



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Educação Física e Desportos

Ary Sergio Coutinho Barbosa Júnior

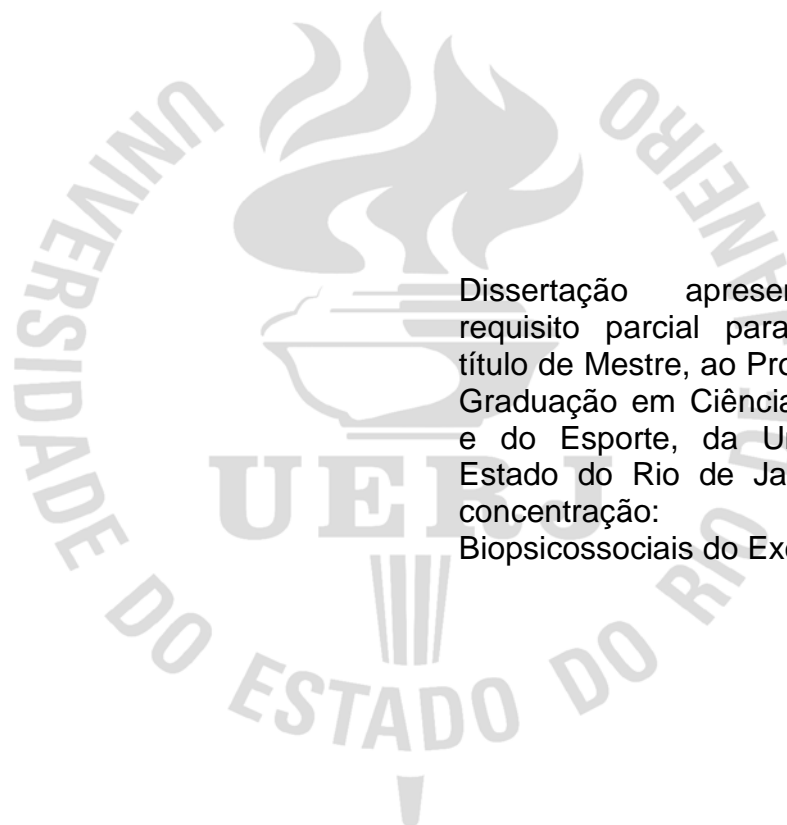
**Os sentidos da Promoção da Saúde no contexto escolar: da  
Reforma Sanitária ao Neoliberalismo**

Rio de Janeiro

2019

Ary Sergio Coutinho Barbosa Júnior

**Os sentidos da Promoção da Saúde no contexto escolar: da Reforma Sanitária  
ao Neoliberalismo**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Exercício e do Esporte, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Aspectos Biopsicossociais do Exercício Físico.

Orientador: Prof. Dr. Rafael da Silva Mattos

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CEH/B

B238 Barbosa Júnior, Ary Sergio Coutinho.  
Os sentidos da promoção da saúde no contexto escolar:  
da reforma sanitária ao neoliberalismo / Ary Sergio Coutinho  
Barbosa Júnior. – 2019.  
172 f.: il.

Orientador: Rafael da Silva Mattos.  
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do  
Rio de Janeiro, Instituto de Educação Física e Desportos.

1. Promoção da saúde – Teses. 2. Estudantes – Saúde e  
higiene – Teses. 3. Reforma do sistema de saúde – Teses.  
4. Neoliberalismo – Teses. 5. Saúde escolar – Teses. 6.  
Saúde pública – Teses. 7. Política de saúde – Teses. I.  
Mattos, Rafael da Silva. II. Universidade do Estado do Rio de  
Janeiro. Instituto de Educação Física e Desportos. III. Título.

CDU 614-053.5

Bibliotecária: Mirna Lindenbaum. CRB7 4916

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial  
desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Ary Sergio Coutinho Barbosa Júnior

**Os sentidos da Promoção da Saúde no contexto escolar: da Reforma Sanitária  
ao Neoliberalismo**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Exercício e do Esporte, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Aspectos Biopsicossociais do Exercício Físico.

Aprovada em 29 de novembro de 2019.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Rafael da Silva Mattos (Orientador)  
Instituto de Educação Física e Desportos - UERJ

---

Prof. Dr. Leandro Teófilo de Brito  
Colégio Pedro II

---

Prof. Dr. Daniel das Virgens Chagas  
Instituto de Educação Física e Desportos - UERJ

Rio de Janeiro

2019

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me ajudado a continuar a trilhar esta iniciante estrada acadêmica, colocando as suas pessoas escolhidas certas ao meu lado.

À meus pais Ary Barbosa e Barbara Prazeres que sempre me apoiaram em todos os momentos e me deram o máximo de carinho e acolhimento em toda minha caminhada.

À meu grande amor, minha companheira Brena Rueger, pois me acompanhou fielmente desde o início de mais um desafio acadêmico, esteve sempre pronta a ajudar, estando ao meu lado me alegrando, se mostrando uma mulher madura e sensata.

À meu orientador professor Rafael Mattos a minha admiração, por todo aprendizado acadêmico, agradeço a paciência, as cobranças nas horas certas e as palavras amigas de apoio, me fazendo evoluir a todo momento tanto na graduação, como no mestrado.

À todos os professores do Instituto de Educação Física e Desportos da UERJ, em especial, prof. Wecisley Ribeiro por sua grande intelectualidade e prof. Rodrigo Vale, por sua humanidade e produtividade acadêmica.

Aos professores Rafael Mattos e Flávio Chame, meus orientadores que confiaram em mim e me ajudaram a construir meus primeiros trabalhos na área da Educação Física, agradeço-os também pela amizade, pelo aprendizado.

Aos professores que aceitaram compor a apreciação deste trabalho na forma de banca de examinatória de qualificação e banca de defesa de dissertação, tais como: Leandro Teófilo de Brito, Daniel das Virgens Chagas, Rodrigo Gomes de Souza Vale, Bianca de Vasconcellos Sophia, Monica da Silveira Torres, Sílvio de Cássio Costa Telles.

Ao servidores e técnicos administrativos do curso do Instituto de Educação Física e Desportos da UERJ, Gabriel Torres, Sérgio Francisco, Marcos, Bruno e Dani, Luciana e Maria pelo comprometimento com o trabalho em servir com humildade aos alunos de graduação.

Aos inúmeros colegas e amigos de graduação e mestrado pela amizade acadêmica e apoio.

## RESUMO

BARBOSA JUNIOR, Ary Sergio Coutinho. *Os sentidos da Promoção da Saúde no contexto escolar: da reforma sanitária ao neoliberalismo*. 2019. 172 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Exercício e do Esporte) – Instituto de Educação Física e Desportos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

A Promoção da Saúde é um tema de relevância social e que pode ser abordado por professores de Educação Física. A saúde pode ter seu enfoque em teorias biológicas, ou estender seu campo de visão, para um caráter multifatorial, envolvendo várias ciências humanas, de saúde e sociais, dentre elas se insere a disciplina Educação Física. O objetivo geral identificar os sentidos atribuídos ao termo "Promoção da Saúde", pelos alunos do 9º ano do Ensino Fundamental e do 3º ano do Ensino Médio de uma unidade escolar da rede particular de ensino da região da Baixada Fluminense do estado do Rio de Janeiro. O instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário com questões abertas e fechadas, respondido pelos estudantes, o qual versou sobre o tema da Promoção da Saúde. Para análise de dados das respostas, foi utilizado a Análise de Conteúdo de Laurence Bardin, além de embasamento teórico focado nos seguintes temas: na doutrina neoliberal evidenciada contribuições da área das Ciências Sociais Aplicadas, Reforma Sanitária Brasileira e a Promoção da Saúde na escola. Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Universitário Pedro Ernesto (CEP/HUPE). Foram encontrados como resultados deste estudo que os sentidos atribuídos à Promoção Saúde são tratados predominantemente pelo ponto de vista biológico, reforçando a importância do estilo de vida ativo, os comportamentos individuais e a influência do modelo neoliberal do sistema capitalista sobre a Promoção da Saúde, sem considerar a relevância dos determinantes sociais da saúde descritos na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8080/90

Palavras-chave: Educação física. Reforma Sanitária. Neoliberalismo. Promoção da Saúde.

## ABSTRACT

BARBOSA JUNIOR, Ary Sergio Coutinho. *The meanings of Health Promotion in the school context: from sanitary reform to neoliberalism*. 2019. 172 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Exercício e do Esporte) – Instituto de Educação Física e Desportos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Health Promotion is a socially relevant topic that can be addressed by Physical Education teachers. Health can focus on biological theories, or extend its field of vision, to a multifactorial character, involving various humanities, health and social sciences, among them the discipline Physical Education. The aim objective is to identify the meanings attributed to the term “Health Promotion” by students in the 9th grade of elementary school and the 3rd year of high school in a private school unit in the Baixada Fluminense region of the state of Rio de Janeiro. The research instrument used was a questionnaire with open and closed questions, answered by the students, which dealt with the theme of Health Promotion. For data analysis of the answers, the Laurence Bardin Content Analysis was used, as well as a basis. This work focused on the following themes: the neoliberal doctrine evidenced contributions from the area of Applied Social Sciences, Brazilian Health Reform and Health Promotion at school. This paper was submitted to the Ethics Committee on Research in Human Beings of the Pedro Ernesto University Hospital (CEP/HUPE). The results of this study found that the meanings attributed to Health Promotion are predominantly from the biological point of view, reinforcing the importance of active lifestyle, individual behaviors and the influence of the neoliberal model of the capitalist system on health promotion, without considering the relevance of the social determinants of health described in the 1988 Federal Constitution. and in Law 8080/90.

Keywords: Physical education. Health Reform. Neoliberalism. Health Promotion.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).....	58
------------	--	----



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Palavras sobre o conceito de saúde – turma 9º ano do ensino fundamental.....	117
Gráfico 2 –	Palavras sobre o conceito de saúde – turma 3º ano do ensino médio.....	118
Gráfico 3 –	Conceito da palavra saúde para a turma de 3º ano do ensino médio.....	120
Gráfico 4 –	Conceito da palavra saúde para a turma de 9º ano de ensino fundamental.....	121
Gráfico 5 –	Matérias / disciplinas da escola que abordam o tema da saúde – turma 9º ano ensino fundamental.....	123
Gráfico 6 –	Matérias / disciplinas da escola que abordam o tema da saúde – turma 3º ano do ensino médio.....	123
Gráfico 7 –	Aulas ou projetos na escola citados pelos alunos T9EF.....	126
Gráfico 8 –	Aulas ou projetos na escola citados pelos alunos T3EM.....	127
Gráfico 9 –	Importância da disciplina Educação Física para o entendimento sobre saúde – T9EF.....	130
Gráfico 10 –	Importância da disciplina Educação Física para o entendimento sobre saúde – T3EM.....	131
Gráfico 11 –	Fatores importantes para se ter uma boa saúde – T9EF.....	136
Gráfico 12 –	Fatores importantes para se ter uma boa saúde – T3EM.....	137
Gráfico 13 –	Local de atendimento público x privado – T9EF.....	139
Gráfico 14 –	Local de atendimento público x privado – T3EM.....	141
Gráfico 15 –	Aspectos negativos – T9EF.....	144
Gráfico 16 –	Aspectos negativos – T3EM.....	144
Gráfico 17 –	Aspectos positivos – T9EF.....	145

Gráfico 18 – Aspectos positivos – T3EM.....	145
Gráfico 19 – Influência de políticas para a saúde – T9EF.....	146
Gráfico 20 – Influência de políticas para a saúde – T3EM.....	147
Gráfico 21 – assertiva – saúde como ausência de doenças – T9EFM.....	149
Gráfico 22 – assertiva – saúde como ausência de doenças – T3EM.....	149

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Idade e número de alunos do nono ano do ensino fundamental.....	106
Tabela 2 –	Número de alunos do nono ano pesquisados e seus respectivos gêneros.....	106
Tabela 3 –	Escolaridade dos responsáveis informados pelos alunos do 9º do ensino fundamental.....	107
Tabela 4 –	Profissão ou ocupação dos responsáveis (pais) informados pelos alunos do 9º do ensino fundamental.....	108
Tabela 5 –	Profissão ou ocupação dos responsáveis (mães) informados pelos alunos do 9º do ensino fundamental.....	108
Tabela 6 –	Cidade de moradia dos alunos do 9º do ensino fundamental.....	108
Tabela 7 –	Bairro de moradia dos alunos do 9º do ensino fundamental.....	109
Tabela 8 –	Idade e número de alunos do terceiro ano do ensino médio.....	109
Tabela 9 –	Número de alunos do terceiro ano do ensino médio pesquisados e seus respectivos gêneros.....	109
Tabela 10 –	Escolaridade dos responsáveis informados pelos alunos do 3º do ensino médio.....	110
Tabela 11 –	Profissão ou ocupação dos responsáveis (pais) informados pelos alunos 3º do ensino médio.....	110
Tabela 12 –	Profissão ou ocupação dos responsáveis (mães) informados pelos alunos 3º do ensino médio.....	111
Tabela 13 –	Cidade de moradia dos alunos do alunos 3º do ensino médio.....	111
Tabela 14 –	Bairro de moradia dos alunos do alunos 3º do ensino médio.....	112
Tabela 15	Unidades de registro sobre local de atendimento privado - T9EF.....	139

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AC	Análise do Conteúdo
AFRS	Aptidão física relacionada à saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
BNCC	Base Nacional Curricular Comum
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEBs	Comunidades Eclesiais de base
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CEO	<i>Chief executive officer</i>
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
EC 95	Emenda Constitucional 95
EPSs	Escola Promotora da Saúde
ERP	Estado rude e primitivo
EUA	Estados Unidos da América
FINEP	Financiadora de estudos e projetos
FMI	Fundo Monetário Internacional
G7	Grupo dos Sete
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organizações Pan americana de saúde
OPEP	Organização dos Países Exportadores de Petróleo
PT	Partido dos Trabalhadores
PCN's	Parâmetros Curriculares Nacionais
PIB	Produto Interno Bruto
Prev-Saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos em Saúde
PECs	Programas de Extensão de Cobertura
SUDs	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
T9EF	Turma 9º ano ensino fundamental
T3EM	Turma 3º ano do ensino médio
UR	unidade de registro
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>1</b>	<b>NEOLIBERALISMO, CONSENSO DE WASHINGTON E A SAÚDE.....</b>	<b>20</b>
1.1	<b>Liberalismo clássico.....</b>	<b>20</b>
1.2	<b>Neoliberalismo, contexto contemporâneo.....</b>	<b>22</b>
<b>2</b>	<b>HISTÓRIA DA SAÚDE E REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA.....</b>	<b>39</b>
2.1	<b>Medicalização da sociedade e a saúde.....</b>	<b>39</b>
2.1.1	<u>Vitalidade e saúde.....</u>	<b>43</b>
2.1.2	<u>O conceito de risco.....</u>	<b>44</b>
2.1.3	<u>Saúde e a pós modernidade.....</u>	<b>48</b>
2.2	<b>Promoção da saúde, saúde pública e seus diálogos com a educação física.....</b>	<b>52</b>
2.2.1	<u>Determinação social da saúde.....</u>	<b>55</b>
2.2.2	<u>Conceito de saúde pública.....</u>	<b>59</b>
2.2.3	<u>Tensão entre promoção versus prevenção da saúde .....</u>	<b>62</b>
2.2.4	<u>Importância da intervenção estatal em saúde.....</u>	<b>65</b>
2.3	<b>O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.....</b>	<b>67</b>
2.3.1	<u>A Constituição Federal de 1988 e a Saúde.....</u>	<b>71</b>
2.3.2	<u>A consolidação do Sistema Único de Saúde - Lei 8080/96.....</u>	<b>75</b>
<b>3</b>	<b>PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO ESCOLAR.....</b>	<b>82</b>
3.1	<b>Histórico da Educação Física.....</b>	<b>82</b>
3.1.1	<u>Escolas Promotoras de Saúde-Fortalecimento da Iniciativa Regional</u>	<b>89</b>
3.2	<b>Saúde e os marcos legais da Educação Física escolar.....</b>	<b>90</b>

4	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	102
5	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	106
5.1	<b>Características da amostra</b> .....	106
5.2	<b>Sentidos atribuídos a Promoção da Saúde no contexto escolar</b> .....	112
5.3	<b>Promoção da saúde na escola</b> .....	116
5.4	<b>Saúde e o modelo neoliberal</b> .....	133
	<b>CONCLUSÃO</b> .....	151
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	153
	<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Institucional</b> .....	166
	<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Responsáveis</b> .....	167
	<b>APÊNDICE C – Questionário</b> .....	168
	<b>ANEXO A – Comprovante de aprovação do Comitê de Ética – Plataforma Brasil</b> .....	172

## INTRODUÇÃO

Este estudo de nível de mestrado acadêmico abordou o tema da Promoção da Saúde inserida no contexto das aulas de Educação Física escolar no Ensino Fundamental e Médio. A pergunta norteadora do problema da pesquisa foi: quais sentidos que os estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental e 3º ano do Ensino Médio atribuem ao tema da Promoção da Saúde? Assim podemos entender melhor a influência do modelo neoliberal na concepção de saúde com conotação biomédica se reverbera na escola.

A pesquisa teve como objetivo geral identificar os sentidos atribuídos ao termo "Promoção da Saúde", pelos alunos do 9º ano do Ensino Fundamental e do 3º ano do Ensino Médio de uma unidade escolar da rede particular de ensino da região da Baixada Fluminense do estado do Rio de Janeiro, a fim de, observar se existem mudanças provocadas pela influência do modelo econômico neoliberal no sentido da saúde descrito por escolares das diferentes faixas etárias da educação básica.

Os objetivos específicos estabelecidos neste presente estudo foram:

- Comparar os sentidos sobre o tema Promoção da saúde por parte de alunos de diferentes segmentos da educação básica;
- Analisar a influência do modelo econômico neoliberal no sentido da saúde percebido nas respostas dos estudantes;

A hipótese do estudo é que os estudantes de nono ano do Ensino Fundamental e do 3º ano do Ensino Médio, identificam o tema da Promoção da Saúde como um meio de legitimar os preceitos neoliberais presentes na sociedade, transparecendo-se dentro das escolas, tais como: escolhas individuais feitas de modo estritamente racional que visam o maximizar os lucros, de modo utilitário, legitimando assim o *status quo* social vigente, o que encaramos estar associado a uma falta de uma realização de um profundo debate sobre o tema da Saúde e seus condicionantes sociais no ambiente escolar.

A contribuição do presente estudo é aliar Educação Física, o Exercício Físico e a Economia, utilizando como instrumento de pesquisa o questionário e a análise dos conteúdos das respostas dos alunos de ensino fundamental e médio, de modo que suas respostas poderão refletir em grande parte o trabalho feito na prática por professores de Educação Física escolares que atuam diretamente com estudantes



no Ensino Médio, já que a maneira que eles tratam pedagogicamente o assunto da Promoção da Saúde em suas aulas, decerto implicará nas respostas que os alunos darão nos questionários, tendo sua percepção da palavra Saúde de algum modo alinhavada com os conteúdos vistos em sala de aula, ou percebidos por sua vivência no cotidiano de sua realidade social.

A relevância do estudo é trazer à tona o debate acerca da Saúde na Educação Física escolar, a fim de, contribuir para o aprendizado acadêmico de graduandos em Educação Física, no que se refere às práticas pedagógicas inseridas na realidade escolar. Cabe ressaltar também, a relevância deste estudo para professores já em atuação nas redes particular e pública de ensino, para que possam repensar suas práticas, repensando-as, e lhe atribuindo novos significados pedagógicos, a fim de, observar a serviço de quais objetivos estão ensinando o tema da Promoção da Saúde, a partir de qual referencial teórico, pautado em quais abordagens da Educação Física escolar.

É importante ressaltar que o presente estudo se desenvolverá na região da Baixada Fluminense<sup>1</sup>, que abriga a zona periférica da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, que é acometida por problemas de violência urbana, saneamento básico, condições de vida deterioradas que afetam a saúde das pessoas (MINAYO, 1993).

A Baixada Fluminense apresenta um histórico de segregação da classe trabalhadora, índices de extrema violência, vista através de ações de membros de grupos de extermínio, colaborando para o aumento dos óbitos por causas externas. No que tange à economia, embora contenha o polo petroquímico em Duque de Caxias, a região é marcada por alta desigualdade social e áreas com favelas e gentrificações (ALVES, 2002). “A Baixada Fluminense possui indicadores de pobreza e renda piores do que os do estado do Rio de Janeiro, já que conta com Produto Interno Bruto (PIB) per capita e renda domiciliar per capita inferiores e maior percentual de pobres” (Observatório Sebrae/RJ, 2016, p.09).

Além disso, para justificar a realização do presente estudo é necessário fazer uma rápida referência a trabalhos anteriores, ou seja, antecedentes estudos sobre o tema da promoção da saúde inserida no contexto escolar.

---

<sup>1</sup> A região da Baixada Fluminense, que faz parte da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, abrange 13 municípios. Possui 3,7 milhões de habitantes, o equivalente a 23% da população do Estado do Rio de Janeiro (ERJ), sendo que 2,1 milhões moram na Baixada I (Belford Roxo, Itaguaí, Japeri, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, Seropédica) e 1,6 milhão, na Baixada II (Duque de Caxias, Guapimirim, Magé, São João de Meriti) (Observatório Sebrae/RJ, 2016, p.06)

O problema investigado neste estudo está incluído no contexto mais amplo que comunga as interfaces entre a saúde coletiva e a educação física, a medida que, colaborações das Ciências Sociais e Humanas dão caráter multifacetado da saúde, gerando diagnósticos sobre como avaliar políticas públicas de promoção da saúde e da atividade física visando reduzir as doenças crônicas da população em nível epidemiológico (NOGUEIRA e BOSI, 2017).

Nesse sentido, pensar os sentidos da Promoção da saúde no contexto escolar é fazer uma reflexão sobre os paradigmas social e biológico sobre as designações da saúde.

Knuth e Loch (2014) em seu ensaio que aproxima saúde e educação física escolar, afirmam que existem diversas correntes sobre essa temática, dentre elas destacam-se: a aptidão física relacionada à saúde, a abordagem crítica e saúde analisada pela ótica da epidemiologia. Porém ainda prevalecem no cenário escolar iniciativas estritamente comportamentais, incentivando o aumento da prática de atividade física, o que denota uma abordagem fragmentada da saúde, que diverge do ideário da promoção da saúde.

Já Morés e Silveira (2013) demonstraram a concepção de saúde de crianças entre nove e dez anos, que participam de ações de educação em saúde na escola em Porto Alegre, relataram que os escolares do ensino fundamental inicialmente associaram o tema da saúde ao modelo biomédico, relacionado à ausência de doença ou ao higienismo, porém os alunos demonstraram conhecimento sobre a intersectorialidade em saúde, sua determinação social estabelecida em elementos da escola e saneamento básico.

Jesus (2018) em seu estudo analisou como o tema da saúde foi abordado numa escola estadual de ensino médio localizada no Rio Grande do Sul, em especial nas aulas de Educação Física escola, a partir da perspectiva de estudantes através de um questionário, chegando à conclusão que os escolares entendem a saúde mais enfaticamente relacionada a comportamentos e estilo de vida, sobretudo a ações motoras, sendo portanto, a saúde um tema de complexo entendimento dos estudantes, mesmo após trabalho de professores sobre esse tema na escola.

