmente no que diz respeito a uma aproximação às demandas sociais e coletivas da população, foram necessárias para subsidiar as análises aqui feitas.

No campo de formação na saúde, esse olhar possibilitou a crítica ao modelo de educação profissional baseado, de um lado, na visão biomédica, no procedimento e na doença e, de outro, na transferência direta de informações técnicas, de forma fragmentada e descontextualizada. Já sobre o campo de formação em EF na saúde, em específico, esse olhar, salientou aversão ao currículo considerado técnico-esportivizado, que se restringe prioritariamente ao prisma biomédico, focado na medicalização a partir do reconhecimento acrítico de fatores de risco para enfermidades e do chamado estilo de vida saudável.

Orientados por este olhar, após o estudo, podemos considerar que a aproximação entre EF e Saúde Coletiva, a partir da esfera da formação, tem a potencial capacidade de propiciar

implicações interessantes na intervenção profissional, indicando para possibilidade de compreensão crítica e ampliada das necessidades sociais, principalmente, dos problemas de saúde da população. Com essa aproximação, as referências da atividade física/exercício físico/aptidão física como eixos fundamentais do currículo tradicional de formação em EF para a saúde passam a ser consideradas insuficientes e, de outra maneira, a partir dos referenciais do campo das ciências humanas e sociais, a noção de práticas corporais, enquanto gesto humano de representação ampla, carregado de significados culturais e sociais, passa a ser pensado como eixo importante para a política curricular. Em outro aspecto, o próprio cenário focal de atuação profissional é reorientado, passando a incorporar o campo da saúde pública, especialmente o SUS, como lugar privilegiado para a intervenção acontecer enquanto prática social referenciada.

O estudo revela, antes de qualquer coisa e distante do interesse em esgotar as problematizações possíveis, o desafio complexo colocado para o processo de mudança na formação em EF no campo da saúde. Os caminhos que visam as mudanças não estão rigidamente definidos a priori. O que temos é o reconhecimento de avanços, questões, contradições e alternativas, almejando pensar a respeito de possibilidades para o futuro.

Com base nessa leitura, salientamos que no geral os discursos curriculares de mudança na formação em EF na saúde, representados pelos Projetos Pedagógicos dos cursos de graduação da UFRGS, da UFBA e da UNIFESP, estão pautados num projeto de transformação crítica do contexto da EF no campo da saúde, projeto este refletido a partir das contribuições da área da Saúde Coletiva, em enfática crítica ao modelo de formação dominante, inclusive apresentando articulação com os movimentos, de maior abrangência, de mudança na formação das profissões da área da saúde. Entretanto, também no geral, este posicionamento não está inteira e explicitamente colocado em alguns aspectos, o que nos leva a inferir que no processo de construção/invenção curricular diferentes projetos de formação, de sociedade, de educação, de EF e de saúde tiveram seus interesses pontuados.

Quanto à parte textual dos Projetos Pedagógicos de Curso, as marcas da Saúde Coletiva, do diálogo alargado com as ciências humanas e sociais, de uma fundamentação teórica mais crítica e ampliada, de uma concepção pedagógica progressista, de um perfil profissional voltado a compreender e atender prioritariamente a demandas e problemas sociais, dos cenários do SUS e da noção de práticas corporais, indicam que a perspectiva assumida pelos discursos curriculares estudados está inclinada a romper com o tradicional modelo de formação de profissionais do campo da saúde. Nessa direção, percebemos um claro direcionamento para uma formação humana com forte apelo para valores sociais, críticos e superadores.



Já quanto às matrizes curriculares, nos casos da UFRGS e da UNIFESP, pela majoritária presença de saberes do campo das ciências biológicas, do fundamento técnico-procedimental e da saúde centrada no fenômeno da doença, inferimos a continuidade de algumas marcas do currículo tradicional e dominante tanto da área da saúde quanto da EF. Embora seja notado um diálogo interessante com conhecimentos de uma saúde ampliada, do aspecto social e cultural da saúde, da aproximação ao SUS, da saúde voltada à qualidade de vida e ao bem-estar, compreendemos que estes, pelo espaço menos privilegiado que ocupam nessas matrizes, ainda não compõem o eixo referencial do currículo.