Esta pesquisa foi organizada em quatro seções. Na seção inicial foi abordada as origens da economia até ao neoliberalismo, versando desde o surgimento do capitalismo, passando pelas teorias clássicas de Adam Smith, avançando até a crise de 1929, modelo *keynesiano* simples até chegarmos a parte enfática de nosso

estudo, o surgimento do neoliberalismo nas décadas de oitenta e noventa e suas implicações com as políticas de saúde no Brasil.

Segundo Salvador (2006) o debate sobre quem financia o estado perpassa por questões que abrangem as teorias econômicas clássicas e *Keynesianas*<sup>2</sup> no que se referem ao tamanho do Estado e sua função na economia. De acordo com a teoria neoclássica, o Estado seria considerado um agente externo ao sistema econômico, devendo apenas atuar corrigindo as falhas de mercado, uma vez que, as estruturas de mercado tenderiam a corrigir os desequilíbrios de mercado.

De acordo com as teorias neoclássicas se o estado intervir na economia, tributando ou subsidiando firmas, ele estará afetando o equilíbrio de mercado, e as relações de troca na economia, uma vez que, os impostos poderiam não incentivar a produção, criando preços distorcidos entre produtores e consumidores.

A suposta neutralidade estatal impõe ao Estado um papel de regulador fora do sistema, apenas garantido os direitos de propriedade privada, isto expõe o mercado como uma figura dinâmica perante a competição entre as firmas, afetando diretamente a representação coletiva sobre ambas as instituições (LEBARON, 2018).

No que se referem aos sentidos atrelados ao tema da Promoção da Saúde na escola, além de sua relação com a ideologia neoliberal, observamos também nesta primeira seção que este conceito de saúde pode ser influenciado pelos ditames da globalização, entendida como um processo decorrente das crises estruturais do sistema capitalista (LEHER, 1998).

Já na segunda seção desde estudo abordamos medicalização na sociedade, o conceito de risco como uma norma de orientação das subjetividades modernas e orientação para políticas públicas sobre saúde, sendo assim, trazemos a importância da intervenção estatal na saúde, destacando posteriormente o Movimento da Reformas Sanitária Brasileira, os objetivos do Banco Mundial, o cerne das teorias liberais pós década de oitenta e noventa no mundo contemporâneo, que

---

<sup>2</sup> Os keynesianos são defensores de políticas amplas de gerenciamento da demanda agregada via pacotes de estímulos a economia, assim como as políticas implementadas por Roosevelt visando reacender a demanda agregada através de programas de governo criados para gerar empregados de forma direta. (CARVALHO, 2016) O keynesianismo é uma forte contribuição ao debate político econômico que ainda gera forte influência nas decisões dos governos federais (OREIRO, 2019). O keynesianismo preza pela socialização do investimento, promover a distribuição de renda e políticas de indução da demanda, sendo um Einstein da economia moderna, através do seu princípio de decisões em condições de incerteza (BELLUZZO, 2011).

reordenaram os sentidos da Promoção da Saúde e suas responsabilidades estatais ou privadas.

Para se entender o conceito de Promoção da Saúde, saindo de uma lógica individualista partindo para seu entendimento coletivo, também é preciso descrever a luta por melhorias no Sistema Único de Saúde (SUS), as desigualdades sociais que pairam sobre a realidade brasileira, e a formulação políticas públicas (CAMPOS; BARROS; CASTRO et al. 2004).

A promoção da saúde é um campo de intervenção política, logo que trava disputas sociais, que introduz os usuários do Sistema Único de Saúde e os profissionais de saúde, como agentes de destaque que poderão propor intervenções e programas de promoção de saúde para a sociedade (CAMPOS et al. 2004).

Para Buss (2000), a promoção da saúde pode ser encontrada em referências de várias vertentes teóricas, uma fortemente associada a cura, ao sistema medicalizado, e outra, por setores teóricos, que se unem em prol de uma reforma sanitária, e por busca de melhores condições de vida que associadas tornariam a vida da população mais equitativa.

Na terceira seção objetivamos analisar o histórico sobre a Educação Física escolar e suas abordagens, principalmente àquelas relacionadas à saúde, dando maior foco para o tema da Promoção da Saúde na escola, o histórico do tema desde seu surgimento perpassando pela forte influência das instituições médicas e militares, para que posteriormente possa ser feita uma análise crítica dos documentos ou marcos legais que versam sobre a Educação Física escolar, no que se referem ao tema da saúde.

A Educação Física enquanto campo de estudos nas escolas está delimitada pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN's) dentro da área de Linguagens, Códigos e suas Tecnologias, na proposta de Ensino Médio embasada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação nacional nº 9.394/96 (BRASIL, 2000).

Para os PCN's o que incitou o surgimento desta educação para saúde foi o crescente número de taxas de imobilidade na população, e o alto número de jovens obesos nas escolas nacionais (BRASIL, 2000).

No documento dos PCN's para o Ensino Médio observa-se que cabe ao professor de Educação Física abordar o tema da Saúde nas escolas no Ensino Médio por este deter conhecimentos sobre higiene, saúde e primeiros socorros (BRASIL, 2000). Sendo assim, observa-se a urgência do tema da Saúde na

Educação Física escolar, como um campo de tratamento pedagógico pelos professores de Educação Física e sobre os significados atrelados à saúde no contexto escolar.

A causalidade entre os benefícios dos exercícios físicos e sua relação direta com a saúde é uma crença existente entre os alunos do Ensino Médio, de acordo com Deive et al. (2005), para ampliar este paradigma de entendimento entre os escolares, é preciso que os professores de Educação Física construam e promovam mais sentidos atribuídos a Promoção da Saúde.

Deive et al. (2005) propõem ampliar o enfoque dado a Promoção da Saúde, aliando à prática de exercícios regulares e as mudanças de comportamentos pela vida ativa, uma certa compreensão social, que faça o discente escolar entender politicamente a realidade onde está inserido.

Este apontamento sobre a Promoção da Saúde sobre uma perspectiva crítica social dos seus conteúdos, na prática vale a pena ser repensando e analisado, observando sua real conotação semântica no ambiente escolar ou se os professores de Ensino Médio estão abordando de forma limitada o conceito de Promoção da Saúde, apenas considerando mudanças de ordem comportamentalista, no que se referem, ao estilo e qualidade de vida relacionados à saúde.

Na quarta seção do estudo serão apresentados seus métodos e por fim, na quinta seção apresentamos os resultados e discussões do estudo, inicialmente foram descritas as características sócio demográfica dos elementos que compõe a amostra, depois foi exposta uma digressão sobre os sentidos atribuídos ao tema da Promoção da Saúde, após essa etapa, foram exibidos e analisados em forma gráfica e teórica as respostas dos escolares sobre a promoção da saúde na escola e a influência do modelo neoliberal na saúde.

# 1 NEOLIBERALISMO, CONSENSO DE WASHINGTON E A SAÚDE

## 1.1 Liberalismo clássico

No século XVIII antes da imposição do modelo de produção capitalista de maneira significativa na sociedade, pensadores fisiocratas já se debruçavam em analisar o modos operandi do sistema agrícola e têxtil na Inglaterra e França, para compreender este fenômenos produtivos os fisiocratas se empenham em interpretar a sociedade por meio de leis gerais, que visavam responder de maneira direta e pontual como este constructo social se organizava em termos de produção (TEIXEIRA, 2008)

Um dos precursores do pensamento fisiocrata foi François Quesnay que em seu livro *Tableau Economique* deixou claro que a agricultura produz o excedente produtivo, que deve ser trocado de maneira equivalente (TEIXEIRA, 2008).

O mercantilismo se assentou no capital comercial baseado no Estado Absolutista que garantia medidas protecionistas internas, visando saldos favoráveis em contas de comércio exterior, aliado ao investimento militar e ao crescimento populacional (MAZZUCHELLI, 2002).

Esse sistema era regulado pela esfera não econômica, dependendo da força política coercitiva do Estado, que assegurava a acumulação e proliferação do capital mercantil, sendo deste modo que as relações comerciais ainda ficavam subordinadas à política, num cenário que a economia não era um campo de estudos e reflexões autônomo e independente (MAZZUCHELLI, 2002).

A economia só se solta da política quando a sociabilidade comercial se apresentou fortemente pelas relações de troca, fundadas na própria mercadoria, ou seja, na gênese do regime do capital (MAZZUCHELLI, 2002).

Desta forma a economia devido à sua nova dinâmica social e o recrudescimento das suas forças produtivas, se desconectou paulatinamente do poder religioso que buscava explicações divinas para os fenômenos sociais, se apegando ao racionalismo e ao modelo cartesiano (MAZZUCHELLI, 2002).

Sendo assim, as leis naturais passaram a ser incorporadas nas explicações sobre a sociedade, ou seja, a postular o ordenamento sobre o comportamento dos

indivíduos, que tinham na troca um lócus de sua nova sociabilidade, então, a economia emergiu para refletir o funcionamento natural do mercado.

A sociedade de mercado foi construída pelos indivíduos livres, embasada pelo direito à propriedade privada, movidos pela pulsão à troca, para gerar um tecido social harmonioso sob a égide das negociações (MAZZUCHELLI, 2002).

Esse sistema social tende ao equilíbrio newtoniano, que só seria atrapalhado pela coerção Estatal aos moldes mercantis, caberia ao mercado sua auto regulação, e a função de assegurar a relação virtuosa dos indivíduos baseada na troca, tal como o paradigma da mão invisível de Adam Smith, que tem aversão ao Estado e seus braços intervencionistas, que no regime liberal clássico iria afetar a ordem natural da acumulação e a reprodução das forças do capital (MAZZUCHELLI, 2002).

Ordem natural, individualismo metodológico, harmonia de interesses, automatismo da regulação mercantil, liberdade e propriedade se combinam, dessa forma, no axioma da “mão invisível”. O quadro, aqui, é inteiramente oposto ao da “situação mercantilista” (MAZZUCHELLI, 2002, p.188).

Os homens movidos pelo egoísmo e pelas vantagens que almejavam através da relação intercambial, geraria a divisão do trabalho, que para Smith seria a mola propulsora da riqueza e da prosperidade das nações, desde que se impusesse a livre iniciativa (MAZZUCHELLI, 2002).

No que tange, a divisão do trabalho Smith ressalta que numa sociedade no estado rude e primitivo (ERP), uma única pessoa executa várias funções em um trabalho, já numa sociedade evoluída, devido à alta especialização produtiva, os trabalhadores se dividiriam em diversas funções especializadas para executar este mesmo trabalho. Para Smith esta divisão do trabalho propiciará a melhora da força produtiva, dado que o trabalho especializado será feito com maior destreza, além de reduzir o tempo dedicado à tarefa e engendrar invenções no modelo de produção.

A riqueza de uma nação para Smith seria advinda deste processo de divisão do trabalho, gerando diversos ofícios, e perpetuando seus ganhos para as camadas populares.

Esta divisão do trabalho decorreria da propensão dos homens de trocar uma coisa ou um produto por outro, ou seja, de sua natureza humana.

Ninguém jamais viu um cachorro fazer uma troca justa e deliberada de um osso por outro, com um segundo cachorro. Ninguém jamais viu um animal dando a entender a outro, através de gestos ou gritos naturais: isto é meu, isto é teu, estou disposto a trocar isto por aquilo. Quando um animal deseja obter alguma coisa, de uma pessoa ou de outro animal, não dispõe de outro meio de persuasão a não ser conseguir o favor daqueles de quem necessita ajuda. (SMITH, 1996, p.73)

Desta forma, através das trocas que os homens obtêm os produtos que necessitam dos outros, de modo que, a própria negociação engendra a divisão do trabalho, ao passo que a ampliação do tamanho do mercado tenderá a incentivar a especialização produtiva.

Como é o poder de troca que leva à divisão do trabalho, assim a extensão dessa divisão deve sempre ser limitada pela extensão desse poder, ou, em outros termos, pela extensão do mercado. Quando o mercado é muito reduzido, ninguém pode sentir-se estimulado a dedicar-se inteiramente a uma ocupação, porque não poderá permutar toda a parcela excedente de sua produção que ultrapassa seu consumo pessoal pela parcela de produção do trabalho alheio, da qual tem necessidade. (SMITH, 1996, p.77)

A divisão do trabalho é limitada pelo poder de extensão do mercado, que se amplia no momento que as necessidades humanas naturalmente são atendidas pelo trabalhador que vende o excedente de sua produção, em troca de coisas que necessita consumir no mercado comercial (MAZZUCHELLI, 2002).

Sendo neste mercado o preço de cada item determinado pelo trabalho e o incômodo de dispender tempo na produção da mercadoria, de modo que, está propensão à troca do homem, advém de uma concepção natural da sociedade, que se pauta pelo racionalismo científico (MAZZUCHELLI, 2002).

A extensão do mercado de trabalho é medida pelo volume das transações na economia, deste modo, essa ideia é retomada na doutrina neoliberal, ao apregoar que o livre mercado, que eticamente permite a fruição das liberdades individuais (HARVEY, 2008).

O neoliberalismo defendia a liberdade das pessoas no sentido ético comportamental, mas também na acepção econômica comungavam as ideias liberais de Adam Smith, principalmente a crença na mão invisível do mercado como reguladora da economia, além de guiar a ambição do homem pelas transações em prol do bem comum (HARVEY, 2008).

## 1.2 Neoliberalismo, contexto contemporâneo



Antes de iniciar esta seção, vale escrever brevemente como se desenrolaram as políticas sociais e econômicas que implicaram o surgimento do neoliberalismo em seus moldes recentes, sendo preciso conceituar o que seria este fenômeno.

Harvey (2008) conceitua o neoliberalismo como uma doutrina que se espalhou pelo mundo, se tornando uma diretriz que iria definir o pensamento único em torno de soluções para a economia e administração de recursos. Para dar respostas aos problemas econômicos, o neoliberalismo se assentou em ideias, teorias que tinham como preocupação central o bem estar humano ancorado nas liberdades individuais.

O neoliberalismo tal como fenômeno histórico e econômico que se observa hoje em dia, se difere do liberalismo clássico, dado que o novo liberalismo teve sua concepção no contexto após a Segunda Guerra Mundial, como uma reação frontal às políticas do Estado de Bem Estar Social, para esta doutrina o Estado seria um meio ameaçador das liberdades individuais dos agentes econômicos, um dos livros que funda a composição do neoliberalismo é O Caminho da Servidão de Hayek, que denunciava as forças de intervenção do Estado na economia (ANDERSON, 1995).

Seria simplório pensar que o Estado não tinha nenhuma função na doutrina neoliberal, o papel do Estado nesse modelo era propiciar um ambiente institucional que garantisse o livre mercado, defendesse a propriedade privada, a estabilização da moeda. Para que a propriedade privada não fosse violada, o Estado deveria garantir as funções de defesa, como o poderio militar e policial. Assim, como a certeza de pleno funcionamento do livre comércio (HARVEY, 2008).

De acordo com Dardot e Laval (2016), a fundação do neoliberalismo enquanto racionalidade econômica e social, se insere desde a criação do Colóquio Walter Lippmann, em Paris, em 1938, que reuniu pensadores que iriam ditar as políticas econômicas no pós guerra, dentre eles: Hayek, Aron, Rustow. Esse colóquio tinha como objetivo tornar o movimento neoliberal internacionalizado, ou seja, cosmopolita, sendo a reunião de Mont Pelerin na Suíça, um processo de continuidade de fundação do neoliberalismo, para acúmulo de forças contra os seus inimigos iminentes, à ameaça comunista e as intervenções estatais, advogando em prol do mercado como sustentáculo da economia, que geraria a integração entre setores e o crescimento.

Após Segunda Guerra com a consolidação do Estado de Bem estar social na Europa se assentava, Hayek reuniu alguns estudiosos<sup>3</sup> que respeitavam suas ideias na estação de Mont Pelerin, na Suíça, para fundar uma frente de oposição às ideias Keynesianas, Hayek alegava que as influências estatais na economia atrapalhavam o lucro geral, pois reduzia as liberdades dos agentes econômicos e a livre concorrência, valores caros do mercado neoliberal (ANDERSON, 1995).

Qualquer interferência ao regime concorrencial de mercado seria encarada como uma tirania exploratória do Estado que poderia estar tomado por um grupo privilegiado de interesses que se colocaria acima das liberdades individuais (DARDOT e LAVAL, 2016).

Pensadores como Ludwig von Mises, Hayek, Friedman reunidos na sociedade de Mont Pelerin usavam como argumento central para aplicação da doutrina neoliberal, a ideia de que valores morais da civilização estavam sendo perdidos, tais como a liberdade e a dignidade humana, que seriam renegados pelo poder arbitrário estatal (HARVEY, 2008).

O Estado deveria intervir o mínimo possível na economia neoliberal, porque poderia gerar uma distorção de preços de mercado, além de poder sofrer com a influência de grupos de alto poder político, que poderiam colocar seus interesses particulares acima dos demais (HARVEY, 2008) Na concepção neoliberal então, o próprio mercado tenderia ao equilíbrio naturalmente, sem precisar de outras instituições que o regulem (DARDOT e LAVAL, 2016).

Porém seria necessário na doutrina neoliberal que o Estado favorece a gênese de mercados ainda incipientes ou não gestados, como o mercado de cuidado de saúde, segurança, meio ambiente. A partir do momento que estes se consolidassem, ai sim, o Estado deixaria de ser o principal gerador destes mercados (HARVEY, 2008).

Além dos pensadores envolvidos na Sociedade Mont Pelerin, as políticas de cunho neoliberal foram gestadas pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), e pelo Banco Mundial, tiveram preponderância em premiações do Nobel no que se refere a área econômica, o que foi engrandecendo a ideologia neoliberal, antes de se efetivar em políticas ao redor do globo (LEBARON, 2018)

---

<sup>3</sup> “Na seleta assistência encontravam-se Milton Friedman, Karl Popper, Lionel Robbins, Ludwig Von Mises, Walter Eupken, Walter Lipman, Michael Polanyi, Salvador de Madariaga, entre outros. Aí se fundou a Sociedade de Mont Pèlerin, uma espécie de franco-maçonomia neoliberal.” (ANDERSON, 1995, p.1)

Antes de se pensar na efetivação prática das políticas de cunho neoliberal, é preciso entender o contexto sócio histórico que se permeio na década de setenta, para Harvey (2008) neste período tivemos uma virada histórica revolucionária no mundo, inúmeros exemplos ilustram esse momento, como o aumento do nível de preços do petróleo pela Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP).

As seguidas crises do petróleo em 1973 e 1979 foram fatos que marcaram a grande virada neoliberal, que visava conter a inflação e a recessão econômica em curso, além da pressão dos sindicatos por salários. Para solucionar estes problemas o aparato neoliberal ofereceu ferramentas como o aumento da taxa de juros e o desemprego natural, baixando gastos públicos e os salários dos trabalhadores (DARDOT e LAVAL, 2016).

No decorrer dos anos na década de setenta, o capitalismo mundial estava assolado numa grave crise econômica aliadas à altas taxas inflacionárias, neste contexto, o neoliberalismo foi ganhando fôlego, conforme Hayek a culpa pela crise era recaída nos trabalhadores sindicalizados que pressionavam os salários para cima, e cobravam intervenções estatais para conter a crise (ANDERSON, 1995).

Ao contrário do que fundamentalmente se pensaria sobre a intervenção econômica estatal no modelo neoliberal, nesse contexto da década de 70, era defendido que o Estado intervisse sim na economia, porém com o objetivo de expurgar os sindicatos, que pressionava os patrões por altos salários, dificultando o jogo de acumulação do capital, porém o Estado deveria ser diminuto no que tange a gastos sociais.

Logo, o receituário neoliberal propunha neste cenário os seguintes remédios para combater a recessão econômica: a estabilidade monetária, aliado a contenção de gastos, guiada pela disciplina fiscal e orçamentária e o retorno a taxa de desempregos naturais, que iria engendrar a desmobilização sindical, dado, a vultosa parcela de desempregados, similar ao exército de reserva marxista (MARX; 1980; ANDERSON, 1995).

Exército de reserva de mão-de-obra docilizada pela precarização e pela ameaça permanente do desemprego. [...] É efetivamente a violência estrutural do desemprego, da precariedade e do medo inspirado pela ameaça pela demissão: a condição do funcionamento "harmonioso" do modelo microeconômico individualista (BOURDIEU, 1998, p.140)

Nesse sentido a ideologia neoliberal explicaria o desempregado como uma responsabilidade dos trabalhadores, ou seja, uma falta de demonstração das suas

qualidades no mercado privado, que o fizeram ser excluído, por sua própria culpa (BENTURA e MARIATTI, 2018).

Entretanto, este remédio proposto à crise da década setentista do modelo neoliberal, não se efetivou totalmente na prática, apenas no final dos anos setenta e início dos oitenta, que governos abertamente neoliberais foram ganhando terreno e sendo eleitos ao redor do globo. A recessão que assolava países na década de setenta, era uma espécie de ameaça aos privilégios das classes abastadas, a queda dos valores de imóveis, ações, lucros, afetavam os rendimentos da classe alta, que via no neoliberalismo um novo meio de assegurar sua posição elitista (HARVEY, 2008).

Eventos históricos e econômicos foram mudando a configuração mundial, na China, Deng Xiaoping abria a economia, alcançando taxas positivas de crescimento econômico sob um governo de socialismo de mercado, influenciado pelo avanço na economia japonesa e coreana (HARVEY, 2008).

Em 1979 na Grã Bretanha após a vitória da primeira ministra Margaret Thatcher, nos anos oitenta nos EUA a eleição do governo de Ronald Wilson Reagan, assim como na Alemanha com o governo Kohl (ANDERSON, 1995).

Tais governos se respaldaram na doutrina neoliberal, de combate ao comunismo e de não subserviência estatal, a fim de não ceder a servidão contra as liberdades individuais (ANDERSON, 1995).

Tanto o governo de Thatcher, como de Reagan, prezavam pela desregulamentação financeira e os ajustes macroeconômicos fiscais, que tenderiam a desmontar o sistema de proteção social público, dando chance a um novo modelo que permitisse a reprodução do capital mercantil, onde cada sujeito atomizado buscava por seus próprios meios suas condições de manutenção de vida, no caso da saúde, incentivaria os sujeitos a busca por planos privados médicos (BENTURA e MARIATTI, 2018)

Thatcher tinha como missão tirar o país da inflação, para isso uma de suas medidas iniciais foi restringir o poder dos trabalhadores (HARVEY, 2008). Deste modo ao aplicar o receituário neoliberal em termos práticos, o governo Thatcher realizou algumas medidas econômicas, tais como: aumentou a taxa de juros, desregulamentação financeira, restringiram gastos sociais, além de uma série de privatizações de indústrias (ANDERSON, 1995).

O rompimento de barreiras administrativas visava incitar a proliferação do lucro individual dos donos de capital, subordinando as estruturas estatais, privatizando serviços públicos, arrefecendo gastos sociais e desregulando mercados (BOURDIEU, 1998).

Já nos EUA, o governo Reagan tomou medidas para recrudescer seu poderio militar para fazer frente aos soviéticos pela hegemonia mundial. Esses gastos pela ofensiva militar, mais tarde estariam responsáveis em partes pelo déficit público nas contas norte americanas, entretanto também seguiu orientações de cunho mais aparente neoliberal, tais como: redução de impostos a favor de classes abastadas e elevou a taxa de juros americana (ANDERSON, 1995).

Nos Estados e no Reino Unido após diminuição das taxas de lucro, baixo crescimento econômico e altos índices inflacionários permitiram que pensadores neoliberais pudessem pôr em práticas suas ideias nos governos de Thatcher e Reagan, diferentemente das proposições de Keynes que visavam ampliar a demanda efetiva da economia, para que não se chegassem períodos de recessão, acompanhadas de ideias monetaristas de Friedman<sup>4</sup>, os neoliberais tinham como metas a disciplina fiscal e a retenção da inflação (BRESSER-PEREIRA, 2018). Dentre as ideias postas em prática no governo Reagan, podemos citar: a redução de impostos, os cortes nos gastos públicos e os enfrentamentos aos grupos sindicais visando retirar seu poder de barganha sobre os salários (HARVEY, 2008).

A doutrina neoliberal se opunha a vertente keynesiana que tanto teve repercussão durante a crise de 1929 nos EUA e pós Segunda Guerra Mundial mediante os esforços de governos para a reconstrução de países assolados depois do conflito. O Estado neoliberal só atuaria fortemente para legislar a favor da propriedade privada e das liberdades individuais (HARVEY, 2008).

Na década de oitenta com a eleição de Ronald Reagan nos Estados Unidos, o presidente reforçou o poder nas mãos do chefe do Banco Central dos EUA, Paul Vocker, que advogava a favor de teses monetaristas na economia, buscando conter a inflação, a despeito de suas implicações para o emprego, dentre as medidas adotadas por Vocker, poderíamos citar o apoio ao mercado financeiro, a diminuição

---

<sup>4</sup> Os monetaristas defendem políticas de austeridade baseados na teoria monetária de Milton Friedman, das expectativas adaptativas para recuperação monetária da economia (BELLUZZO, 2011)

de interferência dos sindicatos no mercado de trabalho, a desregulação de vários setores, como indústria e o setor agrário (HARVEY, 2008).

Essa desregulação econômica permitiu que o mercado estivesse livre para a fruição de capital de acordo com os interesses de grandes firmas e corporações, assim como a perpetuação do capital financeiro pelo exterior, em busca de valorização, gerando monopólios no mercado, e tendendo a desindustrialização interna, que elevou a desigualdade social, robustecendo o poder econômico das elites (HARVEY, 2008).

A ideologia neoliberal só tendia a favorecer rentistas, ou seja, pessoas que ganhavam com o aumento da taxa de juros, vide seus investimentos especulativos indexadas à esta taxa (BRESSER-PEREIRA, 2018). Tal noção sobre o neoliberalismo dita recentemente por Bresser-Pereira (2018) é compartilhada por Harvey (2008) que ressaltou que o Estado neoliberal está a serviço de interesses dos donos de propriedades privadas, firmas, acumuladores do mercado financeiro.

Na América Latina, contamos a experiência do neoliberalismo conduzido pelo ditador Pinochet, que também reprimiu sindicatos, tratou de privatizar empresas públicas, prezou pela desregulamentação financeira, embasados nas ideias de Milton Friedman, mesmo não pensando nos valores democráticos, neste caso o neoliberalismo se colou a ditadura para defender seus interesses a liberdade dos agentes econômicos e a defesa da propriedade privada (ANDERSON, 1995).

Pinochet se estabeleceu no governo após um golpe contra o eleito Salvador Allende, seu regime restringiu os movimentos organizados da sociedade civil, desregulou o mercado de trabalho, se utilizando do argumento que as políticas de substituições de importações que tendiam a fechar o mercado para consumo interno e o desenvolvimento industrial vide subsídios, tinha degradingolado na América, logo seria necessário uma nova doutrina econômica (HARVEY, 2008).

O neoliberalismo foi posto à prova desde os anos setenta na ditadura chilena liderada por Pinochet, bem como na Argentina, embora, apenas na década da seguinte o neoliberalismo extrapolou-se para outros países da América Latina, que se viam endividados, buscando a todo preço renegociações de suas dívidas externas, que só seriam fechadas, mediante aceite de pré condições de entidades financeiras internacionais, que viam com a receita de políticas fiscais fundamentadas por estudos de Hayek e da sociedade Mont Pelerin (FIORI, 2001).

Hayek era contrário as ideias de Keynes e a toda centralização do planejamento da economia a partir do Estado, reunidos no grupo de Mont Pelerin pensadores discutiram as bases filosóficas da doutrina neoliberal, sob financiamento de líderes corporativos que não se interessavam pela regulação estatal (HARVEY, 2008).

A neoliberalização da economia do Chile teve como base teórica as ideias de Chicago, onde Friedman era professor, este grupo iniciou a solicitação de empréstimos junto ao Fundo Monetário Internacional (FMI), tendo como pré-condições para tais, as privatizações de firmas antes estatais, a liberalização de recursos naturais como pesca, extração para a exploração de mercados privados, assim como a seguridade social, reforçando o mercado de seguros, assunto relativo à saúde pública e ao SUS (HARVEY, 2008).

Sob a liderança dos Estados Unidos da América (EUA) o Fundo Monetário Internacional (FMI) foi projetando as renegociações de dívidas com os países latinos, e criando braços políticos indiretamente, dado que, governos eleitos foram se aproximando dos preceitos liberais e conservadores ditados pelo pensamento único na economia, a ortodoxia, que tinha como recomendação o total equilíbrio fiscal e as privatizações de empresas públicas estatais, que para Fiori (2001) representam uma transferência de riqueza de patrimônio público para entidades privadas, que posteriormente sustentariam a coalização de forças políticas do regime governamental assentado em ideias ortodoxas.

Embora, o neoliberalismo nos anos setenta tenha conseguido estancar o dragão inflacionário, ou seja, neste sentido cumpriu seu papel, além de ter recuperado lucros de algumas indústrias nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e ter arrefecido as forças sindicalistas, gerando desemprego natural, conforme preza o seu receituário.

A corrida neoliberal, deixou para trás vários percalços, como o elevado desemprego nos países da OCDE nos anos oitenta que aprofundou as desigualdades das classes sociais, e vários países no mundo apresentaram elevadas taxas de endividamento público nas décadas de oitenta e noventa (ANDERSON, 1995).

A crise da dívida externa, que se instalou no início da década de 1980, acabou provocando uma enorme sangria de recursos da maioria dos países e, desenvolvimento, que, junto com sua expulsão do mercado

internacional de crédito, teve como consequências a explosão inflacionária e a estagnação econômica da "década perdida" (FIORI, 2001, p.82).

Com a queda do muro de Berlim e as recorrentes crises econômicas e sociais do mundo contemporâneo, os ditos países de primeiro mundo se organizaram para fundar o grupo dos sete (G-7), que seria o novo líder da empreitada capitalista pelo globo, reprimindo quaisquer esforços socialistas, impondo regras aos países não pertencentes do bloco, para perpetuar os valores hegemônicos capitalistas (SODRÉ, 1999).

Desta maneira, para Anderson (1995) a derrocada do comunismo na Europa e na União das Repúblicas Socialistas Soviética (URSS) no final da década de oitenta permitiu um segundo impulso a doutrina neoliberal, decorrente do fortalecimento do ocidente após guerra fria, fazendo vigorar o capitalismo avançado de Reagan e Thatcher, que seria propagado pelo grupo dos sete, apoiados nas ideias de Hayek e Friedman, de encontro o estado de bem estar social keynesiano.

Tanto Reagan como Thatcher compartilhavam do mesmo discurso ideológico, asseveravam que os governos exerciam sobretaxas à população, regulava em excesso o mercado, além do peso exercido pelos funcionários públicos e dos sindicatos nas contas públicas. Nesse cenário caberiam aos Estados vigiar as regras que recaíam sobre a concorrência de mercado e garantir que os indivíduos se tornem adaptados a ela sem questionar (DARDOT e LAVAL, 2016).

No livro "O fim da história" publicado em 1992 por Francis Fukuyama, o autor denota chama atenção para o encerramento da disputa entre ideologias, na medida que o capitalismo avançou a doutrina neoliberal se tornou preponderante, assumindo se como única alternativa econômica a ser seguida (FIORI, 2001).

Um fato histórico que trouxe à tona essa reflexão, foi a derrocada do comunismo, fazendo com que os países no mundo convergirem para o ideário neoliberal.

"A queda do muro de Berlim, a massacrante vitória "ocidental" na Guerra do Golfo e o melancólico fim da União Soviética criaram, no início dos anos 90, uma sensação apoteótica de que o liberalismo econômico e político havia vencido definitivamente a luta contra o nacionalismo e socialismo" (Fiori, 2001, p.22).

De acordo com Fiori (2001) nos anos noventa o neoliberalismo foi se consolidando como um pensamento único, inquestionável, baseado em escritos de Hayek, nos pensadores reunidos da sociedade de Mont Pelerin, numa doutrina que



elegeu o mercado como o santo graal, atomizando os agentes econômicos, por suas posturas individualistas no mercado.

Para Bourdieu (1998) o neoliberalismo se transformou num discurso inquestionável, porque um conjunto de forças a redor dele, o consolidam como o discurso mais forte, tal como pensa Goffman.

O neoliberalismo para Bourdieu (1998) gerou a destruição metódica dos coletivos e de todas as medidas políticas, à medida que, desde o liberalismo neoclássico, a preocupação central é com os indivíduos, o que engendrou o desmantelamento de forças que poderiam ir de encontro a ideologia liberal, como os sindicatos, reforçando o mercado puro.

Desta forma o neoliberalismo contribuiu com o imperativo do egoísmo nas relações sociais, a diminuição da solidariedade e dos atos coletivos, que de certa forma pode ter produzido discursos de ódio e movimentos conservadores. Podemos dizer então que o neoliberalismo produz um conjunto de subjetividades que foram aos poucos afetando a existência humana, propagando valores como a competição exacerbada entre os sujeitos, está encadeado com o surgimento de novas patologias, ou seja, uma nova razão do mundo (DARDOT e LAVAL, 2016).

Além de prezar pelo conformismo social, numa sociedade de mercado, a qual os agentes deveriam encarar a desigualdade como algo natural, que seria criada nos ajustamentos de mercado. Alguns dos princípios do neoliberalismo são as privatizações de firmas estatais, busca pelo equilíbrio das contas públicas, mercado livre e desregulado (FIORI, 2001).

Esse conformismo social teve como fundamento, além do reforço do individualismo, a atomização dos trabalhadores, que se desconectaram no momento que o mercado neoliberal, criou as carreiras trilhadas com base na competência individual, remuneradas por salário individual, reduzindo estruturas de defesa dos trabalhadores, aumentando o respeito as hierarquias empresariais, que controlavam e avaliavam individualmente os trabalhadores (BOURDIEU, 1998)

Esse impulso neoliberal na década de oitenta, segundo Harvey só foi possível, porque em setenta, muitos países estavam assolados em dívidas, viviam recessões econômicas aliadas a altas taxas de inflação, as políticas keynesianas trazidas mesmo com o liberalismo embutido, foram perdendo força, a receita com impostos dos estados se reduzia, o acordo de Bretton Woods que tinha o ouro como reserva monetária fixa, também já não respondia a moeda internacional, dado que o

dólar americano já era a principal fonte de financiamento de diversos países (HARVEY, 2008).

Fiori expõe que a própria globalização em resumo, foi uma maneira de subordinar países mais fracos da Europa e da América Latina as ordens dos países que adotavam a postura neoliberal no período (90) como Inglaterra e EUA.

A palavra de ordem, desde os fundadores do liberalismo é despolitizar a economia e reduzir ao mínimo a intervenção dos Estados na vida social.[...] Do ponto de vista ético, o liberalismo clássico sempre colocou o indivíduo e sua liberdade individual no primeiro lugar de sua escala de valores. (Fiori, 2001, p.78)

O neoliberalismo se difere do liberalismo clássico para Fiori (2001) por quatro características que lhe são caras e peculiares, de sua nova determinação econômica.

Primeiramente, o neoliberalismo teve a façanha de transformar a ideologia liberal clássica, numa linha econômica que postulou a ser o pensamento único. Corroborando nesse sentido, Dardot e Laval (2016) uma vez que o neoliberalismo propunha que o homem devia se submeter ao regime de mercado, se preparando para exercer profissões como especialista, de forma a se adaptar ao regime capitalista vigente.

Em segundo lugar Fiori destaca que as ideias neoliberais concretizaram-se em políticas dos anos oitenta em diante, devido a conjuntura da época, considerada o terceiro item elencado por Fiori, pois o momento social trazia o arrefecimento do comunismo na década de noventa, além da quarta característica citada por Fiori, como a diferença histórica pontuada entre as visões neoliberal e liberal clássica.

No que tange as características históricas e políticas, Fiori ressalta que o a nova versão do liberalismo foi um ferrenho ataque as instituições democráticas, contra o protecionismo e qualquer forma de intervenção estatal, como o *welfare state*, entendida no contexto neoliberal como uma extensão perdulária do estado para atender as pressões populares.

Entretanto, o liberalismo clássico para Fiori teve caráter mais revolucionário do que sua nova versão, já que no liberalismo clássico foi uma forma de retomar as liberdades individuais indo de encontro ao absolutismo e suas formas protecionistas sob o comércio.

O neoliberalismo baseado no *laissez faire*, na auto regulação do mercado foi propagando o rompimento de barreiras pelo mundo. Desde os séculos passados

Smith e Ricardo já aventavam a ideia de que a expansão do livro comércio iria engendrar a riqueza das nações de forma homogênea.

Entretanto, no século XX o neoliberalismo se colou ao conceito de globalização para propagar as ideias do liberalismo clássico, tais como desregulamentação financeira, visando aumentar a riqueza mundial, incluindo nesta façanha também os países periféricos.

Embora períodos históricos como a Revolução industrial no século XVIII ter provocado o crescimento econômico do ocidente, grande parte do resto do mundo se via na pobreza, ou seja, a desigualdade era perene mesmo nos momentos de pujança do capitalismo nascente. Assim como ocorre, com o fenômeno atual da globalização, que incitou o crescimento da China e Índia, e aprofundou a distância dos países pobres (DEATON, 2017)

Porém, Fiori (2001) nos alertou sobre o mito da convergência entorno do mercado único global, que teve como resultados a concentração de renda no mundo, e desde sua ênfase nos anos setenta, relegou uma classe social as suas prometidas virtudes, deixando de fora do mercado e classes marcadas pelas desigualdades sociais. (FIORI, 2001).

O conceito de globalização advém de setores administrativos, em que pese, suas contradições e múltiplas interpretações, a globalização representou diversas transformações do capitalismo avançado no final do século XX.

Para Galbraith a globalização serviu como mote ideológico para que os norte-americanos pudessem impor aos outros países a especulação do capital financeiro (FIORI, 2001).

Sodré destaca que caberia ao G-7 conter movimentos reformistas nos países fora do grupo, que deveriam apenas se adaptar as condições impostas pela dominação dos sete, essa contenção de ideias que almejaram ampliar a soberania destes países de fora, deu margem para a criação da doutrina dominante do neoliberalismo, diferente em termos práticos de sua efetivação, do liberalismo clássico que se atrela em grande parte ao avanço das forças produtivas da gênese do capital (SODRÉ, 1999).

Embora os países fora do grupo dos sete tenham heterogeneidades de constituição, a dominação penetrada via ideias neoliberais tem como base a aceitação incondicional, dessa nova “religião” econômica incontestada, gerando o que Sodré (1999) chamou de o “Fim da História”, que considera quem não aceita o

sistema um herege, por ir de encontro as ideias neoliberais, que se apresentavam com roupagem moderna e com cunho científico claro, com intuito de dominação quase colonial sobre os outros países.

De acordo com Sodré (1999) uma economia é tomada como colonial, a partir do momento que sua acumulação de capital se dá nos países estrangeiros, tendo pouca renda circulando internamente no seu país, deixando a mercê de organismos e empréstimos internacionais o controle do desenvolvimento nacional, esta teoria da dependência é para um Sodré um novo disfarce da doutrina neoliberal, que objetiva agir em prol da farra dos capitais internacionais em prol da dominação de países ditos de primeiro mundo.

No que se referem aos sentidos atrelados ao tema da Promoção da Saúde além de sua relação com a ideologia neoliberal, observaremos também que este conceito pode ser influenciado pelos ditames da globalização, entendida como um processo decorrente das crises estruturais do sistema capitalista (LEHER, 1998).

Este conceito de globalização se transfere para o campo educacional, sendo usado para legitimar consensos, firmar teorias, em prol da modernidade, do novo conceito (LEHER, 1998).

Tal fato, merece destaque nas análises que visam observar quais os sentidos atribuídos ao tema da Saúde, pois pode evidenciar ditames e práticas relacionadas à saúde que estão sendo abordadas não só na escola, mas também em todos os âmbitos que os profissionais de Educação Física se inserem, como academias, clubes, organizações sem fins lucrativos. É preciso que os professores apresentem aos seus alunos a saúde na sua visão ampliada, caracterizada por múltiplos campos do conhecimento e não abordando apenas superficialmente este conceito, deixando o tema da saúde ser usado como mais um artifício da teoria globalizante e neoliberal.

Em meados do século XX observamos que o mundo estava dividido entre duas potências econômicas, os Estados Unidos da América (EUA) e a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), que investiam em forças militares e armamento nuclear na disputa pela hegemonia mundial. O mundo estava partido entre países capitalistas e influências socialistas, os EUA espalhavam seu poder ofensivo militar ao redor dos continentes, ao passo que os soviéticos também detinha seu arsenal militar em crescimento global (SODRÉ, 1999).

A classe dominante brasileira tinha a intenção que o país se unisse aos nortes americanos, seguindo suas orientações financeiras e políticas sob as “províncias” dominadas, reforçando a força da globalização mundial.

Com a derrocada do muro de Berlim, essa divisão global paulatinamente foi cedendo terreno, para novas configurações sociais pelo mundo, os acordos de paz entre EUA e URSS, fizeram com que a ameaça ao sistema capitalista fosse definindo, com o declínio da influência soviética pela Europa, neste contexto reinava a superpotência norte americana, como única força ditar as regras de acumulação capitalista para os outros países, em especial os atrasados ou subdesenvolvidos (SODRÉ, 1999).

Nesse contexto, o ajuste de gastos e investimentos públicos em alguns setores na economia, são capitaneados pelo Banco Mundial, em nome do processo da globalização, visando garantir a estabilidade sócio econômica, retirando do Estado o financiamento de setores primordiais para a população mais vulnerável (RIZZOTO, 2005)

As finanças mundiais foram comandadas pelos acordos de Bretton Woods, sendo geridas pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e pelo Banco Mundial que visavam domínio por todas relações de troca e empréstimos entre países, de maneira que só existiria um mundo, sob a égide da globalização financeira (SODRÉ, 1999).

O desaparecimento do muro de Berlim, a derrocada da URSS, as mudanças no leste europeu, foram proclamados como fim da ameaça socialista. O mundo, agora, era um só – e pasto incontestado do capitalismo. [...] A história chegara ao fim: o mundo estava à mercê dos ditames norte-americanos, das regras do capitalismo. Ora num mundo unificado, globalizado, não haveria como lutar pelos mercados: agora o mercado era um só. (SODRÉ, 1999, p.16)

A partir do Consenso de Washington os organismos internacionais, sobretudo norte americanos, como o FMI desejavam impor aos países periféricos seu receituário para enfrentamento da crise do endividamento público, a condição para renegociação das dívidas e concessão de empréstimos internacionais era que os países periféricos seguissem a cartilha neoliberal, consubstanciando o Estado e suas formas de proteção, em prol de um modelo guiado pelo mercado privado (FIORI, 2001)

Este modelo se implantou no México na década de oitenta após moratória de sua dívida, que só seria concedida, após aplicação de reformas de cunho neoliberal em seu território, como redução de gastos fiscais e privatizações de empresas estatais, chamadas de “ajuste estrutural” (HARVEY, 2008).

Em troca das renegociações de dívidas o México teve que implementar o chamado ajuste estrutural que iria reformar suas políticas monetária e fiscal em busca da disciplina e rigidez, trazendo medidas como a privatização de empresas públicas, vendidas a baixo custo ao mercado, a desregulamentação da economia, dando liberdade aos agentes individuais que saberiam lidar com seus negócios, melhor que as regras fixas impostas pelo governo, como taxa de câmbio, acordos comerciais, deixando a concorrência imperar sobre as relações sociais (DARDOT e LAVAL, 2016).

Ao passo que, após as reformas institucionais e estruturantes arroladas no Consenso de Washington acreditavam-se que os países periféricos, poderiam estabilizar-se monetariamente e organizados em termos microeconômicos, para enfim, tenderem ao crescimento.

O setor de saúde pública, de acordo com encaminhamentos do Banco Mundial, deveriam financiar-se precipuamente pelas iniciativas privadas de Saúde, reduzindo deste modo, a participação Estatal no Financiamento do Sistema Único de Saúde que objetiva a garantia de acesso igualitário à saúde para toda população (RIZZOTO, 2005)

Desta forma reduzindo a proteção social em saúde que a população tanto necessitava. A globalização defendida pelos *chicago-boys*<sup>5</sup> detinha no mercado a mola principal de propulsão do sistema capitalista, renegando qualquer forma de intervenção do Estado na economia, em prol do livre comércio, e diminuição da proteção social (SODRÉ, 1999)

Deste modo de acordo com propostas do Banco Mundial vistas em Rizzoto (2005), o papel do governo federal no setor de saúde, se deslocaria de financiador principal, para funcionar como um agente regulador do sistema, vide, um

---

<sup>5</sup> Um grupo de acadêmicos a exemplo de estudiosos chilenos que foram se formar em economia nos Estados Unidos, gerando um laboratório social de transformação política econômica formando assim o grupo de Chicago Boys, visando mudar o paradigma econômico de um país por completo, através de regulações impostas pelos mercados, diferente do capitalismo protetor da antiga burguesia nacional, trocando os serviços de governo pelo mercado. Além de propor medidas para instaurar o mercado como regulador de várias áreas da sociedade, afetando assim a educação, a previdência social e a saúde (SILVA-PENA; PENA-SANDOVAL, 2019).

contingenciamento de custos, que seriam advindos da isenção de responsabilidades em prestar alguns serviços de saúde, que ficariam a cargo de instituições privadas de prestação de serviço em saúde. O neoliberalismo tinha a tendência de diminuir a seguridade social, relegando a subsistência o trabalhador (SODRÉ, 1999).

Com a diminuição do papel do Estado na economia, estaríamos negando em grandes partes, os direitos universais de saúde adquiridos por movimentos sociais durante a constituinte de 1988, que privilegiavam instituições públicas, filantrópicas e sem fins lucrativos, no que concerne, a prestação de assistência de saúde.