Analisando este descompasso entre a parte textual dos Projetos Pedagógicos e as matrizes curriculares de dois dos discursos curriculares estudados, entendemos que é fundamental que o currículo de EF, salientando o aspecto da saúde, esteja apontado para articulação equilibrada das dimensões que implicam o estado de saúde-doença, considerando os saberes próprios da visão biomédica e também da saúde com enfoque ampliado. Mormente, indicando para a superação da tradição curricular que supervaloriza os conhecimentos da fisiologia, anatomia, biomecânica, e coloca num segundo plano os saberes da sociologia, da filosofia, da antropologia. Sob outro aspecto, consideramos ainda interessante avançar, como uma necessidade vital, na superação da perspectiva que compreende a saúde unicamente pelo fenômeno da doença, limitada ao entendimento descontextualizado das enfermidades, seus fatores de risco e suas medidas técnicas de prevenção e tratamento.

Assim, compreendemos que, pelo olhar aqui defendido, é importante que os currículos empenhados com a renovação da formação em EF para a área da saúde avancem com radicalidade nas propostas de mudança, tendo em vista que a mera inclusão de conhecimentos acerca da noção ampliada de saúde, de forma isolada e pontual, num currículo ainda com muitos traços do conservador pode, por não possibilitar a acumulação de força de sentido, ser insuficiente para mobilizar o processo de mudança que coloque em pauta a formação humana e ética e a articulação crítica entre a formação e as reais demandas de saúde da população.

Um caso interessante e que mereceu destaque nesta investigação é o representado pelo curso da UFBA. O mesmo, além de incorporar os avanços envolvendo os estudos do campo da Saúde Coletiva, pontua uma ruptura radical para com a perspectiva positivista, biomédica e da medicalização, ao tomar a teoria crítico-dialética como parâmetro para a concepção e composição curricular da formação profissional em EF. Nesse caso, pensar os desdobramentos de uma formação que sugere um novo desequilíbrio sobre as dimensões da saúde, dessa vez em detrimento do biomédico, pode causar algumas inquietações, sobretudo, salientando a necessidade, cada vez mais proeminente, de articular e equilibrar as dimensões da vida do ser

humano no cuidado e na atenção à saúde, e de legitimar diferentes *locus* onde as atividades vinculadas à EF na saúde estão inseridas.

Perante essas considerações, no entanto, indicamos, como lacuna desse estudo, a necessidade de se aproximar de maneira mais precisa das realidades curriculares analisadas para melhor entender os caminhos da mudança da formação em EF na saúde. Nessa dissertação, a pesquisa, como uma primeira apropriação do tema, esteve restrita aos discursos curriculares, materializados nos Projetos Pedagógicos dos cursos, carregados de sentidos e intencionalidades. Porém, a análise dos discursos curriculares não nos permite distinguir os reais desdobramentos e implicações do currículo no cotidiano da formação, enquanto currículo vivido. Para concretizar tal aproximação seria necessário, para além do currículo prescrito, o reconhecimento denso e minucioso dos espaços/tempos reais, das experiências e, sobretudo, dos sujeitos do currículo de formação.

Para os três cursos estudados nessa pesquisa, essa aproximação ao currículo real possibilitaria o reconhecimento de um olhar sobre como esse discurso curricular considerado de mudança na saúde, suas limitações e questões, se concretizam (ou não), de fato, no cotidiano do processo de formação. Fica assim levantada essa problemática, enquanto investigação mais profunda acerca do movimento de mudança da formação profissional em EF para o campo da saúde, como matéria a ser respondida por estudos futuros.

## REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 313-24, 2014.
- ALMEIDA FILHO, N. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. **The Lancet** (edição em português), v. 377, p. 6-7, 2011.
- ANÉAS, T. V.; AYRES, J. R. C. M. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.15, n.38, p.651-62, 2011.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, 2004a.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.16-29, 2004b.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu v.16, n.40, p.67-81, 2012.
- AZEVEDO, Â. C. B.; MALINA, A. Memória do currículo de Formação Profissional em Educação Física no Brasil. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Campinas, v. 25, n. 2, p. 129-142, 2004.
- BECCALLI, M. B.; GOMES, I. M. Das Críticas às Possibilidades: perspectivas de atuação da Educação Física em Saúde Coletiva. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis, v. 33, n. 4, p. 1085-1092, 2011.
- BENITES, L. C.; SOUZA NETO, S. HUNGER, D. 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, 2008.
- BILIBIO, L. F. S.; DAMICO, J. G. S. Carta a um jovem professor. **Caderno de Formação RBCE**, v. 2, n. 2, p. 92-106, 2011.
- BRACHT, V. **Educação Física e Saúde Coletiva** (Registro em vídeo do I Seminário Internacional Práticas corporais no campo da saúde), 2012. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=5nxD44uBcZg>>. Acesso em: 6 dez. 2015, 10:24:30.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Lei orgânica da saúde**. Brasília: DF, 1990.
- BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**, n. 9394/1996, de 20 de dezembro de 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CP n. 9/2001, **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena**, de 8 de maio 2001.