A caracterização da “era de mercado” pelo Banco Mundial é exemplar: advoga para uma “nova época de oportunidades” para a humanidade, cujos traços principais são “a liberalização dos mercados”, a “desregulamentação”, a “privatização”, o “equilíbrio/auto regulação” e o fim ou enfraquecimento dos Estados Nacionais. (RIST, 1996 *apud* LEHER 1998, p.121)

O neoliberalismo não visa somente deslocar o Estado da esfera produtiva na economia, para a regulatória, o enfraquecimento estatal, em prol da instituição mercado e das escolhas racionais dos agentes, tornariam no modelo neoliberal, o Estado um agente que afetaria as relações de neutralidade das trocas econômicas. (BRESSER-PEREIRA 2009)

O estado mínimo no modelo neoliberal, diminuiria a atuação estatal em setores que promovem o Estado de Bem Estar Social, como o setor de Saúde, onde o Estado brasileiro provém acesso ao Sistema Único de Saúde, que garante o atendimento em todos os níveis de complexidade na saúde, da prevenção aos tratamentos clínicos.

É importante ressaltar que a doutrina neoliberal teve suas regras impostas no Consenso de Washington, que propagou o mercado único, a redução do protecionismo social, e que “do ventre da globalização, surgiu aquilo que ficou conhecido como neoliberalismo” (SODRÉ, 1999, p.18).

De acordo com Fiori (2001) o termo Consenso de Washington é originário do economista John Williamson na década de 1990, porém já em oitenta, uma reunião sediada em Washington nos EUA, teve como objetivo organizar os preceitos neoliberais para criar um receituário que visasse arrefecer a crise econômica nos países da periferia do capitalismo, como a América Latina.

O Consenso de Washington se estruturou em três partes, a primeira de origem macroeconômica, que estabelecia o rigor fiscal, a busca pela austeridade, ou

seja, o controle de gastos do governo, reformas administrativas e previdenciárias que almejavam reduzir custos, e estabilidade monetária, estancando a inflação (FIORI, 2001).

Já a segunda parte tinha como metas reformas microeconômicas que desonerassem o capital produtivo, lançando-o na competição internacional, eliminando encargos sociais ao trabalho, diminuindo subsídios e proteção do governo, para que o sistema produtivo investisse naquilo que obtivesse larga escala e vantagens competitivas perante os concorrentes estrangeiros. Bem como, a terceira parte do Consenso que pretendia dismantelar a industrialização tal como era feita nos países periféricos (FIORI, 2001).

As reformas estruturais arroladas no Consenso de Washington intencionavam:

“a desregulação dos mercados financeiros e do trabalho; a privatização de empresas e serviços públicos, a abertura comercial e a garantia de direito de propriedade dos estrangeiros, sobretudo nas zonas de fronteira tecnológica e dos novos serviços” (FIORI, 2001, p.86).

O Consenso de Washington assegurou o conjunto de recomendações que os países assolados em dívidas deveriam garantir para que pudessem obter empréstimos junto aos organismos internacionais, dentre tais medidas, destacamos: o equilíbrio fiscal, diminuição dos impostos, abertura a capitais externos, liberalização comercial, privatizações, proteção à propriedade privada (DARDOT e LAVAL, 2016).



## 2 HISTÓRIA DA SAÚDE E REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

### 2.1 Medicalização da sociedade e a saúde

Herzlich (2008) afirma que a sociedade atual está passando por um processo de medicalização onde as pessoas se percebem, falam de si mesmas e dos outros pensando na lógica da saúde. Se pensarmos nos problemas sociais, como falta de saneamento básico, perpetuações de doenças, tudo isso pode ser uma forma de se expressarem as falhas da sociedade, assim as tensões sociais ficariam mais evidentes.

A partir dos anos 60 do século XX que se aprofundou o estudo da sociologia aliada à saúde, a pesquisa sobre temas como adoecimento, saúde na sociedade contemporânea, pela influência de autores como Marx (1980), Durkheim (1994), sendo na França e nos Estados Unidos, que surgiram mais estudos “médicos sociais” que abrangem a higiene, epidemiologia, relacionando a saúde, o adoecimento com a formação da sociedade vigente. Trazendo também contribuições de estudos antropológicos que além de fazerem uso de métodos etnográficos, como entrevistas e observações de campo, começaram a se influenciar por estudos da psicologia social, que levam em conta a subjetividade ou identidade dos sujeitos, sua relação com o corpo, o estigma social ligado ao processo de adoecimento.

Minakawa e Frazão (2018) corroboram com o aumento da influência médica sobre os problemas sociais e morais da sociedade atual desde a década de sessenta,

lembrando que o aprofundamento da democracia seria uma maneira de enfrentar a medicalização social, juntamente com políticas públicas sobre a saúde populacional, que atinjam as necessidades de saúde em nível mais amplo, ou seja, tratamentos clínicos não apenas individuais, mas que tenham repercussões sobre a vulnerabilidade social e o modo de vida da população.

Desta forma, questões tocantes aos agentes sociais como suas identidades, que eram precipuamente tratadas pela psicologia social, vão sendo apropriadas pela sociologia da saúde, que tem como temas focais: as histórias dos doentes, núcleo familiar, relações de poder entre paciente e médico, etc. (LUZ, 2008 in HERZLICH 2008)

Para Herzlich (MINAYO, 2008) o indivíduo é o sujeito ativo construtor de sua história e para entendê-lo, a autora parte para estudos sociológicos, como as representações sociais, encarando a saúde e a doença, não só pelo olhar médico, observando também a produção de discurso sobre a doença, suas construções de sentido, que advém da identidade de cada um, a partir do conceito de saúde e doença, a autora compreende a sociedade, como se pensa na modernidade, diante das angústias da contemporaneidade perante o seu futuro incerto.

Sobre este processo de medicalização social Herzlich (2008) ressalta que nos séculos passados onde se predominavam as patologias de ordem coletivas, as graves epidemias que assolavam grande parte da população, foram postergando a figura do doente em termos individuais. Com o crescente número de doenças crônicas atualmente, como câncer, este indivíduo é visto socialmente relevante e demanda cuidados, terapias, acesso a serviços de saúde, direitos de proteção social, o que também reverberou na sociedade o aumento do discurso que responsabiliza o sujeito doente pela sua condição de saúde, tornando o cuidado com a saúde um dever individual.

Esse processo de medicalização faz com que o corpo seja comparado a uma máquina, que será curado via cirurgias médicas ou cultivado pelo estilo de vida saudável, deixando para segundo plano valores subjetivos do sujeito adoecido. Bem como, citou Ilich, uma iatrogenia cultural, que reduz a relação cultural do sujeito com a doença, para ter maior ênfase na enfermidade (TESSER e BARROS, 2008)

Segundo Camargo Jr (2007) portanto, a medicalização é um processo que pode ser compreendido por duas vias, a primeira baseada na transformação de relações sociais para problemas de saúde, bem como a expropriação do cuidado principalmente de pessoas em vulnerabilidade, que se tornariam dependentes de cuidados médicos especializados (CAMARGO JR, 2007)

Zorzanelli e Cruz (2018) ressaltam que o conceito de medicalização em Foucault (2010) se apresenta com dois sentidos distintos, o primeiro tocante ao higienismo nas cidades europeias no final do século XIX, que visavam erradicar doenças na sociedade, intervindo no sanitarismo da cidade.

E uma segunda versão, associada ao caráter indefinido da medicalização, que perdurou do século XIX até a atualidade, já que o saber médico saiu do seu campo, para se expandir por toda a sociedade, o que reverberaria no biopoder, via controle da vida da população, pela intervenção médica, marcada pelo discurso da

verdade, da autoridade do médico. Logo, caberiam aos políticos e médicos em conjunto a redução de doenças, governar as pessoas, para promover a saúde (ZORZANELLI, CRUZ, 2018).

Herzlich (2008) afirma que a saúde não é mais hoje em dia um campo de estudo apenas biológico, desde após a segunda guerra mundial avançaram na França e nos Estados Unidos, estudos de escopos multidisciplinares para lidar com o novo sujeito doente, com sua condição de saúde na sociedade mais medicalizada, dado que, quando os países envolvidos em conflitos bélicos tomaram consciência do estado de saúde de seus recrutas, começaram a suscitar a solução de problemas no acesso ao atendimento de saúde populacional, notando o avanço do campo multidisciplinar que conjuga a sociologia e a saúde.

“A questão não era o que as pessoas sabem sobre a doença ou as doenças, mas o que representam para as pessoas a saúde e a doença como noções, valores, experiências.” (HERZLICH, 2008, p.33).

Segundo Costa et al. (2006) a medicalização social se aprofunda quando emerge a consolidação da medicina moderna no século XVIII, baseada na neutralidade, nas leis médicas universais. Essa medicalização é notada pelo avanço de produtos ligados ao consumo médico, a princípios higiênicos que guiam a vida cotidiana e laboriosa, intervenções de médicos especialistas para tratar desvios de saúde.

Costa et al. (2006) ressalta que nesse período se valorizava bastante o saber médico, pautado no biológico, corporal, que acompanhado de um capitalismo nascente configurava o médico como um ser que proveria a cura, imputando normas e costumes sociais, para tratar as doenças como desvios.

Dessa forma o higienismo se ligou ao Estado industrial que para manter seu poderio político sobre as pessoas, inculcava valores, cuidados, para prevenir doenças (COSTA ET AL., 2006).

Em maio de 1968 na França, em decorrências de vários movimentos políticos e sociais, como as greves estudantis contra o governo, em defesas de causas esquerda, a sociedade vigente começou a ter suas estruturas abaladas, o que engendrou também mudanças em contextos científicos, neste período a saúde se aprofundou como problema social, o poder médico inquestionável até então, foi criticado, junto com a medicina capitalista, questionando a sociedade baseada na

lógica capitalista como um todo, onde os doentes eram o grupo dominado, oprimido, assim como os trabalhadores pelos donos de meios de produção.

O surgimento da AIDS, gerou uma sensação de risco epidêmico na sociedade por volta dos anos 80, pela ameaça ao futuro, a medicina demorou a responder a essa doença, incitando uma ampliação de seu estudo apenas clínico, abrangendo as ciências sociais e humanas, para entender o processo de estigmatização que sofriam os infectados, como esses grupos se organizaram entorno de direitos sociais, os laços sociais que amigos e parentes estabeleciam com os infectados, temas que iriam além da medicalização da doença.

Desta forma, a AIDS não era observada por Herzlich (2008) pelo seu tom calamitoso do futuro longínquo social, mas sim pela mobilização social, da sociedade civil, poder político imprensa e como esses atores interagem para debater direitos sociais, sexualidade, temas que gravitam entorno da doença.

De acordo com Warmling et al. (2018) a vida coletiva se transformou num objeto biopolítico tal como pensava Foucault (2010), o que determinou as práticas de intervenções médica nas esferas sociais, garantindo também a autoridade do saber médico, dessa forma então pensar em modelos desmedicalizadores, seria buscar respostas conjuntas nas áreas sociais, humanas, naturais, expando a noção biomédica.

De acordo com Camargo Jr (2013) o conceito de medicalização é visto de diferentes maneiras, uma delas seria a proposição de Foucault, nessa a sociedade seria submetida as proposições da medicina moderna; já para Zola a medicalização se apresenta como um controle sobre a sociedade, bem como a terceira visão de Conrad, que trata a medicalização como uma mudança que classificou problemas antes não tomados como médicos, como doenças. Dessa forma levando em conta o entendimento de Conrad, sobre medicalização, pode-se citar que o movimento gay, atuou como uma frente vitoriosa social, ao lutar pela exclusão da homossexualidade como diagnóstico psiquiátrico, ou seja, o movimento em prol de uma desmedicalização.

Pais, Menezes, Nunes (2016) ressaltam que se verifica atualmente um crescente número de diagnósticos médicos, como transtorno de déficit de atenção, hiperatividade, submetendo crianças e adolescente a remédios controlados, tal fato se atrela a medicalização da sociedade, que também transpareceu no ambiente escolar, naturalizando assim problemas de ordem complexa de crianças por meio do

discurso médico patológico, gerando rótulos para esses educandos, consequências para a autoestima e autoimagem.

Essa tendência de medicalização escolar, pode retirar a responsabilidade da escola no que tange a resolução de problemas de seus alunos, apontando então suas fragilidades, direcionando-os apenas para o médico (PAIS, MENEZES, NUNES, 2016).

Cruz, Okamoto, Ferrazza (2016) nos lembram que a escola é hoje influenciada pelo processo de medicalização, mediante de várias crianças serem encaminhadas para tratamentos médicos, porém questionam se de fato os profissionais da saúde deveriam atuar no âmbito escolar.

Esse processo de medicalização tem sua inserção no seio escolar no momento que professores tendem a buscar soluções rápidas para problemas complexos da criança, terceirizando ao saber do médico a solução, antes de dar o devido tratamento pedagógico necessário a criança, ou seja, uma repercussão do higienismo, ao justificar a intervenção do médico nas várias esferas da sociedade, como a escola (Cruz, Okamoto, Ferrazza, 2016).

### 2.1.1 Vitalidade e saúde

Para Czeresnia (2012) é importante lidarmos com conceitos como vida e saúde, de forma que articulemos saberes, por meio da transdisciplinaridade que envolve cientistas, médicos, sociólogos, física, biologia, para que conexões do conhecimento sejam feitas, visando novas explicações para os fenômenos, citando que assim chaves abrirão novas fechaduras, tal como imunologistas fazem analogias com anticorpos e antígenos.

Sobre a vida Czeresnia (2012) ressalta que em nosso corpo, no intestino já existia vida de vários microsujeitos como bactérias, sendo um organismo constituído de milhares de sujeitos. Deste modo, identificar o micro organismo como agente causal principal de acometimentos de doenças na população é falho, devido ao fato de que cada sujeito que entra em contato com o micro organismo, tem uma reação clínica diferente, uns adoecem gravemente enquanto outros não são abatidos.

Assim como propõe Canguilhem (2006), Czresnia (2012) acredita que a vida é compreendida pelo próprio ser vivo, sendo a vida polaridade, uma vez que reage a doenças, a uma lesão, difere pelas condições do meio, sendo a vida uma atividade que envolve um juízo de valor, qualificando em termos de uma norma.

Embora, a vida seja entendida pelo sujeito, a vida só existe em contato com o outro, o qual vem se reduzindo na sociedade contemporânea, que privilegia os atores individualizados, segmentados, porém o ser vivo só se consolida quando se abre para o outro, para o mundo. De forma que a individualidade é relativa, mesmo a noção de risco epidemiológico contribua para o individualismo, que cerca fronteiras ao outro.

O risco pressupõe que os sujeitos irão calcular diversos cenários sobre seu futuro, a probabilidade biomédica de um evento ocorrer, dando uma nova forma de vida, sustentada pela vitalidade. Essa nova ética amparada no conceito de risco está ligada as formas de otimização da vida, do corpo pela biomedicina, de modo que, os sujeitos podem buscar sua própria realização em produtos da indústria farmacêutica. Dessa maneira, essa nova subjetividade traz o engajamento dos sujeitos em auto gerenciarem suas vidas, em prol de não incorrerem em riscos futuros sobre sua saúde (SPERONI, 2016).

Nesse sentido, Vasconcellos-Silva et al. (2010) demonstraram que o consumo de produtos para a vitalidade visa aumentar o número de anos de vida não sujeitos ao risco de saúde, um prolongamento da vida.

Portanto, essa maneira de otimizar a vida, aprimorar o corpo é vista no desenvolvimento de aparatos tecnológicos que visam melhorar a vitalidade humana. Resgatando o conceito de economia da vitalidade de Nikolas Rose, Bastos et al. (2013) pode-se ressaltar que o sujeito fica dessa forma responsável por sua própria saúde, porém suas ações sua mediadas pelo cálculo dos riscos futuros, ou seja, por um cenário incerto (BASTOS, ET AL., 2013).

### 2.1.2 O conceito de risco

O conceito de risco afugenta as pessoas pra o contato com o outro, fazendo com que aumente o individualismo. Czeresnia (2012) afirma que o metabolismo já é

capaz de fazer julgamentos de valor, ou seja, exercer capacidade normativa, qualifica o que deve selecionar, excretar, mostrando que a vida é relacionada com posicionamentos de valor, tal como propõe Canguilhem (2006).

O homem moderno é dono de si, do seu destino, pela racionalidade tem a crença da liberdade autônoma sobre suas escolhas diante das incertezas do mundo, e tem como base de suas decisões a noção de risco, por isso busca escolhas que o minimizem, para isso o indivíduo corre para a orientação de especialistas da vida que por meio da ciência tutelam as escolhas dos sujeitos, norteiam os melhores caminhos, tendo sistemas abstratos como guias.

O risco é um desses sistemas que se evidencia pelo controle estatístico, que mensura a probabilidade do risco ocorrer, chances matemáticas de risco para a saúde, pré disposição para doenças, desta forma políticas de promoção da saúde, estudos sobre o comportamento e estilo de vida são maneiras de se observar como o risco impacta a vida das pessoas. “Identificar e reduzir riscos tornaram-se objetivos centrais da saúde pública. A gestão de risco é fundamental para o discurso da Promoção da Saúde, que procura reorientar as estratégias de intervenção na área da saúde” (CZRESNIA, 2012, p.10).

A Promoção da Saúde definida na Carta de Ottawa (OMS, 1986) traz a noção que a comunidade é convocada a se capacitar, para participar, propor melhorias para a saúde local, ter autonomia para lutar pela sociedade, seu bairro, e decorre da absorção da noção de risco.

O conteúdo risco epidemiológico surgiu a partir dos estudos de doenças transmissíveis onde se verificou que o micro organismo não é a explicação total para a disseminação de doenças, dado que, contato com o agente causal de doença as pessoas não são acometidas da mesma forma, emergindo daí o estudo estatístico sobre o percentual de pessoas que adoecem, a influência do cálculo probabilístico sobre o risco, para que se observe matematicamente a relação entre causa (micro-organismo) e efeito (doença), isolando assim o elemento que se deve analisar, tal como um modelo matemático.

Criando assim, reduções para que o modelo se viabilize, porém assim o modelo inventa sua própria lógica de funcionamento, que difere da realidade, ocorrendo uma inversão, pois o risco acaba sendo interpretado por um sistema abstrato, que visa a redução da realidade para que se construa um método científico, entretanto, não se estuda o fenômeno em sua totalidade, apenas uma

representação que encena a realidade, o que leva uma compreensão menor do problema.

A noção de risco tende a deslocar para o indivíduo a responsabilidade pelo seu adoecimento, num processo de culpabilização da vítima, o qual, o sujeito deveria auto gerenciar sua vida, objetivando minimizar os riscos para sua saúde, tendo um comportamento balizado pelo estilo de vida saudável. Nesse sentido se o sujeito adoecer a falha estará em si mesmo, no seu má gestão de riscos (PALMA, ABREU E CUNHA, 2007).

A noção do risco geralmente é admitida como verdade, um recurso empírico, para contrapor o sedentarismo tido como um fator de risco para doenças. Desse modo, numa lógica individualista da saúde, o esporte surge como uma ferramenta para gerir riscos contra o sedentarismo, logo o esporte e a atividade física são utilizadas com a função de reduzir riscos e enfermidades (LAGOS, 2016).

Sevalho (2012) traz uma contribuição para o conceito de risco epidemiológico ao ressaltar a figura do "homem dos riscos" baseado em Almeida-Filho, e do "homem lento" de Milton Santos. Esses modelos de homem são opostos, à medida que, o homem lento resiste as tentativas individualizantes da globalização mundial, diferente do homem dos riscos, que opera pela lógica competitiva, individual.

O risco em Almeida-Filho (2007) advém da ideia do cálculo de probabilidades, quantitativo, medindo-se a ameaça à saúde, a partir de inferenciais temporais, não se localizando no sujeito, mas na população.

O homem lento então constrói relações identitárias com os outros, uma aproximação social, diante da perda de coletividade imposta pela globalização, ainda promove a solidariedade (SEVALHO, 2012).

Bagrichevsky et al. (2010) demonstra que a adoção do sedentarismo no discurso pós moderno é considerada numa conduta de risco à saúde, uma falta de cuidado consigo, a falência moral, uma indolência, Esse discurso persegue os sujeitos, modelando um estilo de vida saudável, culpabilizando os sujeitos que de alguma maneira estão expostos aos riscos antes pré calculados. De modo que, a norma social vem sendo substituída pelo risco, não deixando margens de escolhas de diferentes modos de vida, preponderando o estilo de vida saudável.

As condições ambientais e as características inerentes ao indivíduo que podem predizer o nível de probabilidade de alguém assumir um risco em sua saúde, ou seja, calculam-se as prováveis possibilidades de uma pessoa adoecer. Culpar um



sujeito pela sua má gestão de riscos ou de sua saúde é inculcar em um erro, mediante vários fatores envolverem a vida de uma pessoa, tais como: rotina de trabalho excessiva, privação do sono, uso de substâncias químicas e fármacos, condições de moradias em vulnerabilidade social (PALMA, ABREU E CUNHA, 2007).

Para Castiel et al. (2014) a noção de risco precisa ser revisada em Foucault (2010), pois a gestão da população se dá por taxas como de nascimento, de nível de riqueza, ou seja, processos de controle da vida, que existem para modular, reduzir riscos biológicos da população via regulação biopolítica de marcadores agregados da população.

A promoção da atividade física como um mecanismo de redução de fatores de riscos para a saúde tem como foco estratégias que almejam alterar o comportamento dos indivíduos, não se pode negar os benefícios que sua prática pode trazer para saúde, porém suas vantagens são engrandecidas, reduzindo assim o debate sobre o contexto social onde se promovem tais atividades (FERREIRA, CASTIEL, CARDOSO, 2017)

Ferreira, Castiel e Cardoso ainda acrescentam na noção de riscos, conceitos de Giddens (1991), ao apontar que a vida implica riscos individuais ou coletivos, sejam eles percebidos de quatro formas diferentes.

A primeira seria a aceitação pragmática do risco, já que não se tem controle sobre a qualidade da vida, basta sobreviver; bem como o otimismo sustentado em relação ao risco, que deposita total confiança na estrutura racional científica para resolver os problemas humanos, entre eles os médicos, e o engajamento radical com relação aos riscos, que envolve a disputa política, movimentos sociais, que geralmente se organizam em esferas democráticas para melhorar as condições que podem interferir na exposição de riscos em saúde, como os riscos ambientais, por último o pessimismo cínico, que se referem a respostas ansiosas, irônicas, ao risco de maneira psicológica (FERREIRA, CASTIEL, CARDOSO, 2017).

Para Castiel (1999) o risco é proveniente de "potencial" de contágio através de estudos agregados populacionais, para ser transferido ao possível nível individual, nesse sentido o sujeito precisa ter uma postura moralizante, evitar corromper seu estado perfeito de saúde, para não contrair riscos, sendo os fatores de risco eminentemente de caracteres biológicos, como idade, grupo étnico, gênero. A questão do potencial para descobrir um risco é equiparada a previsão do futuro,

de modo racional acredita-se ser possível controlar ou administrar o risco mediante a adoção de um estilo de vida sadio, mediante uma vida ponderada gerindo riscos.

Almeida-Filho e Coutinho (2007) o conceito de risco acompanha e epidemiologia moderna e inicia sua formalização na década de 1980 para retratar a probabilidade de ocorrências de doenças, para ser um instrumento de predição e gestão da saúde. Sendo assim, o conceito de risco parte da lógica indutiva de Platão, ou seja, da análise de fenômenos particulares para o universal, transferindo para a saúde, observa-se a repetição de eventos do processo saúde-doença, para verificar sua regularidade reprodutiva.

### 2.1.3 Saúde e a pós modernidade

O contexto social pós moderno exerce influência sobre a Saúde Pública e a estratégias governamentais sobre Promoção da Saúde, deste modo é preciso que analisemos como a pós modernidade se define e quais suas características que irão afetar a Promoção da Saúde.

Diferente de Lyotard que acredita no mundo pós moderno como demarcação temporal, Giddens (1991) pensa que a pós modernidade é um aprofundamento das características modernas, tais como o dinamismo que separa e distancia a noção de espaço e tempo, mesmo que no início do mundo moderno o tempo era mensurado pelo relógio e de calendários, na modernidade em seu estágio avançado, o espaço e o tempo começaram a se desencaixar, pelas relações mediadas por contextos virtuais, que não mais criavam relações sociais de proximidade, mas desencaixadas do ponto de vista da ordenação do espaço e tempo (LEFEVRE e LEFEVRE, 2004).

Souza et al. (2017) a sociedade da pós modernidade convive com contradições entre o global e o local, desenvolvimento e desigualdade, opostos que interferem de sobremaneira no modo de agir, se comportar, no adoecimento dos indivíduos. Duas pessoas obesas por exemplo, se diferem pelo contexto sociocultural que vivem, pela classe, pelas condições de conhecimento sobre sua condição.

Nesse cenário pós moderno que observa a perspectiva do modelo triangular de Lefevre e Lefevre (2004) para entender o processo saúde e doença, ao

apresentar três categorias, tais como: o indivíduo, o sistema produtivo e os profissionais da saúde, no que tangem aos seus sentidos da saúde atribuídos por cada grupo, de modo que, para os indivíduos a saúde é uma sensação, para o sistema uma mercadoria a ser consumida, e para os profissionais um meio de reafirmar sua autoridade (SOUZA ET AL., 2017)

Outro traço da pós modernidade é sua liquidez (BAUMAN, 2007) relacionada à saúde vista através do estudo de Rossoni (2015), que observou residentes atuantes no Sistema Único de Saúde, diagnosticando o caráter transitório da saúde, sua fluidez, fruto de incertezas, que impede a segurança em referências narrativas pelos homens. Em saúde isso é visto, pelas adoções de políticas não continuadas em governos posteriores, bem como a troca de equipes médicas em unidades básicas de saúde, denotando falta de planejamento e transitoriedade. Essas incertezas geram a divisão dos indivíduos, incentivando atitudes competitivas, perda da força coletiva, reduzindo o papel do Estado, no nosso caso, na saúde.

O século XXI é um tempo de flagelos, crescimento desordenado das cidades mediante Revolução Industrial, sem acompanhamento de ferramentas sanitárias básicas nas cidades, porém foi no século vinte, que a saúde se tornou pública, e pelo seu zelo e excessiva proteção foi gerando ações de planejamento de riscos, já em tempos pós modernos, observa-se uma busca incessante pelas tecnologias médicas em prol da cura de doenças, uma crise da saúde, que combina avanços terapêuticos, com uma sociedade que sofre por fatores não biológicos que influenciam a saúde, como a elitização das cidades e a marginalização de periferias (CHAMMÉ, 2002).

O indivíduo pós moderno vive em conflito com seu pertencimento, em alguns momentos ele está imerso aos meios de comunicações globalizados, em outros está em sua comunidade tradicional, assim sendo, a pós modernidade é composta por novos elementos em relação ao tradição, como a industrialização nascente, a mercantil força de trabalho, a supressão do espaço e tempo (GIDDENS, 2002).

Clarindo (2014) em seu estudo de base geográfica, destacou que mesmo com os traços marcantes da pós modernidade em certas localidades, como a Serra das Almas, ainda pode-se afirmar que ali se vive o conceito de territorialidade na região, ou seja, a troca de contato social entre as pessoas, a cultura de grupos heterogêneos, o que podemos supor que favorece uma maior cooperação social em prol de condicionantes sociais da saúde numa região. Como pôde observar Clarindo,

enfatizando a presença da medicina popular nessa região, bem como noções espirituais sobre a saúde, apesar da prevalência do processo saúde e doença visto pela perspectiva biológica.

Águila e Sicilia (2014) relacionaram em seu estudo que a atividade física nos centros *fitness* da Espanha são um caso aparente da pós modernidade, pois refletem a tensão entre a percepção e autonomia dos sujeitos, a liberdade e a subjetividade da ação individual.

Em que pese alguns autores como Lyotard apontem que existe uma nova sociedade ocidental pós moderna, enquanto Giddens já ressalta esse novo período como uma radicalização da modernidade, esses novos valores pós modernos, também reverberam nos esportes e na atividade física. Sendo assim, destacam que o esporte competitivo e controlado pelas federações é por eles chamado de moderno, enquanto o competitivo e recreativo como influenciado pela pós modernidade (ÁGUILA E SICILIA, 2014).

Os centros *fitness* espanhóis aparecem como um local de oferecimento de atividade física saudável para a população, extrapolando práticas de musculação, ou de ginásio como lutas ou dança, hoje permitem o controle emocional, a educação sanitária, ligado também ao estilo de vida saudável, o cuidado com o corpo, a comportamentos como a alimentação saudável, ou seja, a uma nova cultura estética pós moderna.

Entretanto, ainda nessas práticas esportivas prevalecem valores modernos como a racionalização, a orientação para o consumo de produtos *fitness* e o modelo mercantilista (ÁGUILA E SICILIA, 2014).

O sujeito pós moderno se diferencia do homem da modernidade baseado na razão iluminista, dado que, o contexto da pós modernidade é influenciado pela globalização, pelas novas comunicações, pela mobilidade, flexibilidade de relações, a descentralização do poder, a necessidade de se viver independentemente, de maneira livre (PRÓCHNO, BESSA, 2016)

Para Lyotard (2009) a condição pós moderna advém do questionamento desses metadiscursos, a narrativa então que sustentava a modernidade começa a ruir, diminuindo a legitimação dos seus objetivos, seus atores principais.

Não obstante, a perda dos metarrelatos, a sua legitimidade social começa a ser buscada em aparatos informacionais e tecnológicos, onde quem detém o saber técnico estará à frente de seu tempo.

O saber científico é um discurso que sustenta a sociedade pós moderna, sendo afetado pela transmissão de conhecimentos, que circulam via aparelhos de tecnologia, assim como o transportes revolucionou a circulação de pessoas na era moderna, de forma que as saberes não formatados para leituras nas máquinas foram sendo ultrapassados, e os produtores de conhecimento tiveram que dominar estas tecnologias (LYOTARD, 2009).

Nesta nova configuração social o saber é produzido já visando sua troca, sua comercialização, gerando novas produções, quebrando o ciclo o qual apenas o Estado-Nação detinha a produção e a circulação de saberes e conhecimentos, a própria mercantilização do saber técnico pressupõe a noção de transparência, dando liberdade a publicização do comércio de saberes (LYOTARD, 2009).

Assim como a transparência, o saber se relaciona como liberalismo econômico, pois os conhecimentos tendem a circularem no mercado produtivo com intuitos de troca, pagamentos, deixando de ter sua relevância política, social (LYOTARD, 2009)

O capitalismo na fase pós moderna devido as suas novas tecnologias, reconfigurou o papel do Estado, dando a pessoas as funções de regulação e produção, para isso elas podem se informar, buscar conhecimentos de técnicos com *expertise* em determinadas áreas, sendo então a classe que dirige a sociedade, composta de profissionais de grandes empresas, líderes de órgãos sindicais e não apenas um seleto grupo de políticos. Neste novo emaranhado social, os partidos, os Estados-nações, as instituições modernas vão deixando de ser atraentes para a sociedade (LYOTARD, 2009)

Assim como preza o liberalismo econômico, Lyotard (2009) lembra que desta maneira, a vida é entregue livremente a cada pessoa, "deixada à diligência de cada cidadão. Cada qual é entregue a si mesmo. E cada qual sabe que este si mesmo é muito pouco" (LYOTARD, 2009, p. 28)

Na modernidade observamos avanços na saúde populacional, como o acréscimo do número de anos de vida, o acesso a novas tecnologias em saúde, entretanto, a pós modernidade trouxe uma difícil tarefa de solucionar para a saúde pública, como o aumento do número de doenças crônicas nos países subdesenvolvidos, o próprio modo de vida das pessoas na pós modernidade, estressante, corrido, as moradias em cidades violentas, fizeram com que surgissem doenças associadas a vida nas cidades.

De modo que as transformações sociais do mundo pós moderno reverberaram na saúde pública, que teve que lidar com doenças decorrentes da pobreza, tais como doenças infectocontagiosas, advindas de quadros de desnutrição, somadas com doenças que decorrem do modo de vida da sociedade capitalista, como a obesidade, as doenças crônicas (LEFEVRE e LEFEVRE, 2004).

## 2.2 Promoção da saúde, saúde pública e seus diálogos com a educação física

Existem várias abordagens sobre o estudo da promoção da saúde, a primeira delas tem como temas principais o risco, a saúde e o olhar médico vista em Lupton (2013); e uma segunda de um escopo crítico de (Castiel, Santos e Moraes, 2014) e Pedraz (2007).

Desde o século XXI, a saúde pública se fixou no controle dos corpos, porém passam a responsabilidade para cuidar de uma doença contagiosa para o sujeito, assim a promoção da saúde individualiza e se associa ao estilo de vida que não gera doenças e ao comportamento individual, a educação em saúde então legitima ideologias e condutas com o corpo, para se alimentar bem, se engajar individualmente em atividades físicas, ter auto controle, auto disciplina sobre o corpo, reverberando assim na dialética da saúde pública, ao mesmo que dá liberdade aos sujeitos, se contrapõe aos direitos da sociedade controlar os corpos individuais em nome do discurso da saúde, gerando campanhas publicitárias de saúde, sobre conhecimentos e perigos do risco, a vida *fitness*, um discurso individual de disciplinamento (LUPTON, 2012).

Lupton (2003) analisou os currículos de escolas australianas para identificar a relação da saúde com a Educação Física, observando a presença marcante da saúde vista pelo eixo neoliberal, em que pese a influência da nova educação física que teve origem na Grã Bretanha dos anos noventa, juntando a saúde e a educação física, ultrapassando a saúde por uma visão biomédica e individualista.

Para Lupton (2003) o neoliberalismo retoma princípios do liberalismo clássico, como atores racionais, autonomia, estado não intervindo em assuntos de ordem privada, fazendo com que os indivíduos se tornem sujeitos de si mesmo, uma liberdade para atingir a felicidade e o sucesso individual.

A educação física não está fora desse discurso neoliberal, uma vez que a própria escola é um local de reprodução das noções neoliberais de cidadania, transformando os alunos em autodisciplinados para atingir seu potencial escolar, ou seja, também propagada o discurso subjetivo que impõe relações de poder. (FOUCAULT, 2010; LUPTON, 2003).

Lupton (1999) o risco antes da era moderna era um termo neutro, concentrado nas probabilidades, ganhos e perdas, porém pode-se dizer que o risco com o avançar dos anos, foi sendo associado ao potencial de perda negativa, quase um sinônimo para perigo, introduzindo uma nova dimensão moral ao risco. Sendo assim, vemos o sucesso do instrumental moderno racional para evitar problemas de saúde, para isso buscam conhecimento sobre o perigo, o risco identificando suas consequências, estimando a sua magnitude e probabilidade.

Isso, criou uma nova subjetividade pós moderna da saúde, não mais vista como a ausência de doenças (WHO, 1985), o risco impõe uma categoria moral, geralmente o negativo do desejo de estado saudável, o que é uma posição política, que responsabiliza o sujeito pelas suas ações, retirando seus direitos, uma subjetividade do risco que culpa o sujeito, diferente do engajamento social na saúde.

Lupton (2013) ressalta que algumas campanhas desenvolvidas para a saúde pública geralmente tendem a focar na mudança de comportamento das pessoas, despertando em suas propagandas emoções e sentimento de nojo e repulsa ao não considerado saudável, opondo o sujeito comportado moralmente, dos outros que não seguem as regras, o problema disso, seria a exclusão e marginalização de grupos sociais já desfavorecidos ou estigmatizados socialmente.

Dessa maneira, Lupton (2013) afirma que algumas campanhas desenvolvidas para a saúde pública geralmente tendem a focar na mudança de comportamento das pessoas, despertando em suas propagandas emoções e sentimento de nojo e repulsa ao não considerado saudável, opondo o sujeito comportado moralmente, dos outros que não seguem as regras, o problema disso, seria a exclusão e marginalização de grupos sociais já desfavorecidos ou estigmatizados socialmente.

Essas campanhas de saúde pública que utilizam do artifício do nojo, empregam dispositivos como demonstrar a fragilidade física do envelhecimento, órgãos doentes, corpos humanos de pessoas que não tem autodisciplina para o cuidado, afetando a dignidade moral das pessoas (LUPTON, 2013)

Dessa forma, essa forma de mudar o comportamento dos indivíduos por campanhas publicitárias de saúde pública, por meio do nojo e da repulsa de comportamentos não saudáveis, atua desfilando o ideal de perfeição do corpo humano, exaltando hábitos de vida de alguns grupos sociais, excluindo os mais vulneráveis, tornando-os repugnantes e marginalizados (LUPTON, 2013).

Castiel, Ferreira e Moraes (2014) ressaltam que a propagação do estilo de vida saudável, o autocontrole na promoção da saúde visto pela busca de consumo de alimentos saudáveis, o medo do ganho de peso, são práticas do cuidado de si, formas moralistas de se viver, nesse sentido embasam suas teorias numa perspectiva crítica sobre a promoção da saúde embasados em Michel Foucault (2010).

Esse ideário da alimentação da saudável gera um autocontrole nas pessoas, que evitam ingerir alimentos calóricos, sendo uma proposta de autocuidado na saúde, uma forma de domesticar os corpos, controlar seus impulsos diante do prazer em consumir outros alimentos fora a dieta saudável, para isso alçariam a vitalidade, vista como forma de prolongamento da vida. Essa ética moralista está dentro do modelo capitalista neoliberal globalizado, que apregoa a liberdade de escolha entre os sujeitos, o individualismo exacerbado, no sujeito que de forma autônoma irá ponderar custo e benefícios de suas escolhas, de modo racionalizado. Num sistema que geralmente engendra efeitos deletérios aos sujeitos, como a patologização, sofrimento do homem, responsabilização dos indivíduos culpando-os por suas escolhas indevidas sobre sua saúde (CASTIEL, FERREIRA, MORAES, 2014).

Baseados em Foucault os autores, afirmam que essa busca pela vida saudável é moralizada pelo autocontrole, que só ocorre porque os sujeitos vivem num modelo capitalista globalizado, que impõe o racionalismo. Pela imposição de imperativos de comportamentos saudáveis, urge um ideário de vida, que tende a gerir a população, como um corpo social de Foucault, via controle de taxas de nascimento, óbitos, para então prevenir a população de riscos em sua saúde, tal como uma regulação e um controle biológica, ou seja, os agregados biológicos dos humanos, suas taxas, fazem parte da biopolítica, por meio da estatística, demografia, gerando uma sociedade que afugenta e teme os riscos para sua saúde, fragilizando relações entre os homens, o medo do estranho e o controle dos indivíduos (CASTIEL, FERREIRA, MORAES, 2014).



Pedraz (2007) ressalta que a definição de saúde é elaborada pelo estabelecimento de relações de poder, é atravessada pela imposição que as classes dominantes lidam com o seu corpo, baseadas no discurso técnico, coincidindo com as exigências do capitalismo pelo consumo. É notória a propagação da atividade física e do esporte para promover a saúde, porém essa ideia considera o esporte um meio de corrigir a moral social, operando pela lógica individualista.

Os hábitos saudáveis corporais são assim legitimados, por um campo de circulação de produtos relacionados ao esportes, para melhorar a imagem do corpo, como vestuário, suplemento. Pedraz (2007) então tem como tese que a relação entre exercício físico e saúde, é um expoente da colonização de culturas, a transparência da sociedade de consumo, inculcando valores biológicos na sociedade, por meio da medicalização, e a desportivização das relações sociais. O estilo de vida saudável para Pedraz (2007) é uma representação do poder que determina esse comportamento, pela racionalidade científica.

### 2.2.1 Determinação social da saúde

Pettres e Ros (2018) o modelo da Nova Promoção da Saúde surgiu como uma maneira de sobrepor a visão biomédica que caracterizava a saúde pelo olhar curativo, hospitalocêntrico, dessa forma a partir dos anos de 1970, que a saúde começa a ser pensada sobre a forma de sua determinação social, baseado em estudos sobre educação em saúde, como da área da epidemiologia crítica, ampliando a maneira como se entendia o processo saúde-doença, relacionando-o às relações sociais da produção capitalista.

Antes de se afirmar a relação da saúde com seus determinantes sociais, é importante que se retome um breve histórico dos paradigmas que explicavam o processo saúde doença ao longo da história.

No século XIX dentro de um contexto de urbanização das cidades, avanço da industrialização, vigorava a teoria miasmática, tentando explicar a saúde através da contaminação da água, de alimentos. Já no final desse mesmo século, se destaca o paradigma bacteriológico, focado na microbiologia, na difusão de germes, a medicina especializada, expondo então o conflito teórico de se estudar o processo

saúde doença no âmbito das cidades, ou em pesquisas de laboratório, examinando minuciosamente o agente contagioso, ou seja, a saúde pública ou individualizada (BUSS E FILHO, 2007).

Pettres e Ros (2018) ressaltam que com o período da industrialização nascente no sistema capitalista europeu do século XIX ocasionou percalços como aumento da população das cidades, alto número de desempregados, carga horária de trabalho excessiva, dessa forma o campo de estudo da Medicina Social, trazia a importância de se pensar o processo saúde-doença da população de uma maneira diferente da lógica curativista.

Em que pese, a difusão do modelo unicausal focado na explicação que a bactéria era responsável pela disseminação de doenças proposto por Pasteur ter emergido nesse mesmo contexto, diminuindo a relevância da determinação social. Esse modelo unicausal ainda foi reenfocado por Flexner, de ordenamento biomédico, focado no hospital, na doença.

O paradigma biomédico tem o hospital como o principal centro de tratamento de doenças, fragmentando tarefas por médicos supervalorizados e especialistas em suas funções, foco no organismo que gerou o problema, excluindo a família no tratamento do sujeito doente. Diferente do modelo psicossocial, que preza pelo trabalho de equipes médicas variadas, propondo práticas terapêuticas diversas, como tratamentos extra hospitalares (SOUSA, MACIEL, MEDEIROS, 2018)

No século XX Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a saúde como um completo bem estar físico, mental e social, saindo da concepção de saúde apenas como ausência de doenças, impondo então uma visão mais estreitada com a saúde pública.

Em que pese, nos anos setenta termos a conferência de Alma-Ata dando ênfase ao papel dos determinantes sociais, o contexto econômico e social de crise em alguns países do mundo já impôs na década seguinte, uma reorientação para a saúde centrada na assistência médica, curativista. (BUSS E FILHO, 2007)

A concepção biomédica sobre a saúde no Brasil foi combatida na década de setenta pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que criticava os lucros advindos da doença, por meio do sistema hospitalocêntrico, pautado em exames, remédios. Esse movimento teve pujança nesse contexto histórico, tanto que na década de oitenta (1986) ocorreu a VIII Conferência Nacional da Saúde no Brasil, gerando um relatório final de um processo árduo de discussões desde pré

conferências municipais e estaduais sobre a saúde, chegando as seguintes conclusões: a saúde necessitava de reforma profunda, que extrapolasse o lado administrativo e financeiro, um novo conceito de saúde considerando sua promoção, recuperação, proteção, ou seja, a Reforma Sanitária (PETTRES E ROS, 2018)

Outro tópico importante dessa oitava Conferência foi a mobilização entorno de um novo sistema nacional de saúde, visando fortalecer o setor público, e dar participação ao setor privado por meio de concessões. O primeiro tema que a VIII Conferência trouxe em seu relatório foi a saúde como um direito, dando sentido mais abrangente ao termo, ressaltando a saúde como o resultado de condições ambientais, de trabalho, de moradia, educação, transporte, lazer, acesso à terra, ou seja, que entendesse as relações sociais de produção e as desigualdades que as pessoas enfrentavam, priorizando assim, a saúde como uma conquista de lutas da população. Não obstante, o movimento social em defesa da saúde, o direito da saúde deveria ser garantido de forma estatal, já que o estado seria o provedor das condições dignas de vida da população, permitindo que todos tivessem acesso igualitário aos serviços de promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 1986).

Pode-se definir de modo generalizado que os determinantes sociais da saúde (DSS) mostram que as condições de vida e de trabalho das pessoas afetam a sua saúde. A conceituação mais abrangente dos determinantes feita pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) abarca os fatores de ordem social, econômica, cultural, psicológico, étnico, raciais, de comportamento que podem influenciar a saúde dos sujeitos, seus problemas, seus fatores de risco (BUSS E FILHO, 2007)

Um modelo de estudo que relaciona os determinantes sociais com a saúde foi estruturado por Dahlgren e Whitehead (1991) (Figura 01), estruturando os determinantes em diferentes camadas, iniciando na primeira os fatores individuais até a camada final que apresenta os determinantes de ordem macro, numa abrangência decrescente, do menor nível individual até o maior, de determinação coletiva. Decerto, então verifica-se na primeira camada os indivíduos e suas características, tais como: idade, sexo, hereditariedade, que influenciam sua condição de saúde. Na camada seguinte já apresenta-se no modelo de Dahlgreen e Whitehead uma questão comportamental, o estilo de vida dos indivíduos.

Para Buss e Filho (2007) essa é uma camada que transita entre a saúde do ponto de vista individual e coletivo, uma vez que, se tomarmos o estilo de vida uma

escolha do sujeito, recai sobre ele sua responsabilidade ou culpabilização por suas escolhas, entretanto, se for pensada na pressão exercida pelos meios de comunicação, pares, fatores sociais como moradia, acesso a melhores aparelhos de lazer, aí já seria o estilo de vida visto de forma condicionada socialmente.

Figura 01 – Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)



Fonte: CNDSS, 2008

Na próxima camada temos as redes sociais e comunitárias que podem favorecer laços associativos, permitindo maior coesão social entre os membros de uma sociedade, já posteriormente se observa a camada condições de vida e trabalho que têm implicações na educação, na produção de alimentos, o desemprego, água e esgoto, serviços sociais de saúde acessíveis a população, habitação.

Essa camada pode ser exemplificada da seguinte maneira, se pensarmos numa família vivendo em vulnerabilidade social, numa população pobre da Baixada Fluminense, num ambiente onde as sociabilidades são afetadas por violência entrelaçada com o mercado político, marcada pela ausência de políticas sociais por parte do Estado, ampla ocupação ostensiva de forças policiais em conflito com traficantes não provenientes daquela localidade, não seria possível culpabilizar o sujeito pela sua adoção de um estilo de vida não ativo, a própria camada condições de vida e trabalho, demonstra essa confluência dos diversos fatores sociais sobre a

saúde, que ulteriormente gerariam a macro camada, condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais para Dahlgren e Whitehead (1991), (MIAGUSKO, 2016).