BRASIL, Portaria n. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. **Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II**. Ministério da Saúde: Brasília, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CSE n. 58/2004, **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física**, de 18 de fevereiro 2004a.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília: Editora MS, 2004b.

BRASIL. **Caderno Pró-saúde**: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde/Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Portaria Interministerial MS/MEC n. 2101, de 3 de novembro de 2005. **Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia**. Brasília/DF, 2005b.

BRASIL. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria Interministerial MS/MEC nº 3019 de 26 de novembro de 2007. **Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde para os demais cursos de graduação da área da saúde**. Brasília/DF, 2007.

BRASIL, Portaria n.154/GM, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. Ministério da Saúde: Brasília, 2008.

BRASIL. **Relatório do I Seminário Nacional Do Programa De Reorientação Da Formação Profissional Em Saúde II - Pró-Saúde II E I Encontro Nacional dos Coordenadores dos Projetos Selecionados para o Pet-Saúde**. Brasília/DF, 2009.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília/DF, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Informativo Pro-saúde/Pet-saúde**. Distrito Federal: Editor MS/SGTES, 2013a.

BRASIL, Portaria nº 2681/GM, de 7 de novembro de 2013. **Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

- CAMARGO JR., K. R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 35-44.
- CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 51-67.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução: Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa Qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006.
- CARVALHO, Y. M. Entre o Biológico e o Social: tensões no debate teórico acerca da Saúde na Educação Física. **Motrivivência**, Florianópolis, n. 24, p. 97-105, 2005.
- CARVALHO, Y. M. Promoção da Saúde, Práticas Corporais e Atenção Básica. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE **Revista Brasileira Saúde da Família**, Editora MS: Brasília, 2006. p. 33-45.
- CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2007. p.137-170.
- CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Singularidades da educação física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In: FRAGA, B. A., WACHS, F. (Org.). **Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 47-62.
- CECCIM, R. B.; BRAVIN, F. P.; SANTOS, A. A. Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública. **Lugar comum**, Rio de Janeiro, n. 28, p. 159-180, 2011.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6 n. 3, p. 443-456, 2009.
- CECCIM, R. G.; FEUERWERKE, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1. p. 41- 65, 2004a.
- CECCIM, R. G.; FEUERWERKE, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5. p. 1400-1410, 2004b.
- COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e Sociedade**. v.13, n.3, p.5-15, 2004.
- DAMICO, J. G. S. Das possibilidades às incertezas: instrumentos para intervenção do profissional de educação física no posto de saúde. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Org.).

**Educação física e saúde coletiva:** políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007, p. 73-86.

DAMICO, J. Rasuras disciplinares e amputação de fazeres. **Movimento**. Porto Alegre, v. 17, n. 03, p. 269-287, 2011.

FERLA, A. A.; BUENO, A.; SOUZA, R. Educação física e saúde coletiva: o que pode a ideia de integralidade na produção de mudanças no trabalho e na educação dos profissionais? In: FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M.; GOMES, I. M. (Org.). **As práticas corporais no campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 198-226.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v. 6, n. 10, p.37-50, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FEUERWERKER, L. C. M. et al. Ativadores de processos de mudança: uma proposta orientada à transformação das práticas educacionais e da formação de profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 279-288, 2015.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 965-971, 2007.

FEUERWERKER, L. M.; CAPOZZOLO, A. A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo TS. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. (Org.). **Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 35-58.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica:** os casos de Londrina e Marília. 2002. 416 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M.; GOMES, I. M. Políticas de Formação em Educação Física e Saúde Coletiva. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 3, p. 367-386, 2012.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **O Trabalho em Saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano, São Paulo: Editora Hucitec, 2003, p. 55-124.

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

FREITAS, F. F.; BRASIL, F. K.; SILVA, C. L. Práticas corporais e saúde: novos olhares. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 27, n. 3, p. 169-183, 2006.