Para se observar como as concepções de saúde são abordadas em estudos recentes, trazemos a contribuição de Costa, Santos e Brotas (2018) que realizaram um estudo objetivando analisar a saúde dos idosos em programas de tv, como o "Bem Estar" da Rede Globo e "Ser saudável" da TV Brasil", a partir desse trabalho observaram que ocorre uma prevalência do indivíduo sobre a coletividade mostrada numa lógica movida pelo comércio que não entende a saúde como um bem comum, essa ideia é reforçada por campanhas publicitárias na mídia que vociferam pelos riscos de comer alimentos saudáveis, do sedentarismo como hábito de comportamento, no rótulo de alimentos geralmente está escrito esta comida faz bem para sua saúde, o que já denota o corpo individualizado.

Essa noção individualizada do corpo, se apresenta sob duas formas, a primeiro técnico científica explicando as doenças, suas manifestações, a importância da realização de exames, de seguir fielmente os apontamentos médicos, evidenciando a figura do cientista, perante os mitos ou o senso comum, bem como um visão de saúde embasada no comportamento e na responsabilidade individual, que demonstra a relação da alimentação dita saudável, com a atividade física, jogando sob responsabilidade do sujeito suas escolhas, sem debater aspectos sociais, econômicos, sem refletir sobre o papel do Estado, ou sem pensar nas questões socioculturais que influenciam a saúde, como o meio ambiente (COSTA, SANTOS, BROTAS, 2018)

### 2.2.2 Conceito de saúde pública

O presente estudo traz ao debate temas como a saúde da população adolescente ao privilegiar um questionário a ser respondido pelos alunos sobre sua percepção sobre saúde, permitindo protagonismo dos alunos, além disso provoca a pesquisa em graduação e pós graduação sobre a relação entre a promoção da saúde, saúde pública e a educação física.

Dessa forma a concepção da promoção da saúde é apoiada em três pilares, a educação em saúde que se dá vide experiências em ambientes escolares, a prevenção em saúde, e a proteção da saúde em termos legais, embasada pelo seu

direcionamento político, sendo um campo teórico então da saúde pública (MORAES, 2017).

A saúde pública como um campo de estudo emergiu para se pesquisar e fundamentar estratégias de saúde ligadas às populações, para que as práticas em saúde tenham cunho científico, de forma a se ligar a área da medicina. A medicina inicialmente se estruturou em bases positivas da ciência, partindo de conceitos objetivos de doença e não de saúde.

A saúde pública tradicional encara a doença como uma fatalidade para a vida humana, que está em constante competição pela vida com outras espécies, encarando o meio ambiente como uma ameaça, dado que de suas variações, excesso de calor, frio, estariam algumas causas de doenças, que só seriam combatidas por objetos de proteção, como fármacos. Além da característica gregária do homem, de viver em conjunto, pode fazer com que ele entre em choque com o outro, por sentimentos de inveja, raiva, condições geradas num ambiente de vivente compartilhada (LEFEVRE e LEFEVRE, 2004).

Lechopier (2015) define que a saúde pública é ao mesmo tempo uma ciência e uma arte, já que se propõe produzir conhecimentos e também ter sua aplicabilidade prática validada. A ciência e a arte interagem ampliando o conceito de saúde pública, afirmando-a como um campo de intervenção política e social, além de abarcar uma série de disciplinas científicas que se debruçam sobre esta temática, e apresentar um projeto antropológico.

Para que a saúde pública cumpra seu objetivo de prolongar a vida da população, e prevenir doenças, é necessário que ela se estabeleça enquanto práticas e políticas públicas efetivas que sejam requeridas e mobilizadas pela sociedade mediante suas demandas sociais e carências, e essa participação democrática, ultrapassa a saúde apenas como um meio de acesso a seus serviços, ou como prevenção, mas envolve também os determinantes sociais de saúde, ou seja, de que modo a população vive, a qualidade de vida, condições ambientais.

Considerar a saúde como uma confluência de fatores sociais, biológicos e como um campo de intervenção de variadas disciplinas científicas, traz a necessidade de pesquisas científicas, que abarquem como a justiça social e o acesso a serviços básicos de saúde, influenciam a vida das populações e como estas podem almejar mudanças e proposições sobre o sistema de saúde.

No início do século XIX um médico de origem alemã Peter Frank publicou um tratado conhecido como Sistema Frank, sendo um marco conceitual para se pensar aspectos como a saúde, as ciências sociais e as doenças, além de abordar questões como a saúde escolar, casamento, saúde infantil. Sobretudo, sobre o tema da saúde escolar, Frank teve destaque em seu tratado pois, relatava do atendimento de saúde para escolares, a prevenção de acidentes, a higiene mental, programas esportivos de atletismo, ventilação das salas (FIGUEIREDO ET AL., 2010)

Já no Brasil, nos finais do século XIX e início de XX que o tema da saúde pública foi mais presente, devido a crítica situação em que passava o país, assolado pela varíola, peste bubônica, altos índices de febre amarela, tuberculose, comprometendo as atividades econômicas da corte brasileira, e vitimando muitas crianças (FIGUEIREDO ET AL., 2010).

Desde o século XX, os governos atuavam monitorando a saúde das populações, através do movimento higienista, provendo campanhas de vacinação, de prevenção de doenças, medidas de higiene, cuidados com a alimentação. (LECHOPIER, 2015).

Além do governo, entidades não governamentais, ONGs, sociedade civil organizada se mobilizam em prol de criação de políticas públicas de saúde, essa abordagem chamada “baixo pra cima” (*bottom up*), se enfatizou na década de 80 do século XIX, por permitir maior participação democrática e social, nesta época se intensificou a abordagem da Promoção da Saúde, por ter caráter interdisciplinar e se moldar às demandas sociais do contexto que está inserida (LECHOPIER, 2015).

Em tempos anteriores na década de 60 foi vista alta influência de organismos internacionais nas políticas de saúde, mediante estratégias de saúde *top down*, articuladas por governos ou entidades, que visando a prevenção da saúde populacional, impõe políticas compulsórias de saúde, tal como vacinações, vide exemplo de erradicação da varíola nos anos setenta.

Entretanto, Lechopier (2015) afirma que mesmo existindo uma vacina que comprovada cientificamente sua eficácia para erradicar uma doença, isto não significa prevenção total da população, dado que, condicionantes sociais afetam a vida da população, ou seja, soluções como a “bala mágica”, como a intervenção direta em saúde, não tem sua exatidão totalmente confirmada.

Neste contexto em 1990 o debate volta-se para a abordagem da saúde global, que enfatiza o sistema de saúde, congregando esforços de várias instâncias

e setores para propor decisões sobre a saúde, escolhas estas embasadas em evidências e dados científicos, estatísticos, para tornar eficiente a alocação de recursos na saúde (LECHOPIER, 2015).

A presença da Educação Física interacionada a saúde pública pode ser notada apenas a partir da década de noventa, mais precisamente após a publicação do livro "O mito da atividade física e saúde" de Yara Maria Carvalho, que se contrapôs ao paradigma biomédico sobre a saúde, que antes se afirmava mais pelo entendimento da doença, do que da saúde global. Bem como o livro de Henry Solomon "O mito do exercício" de 1991, questionando a lógica saudável inerente ao discurso do exercício físico, tais obras, foram propiciando maior entroncamento entre a Educação Física e o exercício (NEVES, ET AL., 2017).

### 2.2.3 Tensão entre promoção versus prevenção da saúde

Uma discussão que paira sobre a Promoção da Saúde enquanto conceito norteador sobre as estratégias de intervenção em saúde é a diferença entre os termos Promoção e Prevenção, esta tensão tende a gerar dificuldades para a implementação de projetos em saúde, já que junto com o termo promoção da saúde, advém suas contradições, ambiguidades, que perpassam pela confusão entre promoção e prevenção, advinda da polissemia de conceitos que diferem o termo saúde.

A saúde para Leavell e Clark (1976) pode ser vista como uma escala graduada, ao passo que, mesmo os indivíduos que estão em boas condições de saúde ou os enfermos, tem algum grau de saúde, seja ele maior ou menor na escala. A saúde pode ser afetada por agentes patológicos, pelas características dos homens, como a hereditariedade, e pelo meio ambiente onde o homem realiza suas atividades diárias.

A prevenção em saúde consiste em economizar dispêndios e tempo gasto em doenças, para antever a doença, entendendo a doença como uma ameaça a ser evitada antes de seu acometimento no indivíduo, ou seja, uma medida que deve ser tomada para que a doença não se manifeste no indivíduo ou numa comunidade, sendo uma relação probabilística, reduzindo ao máximo a chance da doença ocorrer.



Braguichevksy et al. (2007) afirma que o discurso da prevenção está pautado na premissa que o indivíduo deve cuidar da sua saúde sozinho, adotando hábitos de vida saudáveis, após receber informações sobre saúde dos meios de comunicação, ou seja, ter um estilo de vida ativo do ponto de vista da educação física, o que tenderia a culpabilizar a vítima que não seguir os conselhos veiculados nessas campanhas publicitárias, num processo que o indivíduo deve seguir calado seguindo as recomendações médicas.

As estratégias de prevenção da saúde partem das ideias que a doença sempre existiu na sociedade, que alteram os estados do organismo, deste modo devem ser combatidas por técnicos e peritos especialistas em doença, que modulam comportamentos que os sujeitos sem conhecimento devem seguir para evitar a propagação de doenças, além disso certos produtos podem ser encontrados no mercado, para serem suportes à estratégias preventivas (LEFEVRE e LEFEVRE, 2004).

A prevenção em saúde visa constituir um ato anterior à doença, preparar o corpo do ponto de vista morfológico para que evite o processo de se adoecer, as práticas preventivas objetivam então, a redução incidências de doenças na população, o que baliza, o discurso preventivo é fornecer conhecimento sobre o controle de transmissão de doenças, a epidemiológica ligada ao estudo dos riscos em saúde, o que orienta hábitos normativo de comportamento em saúde, vide a imperialização da informação científica (CZERESNIA, 2009)

Se tratando a doença como algo perene na sociedade, uma coisa que sempre existiu, e de desse modo não se extinguirá as pessoas tenderão a se comportarem como consumidores, num mercado de serviços e produtos em saúde, objetivando suprir suas necessidades vitais de prevenção de doenças, indo ao mercado comprando produtos com teses rejuvenescedoras, com indicativos de melhor alimentação para prevenção em saúde, etc.

Portanto, os conceitos de promoção e prevenção em saúde são interpretados de forma errada como sinônimos, já que são conceitos distintos. A prevenção em saúde é focada no controle da doença para depois chegar a obtenção de um bom estado de saúde, como por exemplo, é preciso que os indivíduos controle o sal em suas dietas, se vacinem corretamente, protejam os dentes contra cáries (SANTOS; DA ROS; 2016)

A Promoção da Saúde emerge como um campo de rompimento com a visão fatalista de saúde, que vê a natureza como algo a ser dominado pelo homem, encarando a doença como um todo, de maneira ecológica, social, deslocando o entendimento de doença da esfera científica para o lado filosófico, visando a erradicação total da doença, atuando em frentes globais, como o meio ambiente e a sociedade (LEFEVRE e LEFEVRE, 2004).

Czeresnia (2009) nos informa que a saúde é preciso ser entendida também pelo olhar do doente, pela sua palavra, seu discurso expressa seu sentimento, sua maneira de encarar o mal estar, sua relação com o médico, que atua como ouvinte que se atenta às queixas mais preocupantes dos pacientes, sendo assim seria possível observar a vida se manifestando através da subjetividade do paciente, e a promoção da saúde poderia orientar suas práticas neste sentido.

A promoção da saúde envolve temas como solidariedade, cidadania, tendo sendo principal referencial teórico no relatório Lalonde, que considera o conjunto de ações que interferem a saúde do indivíduo, tomando sim, os hábitos de vida, porém posteriormente esse conceito avança para a Nova Promoção da Saúde. Após a Carta de Ottawa, na década de oitenta, que ressalta que os sujeitos deveriam ser capacitados para controlarem sua saúde, sendo a promoção da saúde então, uma soma resultante das condições de moradia, educação, meio ambiente, renda, lazer (SANTOS, DA ROS; 2016)

Em contraponto com a criação do mercado consumidor de produtos em saúde pautado pela estratégia curativa e preventiva, a Promoção da Saúde, guia-se pelas ações extra sanitárias que articulam o setor de saúde à estratégias políticas e sociais, a própria visão de Promoção da Saúde, nos dá um indicativo para uma inflexão para uma sociedade não pautada pela lógica do consumo, pelo mercado que tem o lucro como medida principal, então a saúde seria mais que um produto, um direito social como postulado na Constituição Federal de 1988 (LEFEVRE e LEFEVRE, 2004).

A medida que, elenca a importância dos condicionantes sociais da saúde, a Promoção da Saúde passa a ser também um ideário de transformação social, pois ao modificar as estruturas da sociedade, tornando-a menos competitiva e produtora de mazelas sociais, entretanto, a Nova Promoção da Saúde, ao se imbricar com as forças Estatais em busca de criações de consensos de interesses diversos, tende a

perder parcialmente seu caráter transformador (FERREIRA, CASTIEL E CARDOSO, 2009).

Dessa maneira, a promoção da saúde objetiva que os sujeitos de modo coletivo compartilhem conhecimentos para buscarem soluções conjuntas para melhorar as condições gerais da vida, garantindo cidadania, direitos, trabalhando com o desenvolvimento social, estando diretamente relacionada à saúde, enquanto a prevenção tem o objetivo principal de antecipar a doença (BORGES; JESUS; SCHEINER, 2018).

#### 2.2.4 Importância da intervenção estatal em saúde

Uma das formas de intervenção estatal em saúde é sob investimento no sistema de proteção e seguridade social, porém as ações de promoção da saúde dependem intrinsecamente das regras do jogo capitalista, dado que, políticas de cunha contingencial tendem a diminuir recursos financeiros deslocados para a saúde, dificultam a capacidade das autoridades sanitárias articularem políticas juntas com outros setores (DÍAZ-MOSQUERA, VILLAMIL, GONZÁLEZ, 2015).

Para que o Estado invista na saúde, ela precisa ser considerada um direito social, que promove equidade e justiça social, porém isso não ocorre devido as políticas neoliberais que pregam pela lógica de mercado nas mudanças financeiras sobre saúde, embasadas em relatórios do Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional, retraindo a possibilidade do Estado para reduzir as inequidades sociais, bem como a democratização da decisão sobre suas políticas públicas (DÍAZ-MOSQUERA, VILLAMIL, GONZÁLEZ, 2015).

A intervenção estatal em qualquer esfera da vida social gera distorções para o regime neoliberal, as liberdades individuais prezadas como valores desse modelo impõem que o indivíduo pense como uma micro empresa, concorrendo com seus pares, numa sociedade formada por pequenas unidades em disputa (DARDOT e LAVAL, 2016).

Palma e Nogueira (2003) ressaltam que um problema recorrente sobre os discursos de adesão as atividades físicas e programas e Promoção da Saúde para a população, é a presença de um viés econômico nas prescrições de exercícios e sobre saúde, dado que, alguns profissionais tratam a saúde estritamente como um componente biológico, sob a égide de uma visão medicalizada de saúde, que

repousa-se em mudanças no comportamento dos indivíduos, que ao mudarem suas vidas, libertando-se das vicissitudes do sedentarismo, se tornarão em tese, mais saudáveis e produtivos economicamente.

Ao responsabilizar o indivíduo por sua condição de saúde e por suas escolhas, no que se refere, à práticas regulares de atividades físicas, são escamoteadas as influências políticas, sociais, dos condicionantes de saúde, como renda, emprego, saneamento básico.

Sendo assim, se verifica que existem dois modelos característicos sobre a Promoção da Saúde, um de conotação conservadora que tende a responsabilizar o indivíduo por sua condição de saúde e outro de caráter mais transformador da realidade social vigente, que faz os indivíduos refletirem o papel do Estado como indutor de políticas públicas de saúde, baseado na Reforma Sanitária.

Dessa forma a saúde predominantemente é compreendida por dois modelos macroeconômicos divergentes, um de cunho progressista embasado no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) e outro de influência neoliberal, de chancela individualista (FERREIRA NETO e ARAUJO, 2014).

De acordo com Ferreira, Castiel e Cardoso (2009) a abordagem conservadora ou comportamentalista em saúde foram pensadas tomando como referências os documentos *Healthy People* (1979, 2000) e o Informe Lalonde.

A Promoção da Saúde tratada pela abordagem conservadora se pauta pela culpabilização do indivíduo pelos seus comportamentos em saúde, pelo seu estilo de vida, encarando o sedentarismo como um mal a ser extirpado da sociedade, propalando comportamentos sadios para a diminuição do risco, de modo que os condicionantes políticos e sociais da saúde detém menos espaço para serem pensados (FERREIRA, CASTIEL E CARDOSO, 2009).

Essa abordagem conservadora é pautada então pelo comportamento e por adoção de um estilo de vida ativo, de maneira que a responsabilidade pela sua saúde recai para o indivíduo, deixando o isento o Estado de custear a saúde do sujeito, reduzindo assim seus gastos (FERREIRA, CASTIEL E CARDOSO, 2009).

Para Buss (2000), a promoção da saúde pode ser encontrada em referencias de várias vertentes teóricas, uma fortemente associada a cura, ao sistema medicalizado, e outra, por setores teóricos, que se unem em prol de uma reforma sanitária, e por busca de melhores condições de vida que associadas tornariam a vida da população mais equitativa.

### 2.3 O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

O movimento da Reforma Sanitária na década de setenta no Brasil, ampliou o debate sobre a democratização de saúde para toda a população, e apontou críticas a concepção de saúde ligada apenas ao campo biológico. (PAIM, 1997). A reforma sanitária teve apoio de setores acadêmicos de universidades de medicina comunitária e social, que colaborou para o processo ontológico de entendimento do processo-saúde.

O entendimento de que a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológica e ecológica, porquanto tais fenômenos são determinados social e historicamente, enquanto componentes dos processos de reprodução social, permitia alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade (PAIM, 1997, p.13)

O movimento sanitário visava propor estudos e intervenções no campo da saúde, que transformariam as sociedades, interferindo diretamente na saúde das pessoas de modo a impactar os seus determinantes.

De acordo com Paim (1997) a Reforma Sanitária não se deu como algo estanque, sem enfrentar desafios e obstáculos da época, a conjuntura sócio econômica vigente influenciava de sobremaneira os objetivos da Reforma.

Mendes et al. (2017) ressalta que em 1980 o Programa Nacional de Serviços Básicos em Saúde (Prev-Saúde) proposto por técnicos do Ministério da Saúde, buscava reestruturar os serviços de saúde, de maneira verticalizada, sem o debate com a população, ou seja, de modo autoritário. Outro contexto anterior da Reforma Sanitária foi a crise da previdência nos anos oitenta, acompanhada de forte recessão econômica da época, diminuindo a arrecadação fiscal da união, esse modelo então atendia mais a lógica reprodutiva do capital, do que os anseios da população sobre a saúde.

O Estado nacional passava por uma recessão fiscal, a dívida externa na década de oitenta tornou-se um dos motivos da caracterizada "década perdida", e mais à frente, víamos o avanço de políticas neoliberais pelo mundo, como o governo Thatcher na Inglaterra, e de Reagan, nos Estados Unidos.

Políticas estas que deslocavam para o setor privado a solução para os problemas sociais, contrário as Reformas Sanitárias que prezavam pelo Estado

como redutor das mazelas sociais e coordenador ativo de um Sistema Único de Saúde que deveria garantir o acesso de todos sem discriminação social, sendo o financiador principal deste sistema.

O SUS alavancou a saúde constitucionalmente, como um direito de todos e dever estatal, fundamentado na concepção de Estado desenvolvimentista, como agente modernizador da sociedade, no movimento da reforma sanitária como mobilização popular, numa perspectiva de pressão às elites e aos sistemas de poder, para a efetivação de um sistema pautado pela universalidade. (COHN, 2018)

A transição democrática no Brasil pós regime militar foi uma janela de oportunidades que se manteve aberta, ou que com a força de grupos sociais como acadêmicos da área da saúde, movimentos civis organizados foi aberta para o movimento da reforma sanitária na década de 70, além do apoio de grupos de instâncias governamentais. O movimento reformador sanitário teve como arcabouço teórico a saúde coletiva que visa tirar o foco de análise em saúde apenas da ótica individual, focalizando melhor a sociedade como um todo, levando em conta os determinantes sociais da saúde, como condições de vida, habitação, saneamento básico, o emprego.

Análises deste tipo estavam se destacando na área da saúde preventiva, mediante estudos de cunho mais médico social, embasados em teorias críticas de Karl Marx (1980), a qual refutava a ideia de ciência neutra de valores sociais, o positivismo meramente quantitativo.

Silva (2016) relata que o contexto de implantação da Reforma Sanitária Brasileira, era um cenário de crise do regime autoritário, com aumento das forças pela redemocratização, nesse ponto o modelo médico vigente anteriormente começava a degrading e ser criticado em seu caráter assistencial, a excessiva centralização das decisões do Ministério da Assistência e Previdência Social e do Ministério da Saúde, refundando um estado justo socialmente, diante da derrocada do Estado autoritário.

Menicucci e Brasil (2010) destacam que os partidos de origem mais crítico social, como o PCB, visavam o apoio as tentativas de reformas na área da saúde, baseados em preceitos socialistas. Além dos setores políticos, foi também crucial a importância do apoio do setor acadêmico para a construção de ideias reformistas em saúde, que era suplantado por estudantes de graduação, mestrado da área de saúde preventiva, médico social, e discentes financiados pela Financiadora de

estudos e projetos (FINEP) e das Organizações Pan americana de saúde (OPAS), que serviram de alicerce para consolidar o todo o conhecimento produzido em saúde crítica, juntamente com a criação da Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976 e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) em 1979, que contribuíram também para organizar os periódicos científicos sobre o tema, e para propor novos caminhos e propostas em saúde.

Além do apoio popular e acadêmico, o movimento sanitário se articulou na câmara dos deputados, ampliando assim os debates democráticos sobre o direito universal à saúde, a partir da sistematização da comissão de saúde no parlamento, que no final da década de 70 criou o I Simpósio sobre política nacional de saúde, que promoveu diversas políticas de saúde contra hegemônicas, arquitetando o projeto do Sistema Único de Saúde, que enfatizava o direito de todos à saúde, sua obrigação estatal a participação do povo sobre os rumos das políticas de saúde, suas bases de financiamento e o princípio da descentralização (MENICUCCI E BRASIL, 2010).

No período de efervescência política onde setores mais críticos da sociedade almejavam a derrocada do período autoritário, grupos articulados à questão da saúde, como médicos recém formados e o chamado movimento de renovação médica se uniram em prol de transformações nas políticas de saúde vigentes, propondo que a saúde deveria ser precipuamente um dever do Estado.

Esses movimentos reformistas emergiram o debate contra políticas liberalizantes em saúde, marcando apoio ao movimento sanitário junto com outros grupos e instituições como a CEBES e a Associação Medica Brasileira (AMB), ainda no início da década de 80 este movimento agrupou também setores da sociedade civil, como associação de moradores de favelas, bairros periféricos, que viam que a saúde não estavam dissociada das melhores condições de vida da população, como melhor malha de transportes, moradias, acesso à água tratada e esgoto, entre outros (GERSCHMAN 1995 *apud* MENICUCCI e BRASIL, 2010).

Outros grupos que aderiram ao movimento foram as Igrejas de tendência progressistas, representadas pelas Comunidades Eclesiais de base (CEBs). Desta forma a pauta de reforma do setor de saúde, partiu de atores sociais que consideravam a relevância determinantes sociais em saúde, criou assim uma agenda de novas ideias que iriam renovar as instituições e o status quo vigente, sob conjuntura histórico social de crítica ao regime militar, onde foi percebido uma janela

de oportunidades de criação de alternativas políticas de saúde ao modelo segmentado, dando vez para a universalização em saúde, sua ampliação para toda a camada social, e seu caráter público por *excellence*, como um dever estatal.

Institucionalmente o movimento da reforma sanitária ia de encontro ao modelo essencialmente privado de saúde, pautado pela assistência médica curativa, cooperativas empresariais de saúde, assistência médica de empresas, medicinas de grupo, que era mais ligado a previdência social, aos interesses burocratas e empresariais.

A partir do momento que o modelo assistencialista que imperava a Previdência Social entrou em crise na década de 70, gerada pelo seu problema de custeio e financiamento, o alto custo dos serviços de saúde puxados gerou dificuldades de manutenção deste modelo e propiciou a intensificação do debate de participação do setor público em saúde.

Silva e Teixeira (2014) afirmam que a Reforma Sanitária Brasileira representou um movimento contra hegemônico nas políticas de saúde no Brasil, já que possibilitou a institucionalização de fóruns para decidir os rumos da gestão pública de saúde, direcionando poder as camadas populares. Porém a Reforma Sanitária emerge da transição democrática do país, que antes na década de setenta vivia os frutos do dito milagre econômico, que privilegiou um modelo privado de saúde, com financiamento público previdenciário.

Silva e Teixeira (2014) que as bases da reforma sanitária foram encontradas nos aparelhos ideológicos de Estado, na figura das universidades de medicina preventiva, sob chancela do intelectual Sérgio Arouca (1988).

De acordo com Menicucci e Brasil (2010), os projetos sociais enfatizados no governo de Geisel (1974-1979) incitaram uma reflexão maior sobre o caráter público de saúde, o movimento sanitário foi se sobrepujando, tomando força sobre o status quo pautado pela lógica privatista de saúde, que aos poucos foi rearranjando institucionalmente a oferta de serviços de saúde no Brasil.

O debate entre as vertentes publicista e privatista de saúde se intensificou dos anos 70 para 80 que perdurou até a constituinte de 88, até a crise da assistência pública na década de 80. Cabe ressaltar quais atores sociais compunham cada vertente em sua maioria, no geral, a ideologia privatista, era defendida por lideranças empresariais e de instituições de previdência privada, além de braços burocráticos do governo, diferente do grupo que se alinhava à reforma sanitária,



como médicos sociais, comunidade acadêmica, políticos de partidos críticos, movimentos sociais organizados.

Mesmo com a ampliação sobre o debate democrático em saúde, na década de 80 haja vista, um recrudescimento do setor privado em saúde, vide crise da assistência pública da época. Com a queda do regime militar, abriu-se uma janela de oportunidades para uma nova institucionalização do setor de saúde, vários eventos e coletivos surgiram com a pauta de publicização da saúde, dentre eles a VII Conferência Nacional de Saúde (1986) onde o governo federal desejou mudar o Sistema Nacional de Saúde, tal debate fortaleceu o direcionamento de reformas em saúde que viriam a incorporar-se na constituinte do futuro breve, onde a saúde seria de fato pautada pelo direito de todos (MENICUCCI e BRASIL, 2010).

Outros eventos e fóruns sobre a saúde também emergiram neste momento de efervescência da reforma sanitária, tal como a comissão de Reforma Sanitária, que visava construir uma proposta viável para a saúde ser remodelada na Constituição Federal de 88, tendo representantes da sociedade civil, do governo, de firmas privadas, assim como a Plenária Nacional de Entidades de Saúde, deste modo, ensejando um constructo viável de propostas para a saúde que se tornariam efetivas na constituição de 88, houve um certo consenso este que não foi totalmente neutro e sem conflitos, pois agendas reformistas, os mais mantenedores do modelo atual, entraram em disputa, onde alguns anseios foram vetados e outros aceitos, tal como o veto total à socialização do estado na saúde, tal como propusera a VII Conferência Nacional de Saúde (MENICUCCI e BRASIL, 2010).

A reforma sanitária significou para Teixeira (1989) uma transformação institucional que consolidou a proteção à saúde aos cidadãos, de modo que direcionou políticas públicas para os mais pobres, já para Paim (2008) afirmou que o projeto da reforma sanitária brasileira surgiu do povo, e não de maneira verticalizada pelo Estado, denotando seu caráter popular (COHN, 2018).

A reforma sanitária enquanto movimento renovador das ideias institucionais tem algumas peculiaridades em paralelo com a reforma do setor urbano, que reivindica o direito à moradia para todos, baseado no preceito que a propriedade deveria cumprir sua função social, servindo como moradia e não como objeto de acumulação capitalista, como um bem inutilizado.

### 2.3.1 A Constituição Federal de 1988 e a Saúde

Portanto, para Menicucci e Brasil (2010) a reforma sanitária é um exemplo de como a sociedade articulada pode propor agendas inovadoras e alterar significativamente as instituições em espaços públicos, propondo ideias novas, que souberam aproveitar as janelas de oportunidades políticas para articularem uma rede de atores sociais que se organizaram em prol da mudança, com o movimento de democratização do país pós ditadura militar, onde a partir dos desarranjos das instituições à época, propiciaram reivindicações pelo direito à saúde universal e à cidade.

A saúde teve seu direito demarcado pela Constituição Federal de 1988, a cidade já teve maior destaque com a valorização da sua função social e o marco de criação do Estatuto da Cidade. Deste modo, Menicucci e Brasil (2010), afirmaram que as novas ideias, aliadas às oportunidades de contexto favoráveis à mudança, foram relevantes para a confirmação de agendas de mudança na saúde e na cidade.

Dessa maneira, o movimento sanitário ocupou espaços institucionalizados políticos, articulou médicos, estudantes, profissionais de sindicatos de saúde, Igreja, além de membros do governo, o que serviu para a consolidação de uma proposta que desse amparo para a inclusão da saúde na Constituição de 1988.

Mesmo o movimento da reforma sanitária tenha logrado êxito constitucional de suas propostas teve enfraquecida sua base de sustentação e apoio, seus grupos se desarticularam por embates de interesse, não dando continuidade em cobranças, acompanhamento para efetivação de seus direitos universalizados em saúde.

Para se entender o conceito de Promoção da Saúde, saindo de uma lógica individualista partindo para seu entendimento coletivo, também é preciso falar sobre a luta por melhorias no Sistema Único de Saúde (SUS), das desigualdades sociais que pairam sobre a realidade brasileira e dos formuladores de políticas públicas (CAMPOS; BARROS; CASTRO et al. 2004).

A definição da saúde como resultado dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de múltiplos fatores, exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação. Ratifica, também, o engajamento do setor saúde por condições de vida mais dignas e pelo exercício pleno da cidadania. (CAMPOS; BARROS; CASTRO et al. 2004, p.746)

Sendo assim, a promoção da saúde é um campo de intervenção política, que envolve lutas sociais, que insere os usuários do Sistema Único de Saúde e os

profissionais de saúde, como sujeitos, atores sociais de destaque que irão engendrar e propor mudanças para os programas de promoção de saúde e para a sociedade (CAMPOS; BARROS; CASTRO et al. 2004).

Souto e Oliveira (2016) destacam a dimensão civilizatória do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), enquanto movimento de contra hegemonia para efetivar o direito à saúde no texto constitucional. Durante grande mobilização da população pelo retorno das vias democráticas no país, contra a mercantilização da saúde, reforçando a busca pelo seu caráter universal. A saúde vista como um direito para todos ia de encontro a proposta neoliberal, focada em políticas de bancos internacionais que pelas vias da globalização e liberalização comercial, restringiam o controle do Estado na economia, e almejavam a saúde como mercadoria privada.

A reforma sanitária teve uma forte via democrática popular, dado sua participação de setores civis organizados e destacam também que a reforma sanitária reverberou em afirmação epistemológica do campo da Saúde Coletiva, que conjuga múltiplas áreas sociais e humanas, se tornando um campo ecológico de saberes frente à globalização liberalizante, esta área trouxe como colaboração epistemológica principal o entendimento social do fenômeno da saúde, ressaltando a influência dos determinantes sociais no processo saúde/doença, pela explicação multifacetada do fenômeno da saúde.

Contra o processo globalizante Souto e Oliveira (2016), mostram que é possível dar força aos sistemas de processos produtivos coletivos, tais como, cooperativas, economia solidária, empresas auto geridas.

A saúde coletiva retomou o saber popular, multidisciplinar, abrangendo múltiplos olhares, indo de encontro aos cânones da ciência moderna que se valiam pela verdade científica positivista pura.

Durante o período da Constituinte de 1988, Souto e Oliveira (2016) caracterizam o movimento da reforma sanitária como um projeto civilizatório, que visava transformar a sociedade contra a onda neoliberal que se espalhava pelo globo na década de 90.

A ditadura militar embora ter conquistado altos índices de crescimento econômico, revelou outra face da moeda, como a exclusão das camadas populares dos ganhos econômicos, sofrendo com as desigualdades sociais. Em que pese, o período ter sido chamado de milagre econômico, a renda foi se concentrando, a

desigualdade se recrudesceu, além do arrocho salarial, e saldos negativos na conta externa (Singer *apud* Souto e Oliveira 2016).

Durante este período a saúde se transformou em bem de consumo, mercantilizada no mercado de planos de seguros privados e a despreocupação com a saúde pública que estava com problemas de financiamento devido ao combate à endemias, crise fiscal da época e por outro lado tínhamos o foco na saúde individual, que se destacava no Ministério da Previdência por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que assegurava os assalariados.

Num período de crise do governo militar, aumenta no país o desejo de redemocratização, pelas eleições diretas, crescem as manifestações populares, como as greves do ABC paulista, o movimento diretas já em 84, o movimento dos trabalhadores rurais pela reforma agrária, todos em prol da mudança democrática, por novas políticas, que culminassem na nova Constituição, que incluiria o voto de todos os brasileiros, inclusive dos analfabetos e iria instaurar a democracia participativa

A crise fiscal da década de 70 e 80 influenciou de sobremaneira a política de saúde, com o aumento do viés conservador de soluções econômicas de ajustes, propalados pelo Banco Mundial, FMI, numa sociedade embasada nas forças de mercado. Entretanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) avançava a influência sobre os governos sociais democratas europeus neste período, em 78 foi lançada a Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde na cidade de Alma Ata, que consolidou a saúde como direito humano, que possibilitaria melhores condições de vida social e econômica, um meio de equalizar as disparidades sociais.

A reforma sanitária se colocava como projeto contra hegemônico às tendências neoliberais, fazendo prevalecer a saúde como um direito de que serviria como um instrumento de inclusão social.

Um documento base deste movimento foi o chamado “Questão democrática na área da saúde”, feito pelo Centro Brasileiro de Estudos da saúde (Cebes), que denunciava o poder dos donos de empresas de saúde, de sua indústria para aumentar o privado mercado de saúde, denotando a participação popular em decisões de saúde deveria aumentar o controle social e a importância dos determinantes sociais de saúde.

### 2.3.2 A consolidação do Sistema Único de Saúde - Lei 8080/96

Para que se compreenda o surgimento do SUS enquanto uma política de democratização de acesso à saúde, Paim (2009) destaca que é preciso que se entenda que na época de surgimento do SUS, a saúde era analisada por três vertentes: como uma área do campo do saber, como um setor produtivo na economia, e como um estado vital (PAIM, 2009).

Antes do surgimento do SUS, o setor produtivo em saúde era uma união de várias ações e componentes em saúde que não atuavam de maneira articulada, como a medicina praticada por médicos em seus consultórios privados, os hospitais públicos e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) com sua medicina previdenciária, além dos postos de saúde de secretarias estaduais e municipais (PAIM, 2009).

A Reforma Sanitária foi um movimento que possibilitou a união de movimentos sociais progressistas com o saber em saúde produzido até o momento, num contexto de enfrentamento à ditadura, questionando como as instituições em saúde eram dirigidas, em prol da democratização da saúde. Esta política de democratização em saúde, seria culminada no SUS, advindo deste processo de Reforma Sanitária, articulando diversas políticas de saúde, como a atenção básica, hospitalar, promoção da saúde, entre outras. (PAIM, 2009)

Mais tarde o SUS seria demarcado como política formal de saúde nos textos da Constituição Federal de 1988, como um produto derivado da Reforma Sanitária Brasileira, embora Paim (2009) ressalte que a história de luta para configuração do SUS, remonta a períodos anteriores de sua formalização, provenientes de debates políticos e sociais da Reforma Sanitária.

A reforma sanitária emergiu como um ideário, ou seja, um arrolado de concepções, pensamentos de cunho reformistas, indo de encontro do movimento preventivo em saúde, num contexto do regime autoritário, como uma ideia que responderia a crise da saúde na época, aliando a saúde como um campo do saber e de entraves políticos, o SUS como produto de derivação da Reforma surgiu em 1979 e foi lembrada na 8ª Conferência Nacional de Saúde (PAIM, 2009).

Para Paim (2009) a Reforma Sanitária se configurou como um projeto em 1986, pois foi tratada como política de intervenção na 8ª Conferência, para dois anos depois se formalizar na Constituição Cidadã e na Lei Orgânica da Saúde de 1990.

Celuppi et al (2019) explicam a relação pública e privada na criação do SUS, a partir do entendimento que a 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS) foi um marco para a fundação do SUS, pois nela se destacaram três eixos do SUS, a saúde como direito, a reformulação do sistema nacional de saúde, e o financiamento do setor de saúde, dando responsabilidade ao Estado para a garantia do acesso universal em saúde, via efetivação da reforma sanitária brasileira.

Após esta conferência, Paim (2009) ressalta que a Reforma Sanitária ganhou conotação de processo, reunindo atos políticos, sociais, econômicos com o avanço do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDs), a comissão Nacional da Reforma Sanitária, que viria se articular na constituinte para dar corpo a implementação do SUS, no seio da transição democrática, defendendo a intervenção Estatal para democratização da Saúde.

Era questionado nos tempos de milagre econômico, como a saúde era um setor desarticulado, com a crescente privatização da previdência social. Na década de noventa foi visto um período conturbado para a Reforma Sanitária, embora a implementação do SUS estivesse em curso, avançava no país o pensamento único liberalizante, propondo ações racionalizadoras.

A Reforma Sanitária no primeiro governo Lula chegou como um processo cheio de expectativas de mudanças, devido a conquista de posição política o Partido dos Trabalhadores (PT), enfatizou a gestão participativa em saúde, com a convocação da 12ª Conferência Nacional de Saúde, entretanto a própria conferência por si só, não pode ser aventada como um instrumento de participação popular. Assim como a implementação do SUS, tida como foco principal da política de saúde, foi reduzindo seu caráter reformista, para enfatizar o financiamento e a gestão do Sistema, em detrimento dos determinantes sociais em saúde.

Apesar das políticas do Ministério da Saúde não estarem totalmente voltadas para o cunho transformador da Reforma Sanitária, avanços foram trilhados no primeiro governo Lula, tais como:

houve continuidade nas políticas a exemplo da ampliação do Programa Saúde da Família (PSF), implementação da reforma Psiquiátrica, instituição

do Serviço de atendimento Móvel de Urgência (SAMU), política de Saúde Bucal e a elaboração e aprovação do Pacto pela Saúde. (PAIM, 2009, p.34).

O SUS teve origem no combate as forças autoritárias pela sociedade civil organizada, prezando pela universalização da saúde, sendo assim, um esforço de mobilização social, maior do que de um governo (PAIM, 2008).

Os elementos mais importantes da Reforma Sanitária elencados por Paim (2008) foram as academias universitárias de medicina social, saúde pública, o Cebes, o movimento estudantil, assim como o movimento médico. Esses grupos se organizaram no momento de crise da saúde no regime militar, caminhos tortuosos que passavam pelo capitalismo mundial na década de setenta, abrindo espaço para uma nova organização institucional na saúde (PAIM, 2008).

A Reforma Sanitária foi uma resposta à crise da saúde no período do regime autoritário, que carece de análises que envolvam conceitos como Estado, ideologia, estrutura social. Já que a Reforma Sanitária se apresentou inicialmente como uma ideia, uma concepção de mundo, tal como a ideologia de Gramsci, que visasse a transformação social, observando que papel a classe trabalhadora, a massa exercia no jogo de correlações de forças políticas da sociedade (PAIM, 2008).

A associação da classe trabalhadora e de setores médios da sociedade, resultaram numa colisão de interesses, que almejavam consolidar as demandas do movimento sanitário em projetos institucionais, mesmo que precisasse solucionar pontos de conflito com os setores privados, para que se buscasse o direito à saúde, de modo que, se entendesse o processo saúde-doença pelo seus determinantes sociais, ao passo que, também incitava subverter a ordem social (PAIM, 2008).

Para entender como se dão os movimentos sociais, Gramsci (2000 *apud* Paim 2008) cita que precisamos separar os movimentos ditos orgânicos, que compreendem objetivos permanentes, dos de conjuntura, que atendiam a prazos perenes, de momento, ressaltando que o movimento em prol da Reforma Sanitária, deveria ser orgânico, incluindo intelectuais da área da saúde, que buscassem por meio do método crítico social, a reforma geral da sociedade, mudando totalmente a vida das pessoas, entretanto, Paim (2008) lembra que a Reforma foi parcial em seus resultados.

Fazendo um histórico das políticas de saúde ao longo do período após transição democrática brasileira, Paim (2008) destaca que no governo Geisel foi visto o investimento nos Programas de Extensão de Cobertura (PECs), baseado no

modelo médico hospitalar, como uma resposta frente a crise no setor de saúde. Assim como o governo posterior, que criou ações em saúde como:

o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social (Plano do CONASP) e as Ações Integradas de Saúde (AIS) que, após a redemocratização, foram transformadas nos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). (PAIM, 2008, p.635)

Seguindo o cronograma temporal, Paim (2008) destaca que a Reforma Sanitária como um processo se engendrou após a 8ª Conferência Nacional em Saúde, após a Constituição Federal de 1988, que efetivou o Sistema Único de Saúde como derivação da Reforma, o Brasil passou por inconstâncias em suas políticas de saúde, e no percurso de implementação do SUS e da Reforma enquanto um movimento continuado.

No governo de Sarney surgiu a centralização do setor de saúde no Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), posteriormente na presidência de Collor surgiram as Leis 8080/90 e 8142/90; assim como no governo Itamar, destacamos a Norma Operacional Básica de 1993, que intensificou a descentralização do SUS para outras esferas de governo, assim como no período liderado pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, que instaurou a Emenda Constitucional 29 (PAIM, 2008).

O SUS se consolida no período da Constituição Federal de 1988, como um meio de se reforçar a saúde preventiva as condições de vida da população, a educação em saúde, sua promoção. “Pensar a articulação entre a saúde e o desenvolvimento implica enfrentar a questão crucial de se retirar das forças de mercado a determinação exclusiva da expansão econômica e da gestão da força de trabalho. (COHN, 2012, p.222)”

É preciso repensar o SUS como projeto de saúde voltado para o desenvolvimento, como promotor de equidade, universalidade e integralidade, mesmo após o período de redemocratização, o nosso sistema de proteção social se baseou na lógica meritocrática, que não permite a universalização dos direitos em saúde.

A previdência social até hoje é controlada pelos limites fiscais contábeis, sofrendo rigor analítico em seus gastos, desde de 90 a proposta do sistema previdenciário era servir de poupança para o governo investir em outras áreas,



criando um mercado privado e competitivo para os seguros de saúde, onde ela se ligava a assistência social e eram vistas como gastos para o governo, devendo assim, sofrerem rigor contábil.

As políticas de saúde aliadas ao desenvolvimento deixam de ser consideradas em seu caráter compensatório sobre as desigualdades provenientes das relações de troca com o mercado, sendo agora um fator do desenvolvimento social.

O desenvolvimento hoje articula a capacidade das políticas públicas de gerarem inclusão social, mesmo num contexto de economia de mercado, aonde a inclusão seja tomada como valorização do salário mínimo, políticas de transferência de renda às camadas populares, acesso a serviços públicos, como os de saúde no seu sentido ampliado, além do conceito para a ausência de doenças. (COHN, 2012).

Sobre as conjunturas econômicas externas, ressalta-se que na América Latina os países passam por cortes estruturais, em prol de ajustes fiscais macroeconômicos, redefinindo o papel do Estado, de investidor pujante para regulador do mercado. No Chile por exemplo na década de 90 prevalecia um modelo privatizado de saúde baseado nas recomendações das agências e bancos internacionais.

Já no Brasil a reforma do setor de saúde na década de 80, se deparou já com um saúde principalmente privada, que concentrava capital médico e industrial, financiado também pelo regime de previdência social. Neste contexto liberalizante o SUS emergia como política contra hegemônica, dado que o que se observava era a restrição do Estado de Bem estar social, para que a população não sofresse nas mãos do mercado, pela ausência de serviços básicos de saúde.

Para tanto, era necessário para a implantação do SUS, enfrentar que as funções básicas do Estado não estavam sendo supridas no setor da saúde, tais como: provedor, criando políticas de saúde como direito universal, produtor de bens e serviços em saúde, regulador dos sistemas públicos e privados de saúde.

A reforma sanitária chegava num sistema público estatal de saúde, tendo como parceiro o setor privado de saúde não lucrativo, porém o estado se mostrou incapaz de fiscalizar o setor privado, gerando concentração de capital, em que pese, a criação das agências reguladoras nos anos noventa, num cenário de privatizações das empresas estatais.

Em contextos atuais, a grande extensão do território brasileiro é um dos fatores que vem desencadeando dificuldades de implementação do SUS, fazendo com que o Estado brasileiro repense formas de reduzir este impacto negativo sobre sua universalização de forma equitativa entre as variadas regiões (SILVA et al., 2018).

Um dos programas do governo que contribui para minimizar os efeitos da vasta malha territorial sobre a efetivação do SUS é a Estratégia de Saúde da Família que visa propiciar a atenção primária mais direta com a comunidade local, além do Programa Mais Médicos criado em 2013, que objetiva arrefecer as desigualdades regionais no que tange ao atendimento público em saúde, o que é reforçado por movimentos sociais que apoiam a Reforma Sanitária Brasileira (SILVA et al., 2018).

Atualmente políticas de cunho neoliberal ameaçam a democratização do acesso à saúde e tendem enfraquecer o alcance público do SUS, a disciplina fiscal vem se sobrepondo sobre o estado de bem estar social em saúde, as frentes neoliberais se incorporam nas novas ideias de reforma da previdência e no setor educacional.

As políticas de austeridade se assemelham a captação de fontes de renda no setor privado, na terceirização do trabalho, que tendem a mercantilizar os serviços de saúde, acompanhados de embates entre sindicalistas e sanitaristas, uma vez que os primeiros lutam por planos privados de saúde em contraposição do SUS (SANTOS, 2018).

Paim e Teixeira (2018) afirmam que recentemente o ajuste fiscal aliado a preponderância de políticos de direita nas novas eleições e a redescoberta do neoliberalismo econômico mais enfática no país, vem gerando o desmantelamento do SUS.