GAMBOA, S. A. S. A dialética na pesquisa em educação: elementos de contexto. In: FAZENDA, I. (org.). **Metodologia da pesquisa educacional**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

GATTI, B. A. Formação de professores no Brasil: características e problemas. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 31, n. 113, p. 1355-1379, 2010.

GÓIS JUNIOR, E.; LOVISOLO, H. R. Descontinuidades e continuidades do Movimento Higienista no Brasil do Século XX. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 41-54, 2003.

GONZÁLEZ, F. J. Práticas corporais e o Sistema Único de Saúde: desafios para a intervenção profissional. In: GOMES, I. M.; FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M. (Org.). **Práticas Corporais no Campo da Saúde: uma política em formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 135-162.

GONZE, G. G. **A Integralidade na Formação dos Profissionais de Saúde: tecendo saberes e práticas**. 2009. 173 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JUNIOR, K. R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1093-1103, 2006.

LIBÂNEO, J. C. **Didática**. São Paulo: Cortez, 1994,

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Rev. Katál**. Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 37-45 2007.

LUZ, M. T. Educação física e saúde coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde. In: FRAGA, B. A., WACHS, F. (Org.). **Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007, p. 9-16.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. **Rev. Min. Enf.**, v. 7, n. 1, p. 61-66, 2003.

MANIFESTO de São Paulo para a promoção da Atividade Física nas Américas. **Rev. Bras. Ciênc. E Mov**. Brasília, v. 8, n. 1, p. 63-66, 2000.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MATTOS, R. A. Integralidade, Trabalho, Saúde e Formação Profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009.
- McARDLE, W. D., KATCH, F. I., KATCH, V. L. **Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- MELO, V. A. Relação Teoria & Prática e Formação Profissional na educação física brasileira: apontamentos na história. **Motrivivência**, Florianópolis, v. 5, n. 8, p. 103-115, 1995.
- MELO, V. A. **Escola Nacional de Educação Física e Desportos: uma possível história**. 1996. 199 f. (Mestrado em Educação Física) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- MENICUCCI, T. A implantação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, G.; ARRETECH, M.; MARQUES, E. (Org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 427-432.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- NUNES, E. D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Ed. Hucitec, 2007. p. 19-40.
- ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. 6. ed. Campinas: Pontes, 2005.
- PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira De Educação Médica**. v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.
- PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet** (edição em português), v. 377, p. 11-31, 2011.
- PALMA, A. Educação física, corpo e saúde: uma reflexão sobre outros “modos de olhar”. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, v. 22, n. 2, p. 23-39, 2001.
- PINTO, A. L. S. P. **O tratamento dispensado à categoria saúde no currículo de graduação em educação física**. 2012. 157 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- POLIGNANO, Marcus Vinícius. Histórias das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural** - Faculdade de Medicina/UFMG, v. 35, 2001.



- QUELHAS, Á. A.; NOZAKI, H. T. A Formação do professor de Educação Física e as novas diretrizes curriculares frente aos avanços do capital. **Motrivivência**, v. 18, n. 26, p. 69-87, 2006.
- RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 32, n. 1, p. 90-97, 2008.
- SCHAEDLER, L. I. **Pedagogia cartográfica: a estética das redes no setor da saúde como política cognitiva e ética do ensino-aprendizagem em coletivos**. 2003. 134 f. (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- SILVA, A. M. **Corpo, Ciência e Mercado**: reflexões acerca da gestão de um novo arquétipo da felicidade. Campinas: Autores Associados, 2001.
- SILVA, A. M. et al. A Formação Profissional em Educação Física e o Processo Político Social. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 12, n. 2, p. 1-16, 2009.
- SILVA, J. P. V.; TAVARES, C. M. M. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2 n. 2, p. 271-285, 2004.
- SILVA, T. T. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias curriculares. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.
- SOARES, C. L. et al. **Metodologia do Ensino de Educação Física**. São Paulo: Cortez, 1992.
- SOARES, C. L. Métodos Ginásticos. In: GONZÁLES, F. J.; FENSTERSEIFER, P. E. (Org.) **Dicionário Crítico de Educação Física**. Ijuí: Unijuí, 2005.
- SOUZA NETO, S. et al. A Formação do Profissional de Educação Física no Brasil: uma história sob a perspectiva da Legislação Federal no Século XX. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 25, n. 2, p. 113-128, 2004.
- TEIXEIRA, E. **As três metodologias**: acadêmica, da ciência e da pesquisa. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.