A crise de 2008 desencadeada pela especulação imobiliária na economia norte americana se alastrou para o mundo globalizado, aumentando as dívidas públicas e indo de encontro as políticas do *Welfare State*.

Nesse contexto, sistemas de saúde foram se tornando mercantilizados, aprofundando a competição pela comercialização da saúde, na América Latina foi desencadeado o aumento nas políticas de privatização da saúde, gerando entraves ao acesso a serviços de saúde. Tais fatos se articulam com a crise do SUS brasileiro, seu esgotado financiamento e a subvalorização dos seus servidores (PAIM; TEIXEIRA, 2018).

Atualmente Cohn (2018) ressalta que a proposta da Reforma Sanitária vem paulatinamente se esgotando, já que a palavra de ordem hoje é dado pelo caminho institucional de defesa do SUS, e não da Reforma, como movimento político, já que o projeto da reforma sanitária vem sofrendo desgastes parlamentares, como pode-se citar a Emenda Constitucional 95 (EC 95/2016), que prevê congelamento de recursos para o setor de saúde durante vinte anos, além da extinção do programa Farmácia popular.

### 3 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO ESCOLAR

#### 3.1 Histórico da Educação Física

Guiraldelli Junior dividiu a história da Educação Física em termos didáticos em períodos, o primeiro chamado de Educação Física Higienista que perdurou do final do século XIX até 1930, visando se atentar aos problemas de higiene da população, via assepsia social, a Educação Física de cunho militar até por volta de 1945, destacando o papel do treinamento físico, do desporto, da ginástica, para a formação moral do homem, além da Educação Física pedagógica (1945-1964) comungando preceitos educativos, práticas pedagógicas ao ensino da educação física, dando ênfase a participação plena de todos nas aulas, sem exclusão que se voltava na educação física competitivista que perdurou até os anos oitenta, com o objetivo de formar o aluno atleta (GUIRALDELLI, 1991).

A educação física só se consolidou nas escolas a partir do século XX pela profusão dos saberes médicos e da influência militar que prezava pelo ensino da ginástica para tornar o corpo apto fisicamente, sendo a educação física obrigatória nas escolas primárias desde a promulgação da Lei Constitucional número 1 em 1937 (CASTELLANI FILHO, 2011)

No início do século XX a Educação Física ainda era um campo emergente, novo que carecia de certa legitimação, desta maneira Lovisolo e Gois Junior (2005) demonstraram que a área bebeu em fontes higienistas no seu surgimento.

O Brasil, nos anos de 1930, vivia um período histórico de modernização industrial tardia, baseada em países europeus, como França e Inglaterra. Neste momento a Educação Física sofreu demasiada influência do movimento higienista que era marcado pelo seu apelo as áreas médica e biológica e que tinha como propósito final a saúde coletiva da população (GOIS JUNIOR e LOVISOLO, 2005).

Deste modo, o objetivo do movimento higienista era transformar a população o principal recurso de uma Nação, por meio da difusão de hábitos saudáveis de higiene, para que sua população estivesse protegida e forte para atuar no mercado de trabalho industrial europeu (GOIS JUNIOR e LOVISOLO, 2005).

Monteiro e Bizzo (2015) afirmam que as primeiras ações de saúde no interior da escola foram desenvolvidas no século XIX, a partir da base higienista observando a saúde das crianças em idade escolar, sendo a escola um lugar privilegiado para

inculcar na criança práticas institucionalizadas de higiene, iniciava assim a saúde escolar, que se colocava em prática por meio de controle da merenda escolar, exames antropométricos nas crianças, preocupação com a infraestrutura escolar.

Surgiram neste momento de propagação do higienismo teses que inculcavam a raça brasileira o fracasso econômico, diagnosticando que o país era formado por pessoas de raça inferior, menos afeitas ao trabalho, o que denotava que o movimento higienista no Brasil, seguia para o caminho da eugenia, dado o desejo de embranquecimento populacional, que buscavam trazer imigrantes europeus para o Brasil, como o pensamento de Oliveira Vianna, que pensou em esterilizar negros, controlar e regular os casamentos, como base para sua ideia higienista (GOIS JUNIOR e LOVISOLO, 2005).

Entretanto, as concepções higienistas que emergiram na Europa, basicamente se subdividiam em duas vertentes diferentes sob o ponto de vista da intervenção em educação física e saúde, ao passo que, os *galtonianos*<sup>6</sup> eram embasados em teorias de eugenia e os *lamarkistas*<sup>7</sup> que tinham maior foco intervencional (GOIS JUNIOR e LOVISOLO, 2005).

A educação física era um instrumento nesta concepção intervencionista para que fosse possível passar novos valores e hábitos higiênicos à população, tornando o trabalhador brasileiro saudável e produtivo, buscando também dar foco a aptidão física escolar, tendo como conteúdo principal a ginástica (GOIS JUNIOR e LOVISOLO, 2005).

Desde a década de sessenta, foi visto imperar nos currículos, aulas de Educação Física, nos âmbitos acadêmicos, ou até escolares, a preponderância de conteúdos vinculados ao currículo tradicional-esportivo, pautado pelo ensino dos principais esportes (vôlei, futebol, basquetebol, handebol), onde o ensino das habilidades técnicas eram passados em atividades práticas e a aprendizagem de conteúdos teóricos destas práticas esportivas, eram apresentados em salas de aula, ou ambientes sem prática, separando a teoria da prática esportiva, ou apenas dando foco esportivista as aulas de Educação Física. (BETTI e BETTI, 1996)

---

<sup>6</sup> “Os galtonianos defendiam a tese da seleção natural de Darwin deveria ser auxiliada através da intervenção do homem”. (GOIS JUNIOR e LOVISOLO, 2005, p.326) Bem como, se embasava em pressupostos de apresentando os pressupostos de eugenia da raça.

<sup>7</sup> “A intervenção de Azevedo era pautada na democratização da educação e da saúde. Através da reforma social o povo iria superar sua debilidade, adquirindo condições de trabalho, hábitos higiênicos. Este projeto regeneraria o povo brasileiro”. (GOIS JUNIOR e LOVISOLO, 2005, p. 325)

Segundo Cândido et al. (2015) a perspectiva técnica que é enfatizada na escola, em que pese ainda hoje o treinamento esportivo é inserido em aulas de educação física sob um enfoque competitivista, lembrando o modelo esportivista que prevaleceu na formação de professores durante a década setenta.

Dessa forma, a Educação Física foi se justificando como componente curricular da Educação Física ao longo da história, a partir de argumentos de que sua prática faria com que crianças e jovens melhorariam seu desenvolvimento biológico, psíquico e social, para isso seu principal conteúdo era o esporte, porém Guedes (1999) lembrou que se pautando exclusivamente pelos conteúdos competitivos e esportivos, a Educação Física não cumpre sua total tarefa no âmbito escolar.

Com o avançar dos anos já na década de oitenta, aprimora-se o debate voltado para a Educação Física como um campo de conhecimento que consolida várias áreas de saberes científicos interdisciplinares, como sociologia, filosofia, psicologia, biologia, em prol do seu objeto maior que é o movimento humano, dando ênfase neste momento a um conteúdo de base técnica científica.

Isso que permitiu maior aplicação e produção de conhecimentos teóricos da área de Educação Física, pautados na ciência aplicada, na tecnologia, gerando disciplinas sínteses nos currículos acadêmicos de Educação Física, como processo ensino aprendizagem de habilidades motoras, ou seja, matérias que viam com a proposta de articular dois ou mais eixos do conhecimento, e criar uma síntese de conhecimentos, baseados na lógica científica. (BETTI e BETTI, 1996)

Dessa forma as abordagens da Educação Física surgidas na década de oitenta se colocaram em oposição à educação física tradicional, que sofreu várias críticas por seu caráter esportivista, disciplinador e alienante (REMONTE, 2014).

Um dos objetivos deste ensino técnico científicos seria fomentar o estudo reflexivo, onde o professor refletiria antes, durante e após sua ação pedagógica, ou seja, uma reflexão da própria ação, observando os recursos que tem a sua disposição, como teorias, conceitos, verifica como pode empregá-los em cada situação de aula e que pode ocorrer com suas ações (BETTI e BETTI, 1996).

Além de repensar a ação pedagógica a partir da própria reflexão os conteúdos de formadores de professores de Educação Física a partir da década de oitenta, se pautaram por uma orientação de cunho marxista do estado da educação da época, deste modo a educação, deveria transcender o currículo de cunho capitalista, reprodutivista da realidade atual, sendo reforçado para uma

transformação social marxista, onde a ação, a reflexão, e os campos das ciências humanas se refundariam. (MARX; 1980; BRACHT et. al., 2002, BRACHT, 2014).

Quando pensamos a formação dos futuros docentes da escola básica, é preciso criticar a formação de professores e estudantes tem se apoiado numa lógica cartesiana de ensino, baseada em provas, avaliações com fins em si mesmo, onde o que prevalece é a mera repetição de conteúdo, que não refletem na prática pedagógica do futuro professor (PÉREZ GÓMEZ, 2010).

Nesta lógica escolástica, o conhecimento passa a se apresentar como um dado acabado, que não carece de indagações, sem possíveis interpretações futuras centrado em atividades desconexas com a realidade.

Uma questão que se coloca para a Educação Física é se ela é de fato uma ciência autônoma, com temas e objetos cognoscentes claramente definidos, para tanto, seria ideal que penetrássemos no conceito de ciência, e julgar se esta seria considerada ciência ou não, mas sabemos que conceituar ciência também é um exercício de valor epistemológico.

Bracht (2000) ressalta que a Educação Física precisa de fundamento científico, e se afirmar enquanto ciência, que detém credibilidade no meio acadêmico e social, que a legitime e prestigie como um campo de estudo, entretanto a própria razão moderna de ciência seja questionada, a Educação Física busca no marxismo e nos campos das ciências humanas aparatos científicos que não sejam positivistas para demarcar seu campo de atuação (MARX, 1980).

Para Betti (2005), a Educação Física não poderia ser demarcada como ciência, e sim como uma área de reflexão, um campo de estudos acadêmicos que faz uso de diversas ciências para dar corpo ao seu objeto de estudo e intervir na sua prática. A educação Física foi se constituindo como ciência para se legitimar nos ambientes acadêmicos, e para tal, o esporte foi seu objeto mais forte de estudo, devido o avanço da ideologia liberal após a segunda guerra e também almejando intervenções científicas que maximizassem os rendimentos esportivos.

Sendo assim, sobre a prática docente, Kunz (1995) destaca que o saber teórico tem sua importância limitada durante a competência do agir prático do professor de Educação Física, dado que na formação do docente ele entra em contato com vários instrumentos que fazer uso na prática, e o professor que atua diretamente no âmbito escolar, muitas vezes incorre no percalço de agir

pedagogicamente repetindo as práticas que já vivenciou, sem ter uma compreensão maior teórica do seu agir prático.

Segundo Rocha et al. (2015), na década de oitenta o país estava vivendo a efervescência de mudanças ensejada pela redemocratização, assim novas fontes curriculares embasados em práticas pedagógicas, iniciaram suas críticas ao modelo educacional do regime militar, dando maior correlação do currículo educacional com a política, cultura, ideologias, visando romper com o paradigma esportivizante que era preponderante na educação física, dando surgimento as teorias crítico-superadora e crítico-emancipatória.

A teoria crítica superadora enfatizada por Soares et al. (2002) traçou como conhecimento principal da educação física escolar, a cultura corporal de movimento que envolviam os jogos, a luta, a dança, a ginástica e capoeira, além de propiciar aos alunos entendimento sobre justiça social, crítica sobre o que estavam aprendendo, um ensino baseado na reflexão, baseada num fim determinado, que seria pensar a sociedade sem classes sociais superiores às demais (SOARES et al., 2012).

Bem como em Kunz (2012) a teoria crítico emancipatória que visava ampliar o escopo crítico dos alunos, porém trazendo para eles a transcendência de limites, entendida como uma forma dos alunos se libertarem das falsas ilusões, impostas por exemplo pela mídia, pelo conservadorismo, sendo o se movimentar humano uma forma do agir comunicativo, ou seja, do aluno se expressar e se reconhecer no mundo.

Apesar do avanço das teorias críticas, outras abordagens que tiveram preponderância na área da Educação Física escolar, foram as focadas na aptidão física e na saúde renovada.

Na década de noventa pode-se observar a sistematização de estudos de Nahas (1992) e Guedes (1999) que dão base de fundação ao campo da educação física escolar e a saúde contemporânea, após preceitos do higienismo. Nesse sentido a educação física era associada ao conceito da "aptidão física relacionada à saúde", devendo então ministrar aulas com os temas das atividades físicas, aptidão cardiorrespiratória, resistência, composição corporal.

As teses que vinham com a aptidão física relacionada à saúde (AFRS) traziam a importância dos hábitos e comportamentos saudáveis desde a juventude, o apoio a adesão das atividades físicas, desde a escola até a vida adulta, de modo



que os alunos tenham conhecimento sobre como se exercitar com autonomia após a escola, dessa forma a educação física poderia ajudar a reduzir gastos do Estado com doenças e agravos (KNUTH E LOCH, 2014).

Para Guedes (1999), o professor de Educação Física escolar não pode se ater a organizar as atividades festivas na escola ou apenas ao entretenimento recreativo em suas aulas, dado que a sociedade atual com o crescimento do número de pessoas com doenças crônicas. A Educação Física escolar pode ser um veículo de educação para a saúde, permitindo que os estudantes incorporem hábitos saudáveis de vida, mediante a adesão a prática de exercícios físicos regulares. Uma vez que ao estimular a prática de atividades físicas na juventude poderá contribuir para a redução de pessoas acometidas com doenças crônico-degenerativas na idade adulta.

Guedes (1999) reforça que conteúdos que tenham como foco a manutenção e preservação da saúde, devem ser trabalhados na escola, trabalhando não só o exercício físico como prática, mas o entendimento dos alunos e sua formação educando para a saúde.

Dessa forma, sugere-se que a escola de maneira geral, e a disciplina de educação física em particular, assumam a incumbência de desenvolver programas que levem os educandos a perceberem a importância de se adotar um estilo de vida saudável, fazendo com que a atividade física direcionada à promoção da saúde torne-se componente habitual no cotidiano das pessoas. (GUEDES, 1999, p.2)

Deste modo então, os professores de Educação Física escolar poderiam ir além do ensino dos esportes e de atividades de recreação, mas criar mecanismos que despertem no jovem o interesse pelo estilo de vida saudável e ativos em todos os momentos da vida (GUEDES, 1999).

A educação para a saúde proposta por Guedes (1999) entende que a doença se dá por meio de desajustes entre o homem e o meio ambiente, dessa forma o homem precisa ter atitudes que não provoquem esse desequilíbrio ambiental, como adquirir hábitos de vida ativa, praticar exercícios, se alimentar de maneira saudável, reduzir o seu estresse, tomando o estado de saúde do homem como algo dinâmico, que varia conforme suas atitudes perante as demandas do ambiente vão o exigindo, e que por meio de comportamentos obtidos pela educação, irá incorporar novos hábitos de vida.

Na década de oitenta se intensifica o debate que se pautava pela relação entre benefícios da prática regular de exercícios físicos para a saúde, neste período, surgiu o movimento denominado "Aptidão Física Relacionada à Saúde" (AFRS) objetivando propagar na Educação Física preceitos relacionados ao estilo de vida ativo, construção de hábitos saudáveis para a melhoria da saúde geral da população (FERREIRA, 2001).

Essa visão da AFRS sofreu diversas críticas, primeiramente por desconsiderar os aspectos que determinam a vida social das pessoas, ao preconizar somente a saúde por uma concepção biológica, também focava em mudanças de ordem individualista, no estilo de vida, que tenderiam a culpabilizar a vítima, como se todos os sujeitos vivessem no mesmo ambiente e condições sociais.

Knuth e Loch (2014) afirmam que apesar dessa massificação da AFRS, os alunos tem pouco tempo de inserção de práticas das atividades físicas nas aulas de educação física na escola, alguns minutos de aula não contribuem para que os escolares alcancem altos níveis de aptidão física (KNUTH E LOCH, 2014).

Em que pese as teorias da saúde renovada e as cunho crítico social, Eto e Neira (2017) ressaltam que num contexto pós moderno, a racionalidade científica começa a ser questionada, a globalização deu acesso a pessoas a múltiplos significados atribuídos a conhecimentos, subjetividades diferentes de grupos sociais em contato, quebrando assim a metanarrativa moderna de tradição técnica e científica. Nesse sentido, as identidades são mistas, mudam facilmente e não seriam mais determinadas pelas vias biológicas ou históricas, agora seria representações em constante circulação, rompendo com a noção que as condições econômicas influenciaram os grupos culturais.

Neira e Eto, (2017) trazendo esses conceitos para a Educação Física iniciaram as críticas as propostas tradicionais ou psicológicas que vigoraram nesse campo, como desenvolvimentista, esportivista, caracterizando-as como práticas dotadas de influência das classes dominantes, ou seja, o estilo de vida e gestos das elites.

De acordo com Rocha et al. (2015) Neira reconhece as contribuições para a área da Educação Física das teorias críticas, porém trazem outros conceitos para a reflexão, como: etnia, gênero, cultura, de forma que as aulas de educação física valorizassem mais a vivência dos alunos em suas culturas, levando a construir um

currículo sem a linearidade formal, porém aberto a representações culturais dos mais variados grupos.

Dessa forma Eto e Neira (2017) estariam traçando então as bases para as teorias pós críticas da educação física que seria focada na subjetividade do aluno, na sua identidade cultural, reforçando os grupos sociais antes marginalizados dentro da cultura corporal na escola.

### 3.1.1 Escolas Promotoras de Saúde-Fortalecimento da Iniciativa Regional

De acordo com Silva et al. (2019) a Escola Promotora da Saúde (EPSs) é uma estratégia para se implantarem políticas de promoção da saúde na prática como um meio de efetivação da proposta prescrita na Carta de Ottawa, ressaltando a importância de condições ambientais para a saúde, a participação de setores da sociedade na saúde. A EPS é uma maneira de se resgatar a criação de valores e atitudes sobre a saúde, sendo uma estratégia atuante diretamente no seio da escola para se propagar a educação em saúde, a criação de ambientes favoráveis à saúde, serviços de saúde, vida ativa em conjunto com a comunidade.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que organizou na década de noventa esta iniciativa regional da EPS, se espalhando pela América Latina, Caribe, chegando então no Brasil visando aprofundar práticas pedagógicas em saúde na escola.

Dessa maneira, para pensar que tipo de escola é capaz de ser promotora da saúde vamos tecer uma breve análise sobre o texto organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde que retrata as condições de saúde da população em idade escolar na América Latina e Caribe; e nos situa sobre o que é o conceito de Escola Promotora da Saúde (IPPOLITO-SHEPHERD, 2006)

A Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde objetiva enfatizar o desenvolvimento sustentável de crianças e de adolescentes na escola, para que isso se dê a iniciativa tem como marco conceitual as Declarações sobre Promoção da Saúde, tal como a Carta de Ottawa (1986) e os conhecimentos científicos sobre o binômio saúde e educação, além de iniciativas práticas de saúde nos países da América Latina e Caribe (IPPOLITO-SHEPHERD, 2006)

As estratégias e ações práticas com base nesta Iniciativa Regional devem ser construídas mediante a participação comunitária, propondo e debatendo políticas de saúde que almejem o desenvolvimento sustentável (IPPOLITO-SHEPHERD, 2006)

Para que a Iniciativa Regional das Escolas Promotoras de Saúde se torne concreta, a Organização Pan-Americana de Saúde estipulou que as escolas promotoras de saúde se fundamentariam em três pilares conceituais e que atuariam em conjunto, tais como: a) a educação para a saúde com enfoque integral, b) a criação e manutenção de entornos e ambientes saudáveis e c) a provisão de serviços de saúde, nutrição saudável e vida ativa (IPPOLITO-SHEPHERD, 2006).

Casemiro et al. (2014) ressalta que desde o início da década de noventa várias iniciativas têm sido propostas por organismos internacionais para a saúde escolar, porém ainda de desafios quanto as suas experiências práticas, como as EPS, já que na América Latina as iniciativas têm como objetivo o foco na doença, na sua transmissão, higiene, primeiros socorros, não contextualizando a realidade local, culpabilizando a população por sua condição de saúde

### **3.2 Saúde e os marcos legais da Educação Física escolar**

De acordo com a Base Nacional Curricular Comum (BNCC) os estudantes poderão ter acesso à aprendizagens essenciais para toda educação básica.

Tendo os saberes previstos na base como um norteador para a formulação de currículos, projetos políticos pedagógicos e planos de aula em toda as escolas brasileiras, dessa forma é relevante identificar como os conhecimentos pautados pela BNCC estão se transformando em currículos escolares, mais especificamente nos currículos da disciplina Educação Física e de que maneira os professores da educação básica, estão construindo seus planos e objetivos específicos de aulas de educação física, tomando como base a BNCC (BRASIL, 2018).

A BNCC ressalta que no Ensino Fundamental os alunos precisam ter a continuidade de contextos lúdicos de brincadeiras como tinham na etapa anterior, aprofundando os conhecimentos sobre as práticas corporais, de maneira que agora possam analisá-las de forma sensível, estética, além de poderem construir textos, se expressarem de várias maneiras sobre as vivências corporais tematizadas nas aulas de Educação Física (BRASIL, 2018).

A Educação Física é componente curricular obrigatório do Ensino Fundamental integrado ao campo das Linguagens, sendo elencada como membro da cultura, indo muito além do movimento apenas de um corpo, desta maneira a Educação Física é ressaltada pela BNCC, como uma disciplina escolar que possibilita que as práticas corporais sejam tematizadas em suas várias formas e sentidos, levando em conta as expressões de movimento e cultura da sociedade historicamente produzidos (BRASIL, 2018).

Um desafio importante para as escolas após a implementação da BNCC como um norteador de saberes é a construção de currículos que considerem todas as práticas corporais que podem ser tematizadas e trabalhadas durante as aulas de Educação Física no Ensino Fundamental, dentre tais, a BNCC destacam-se: brincadeiras e jogos, esportes, ginásticas, danças, lutas e práticas corporais de aventura.

O currículo das escolas em educação básica para a área de Educação Física no segmento do Ensino fundamental, deve considerar que a partir da BNCC a Educação Física têm dez competências, dentre elas, ressaltamos sua importância para a compreensão da cultura corporal de movimento e seus vínculos com a vida coletiva, apresentando desafios para a sua aprendizagem, a identificação de múltiplos padrões diferentes de desempenho, combater os preconceitos acerca das práticas corporais (BRASIL, 2018).

Desse modo, reconhecer a importância das competências da Educação Física pontuadas na Base, demonstram que ela pode ser uma disciplina nas escolas que faça uma reflexão crítica da sociedade por meio das suas práticas corporais, considerando-as elementos identitários das culturas dos diversos grupos sociais.

É importante ressaltar de que maneira a Base encara a Educação Física enquanto suas funções no contexto escolar, deste modo pode-se observar que:

A Educação Física é o componente curricular que tematiza as práticas corporais em suas diversas formas de codificação e significação social, entendidas como manifestações das possibilidades expressivas dos sujeitos, produzidas por diversos grupos sociais no decorrer da história. Nessa concepção, o movimento humano está sempre inserido no âmbito da cultura e não se limita a um deslocamento espaço-temporal de um segmento corporal ou de um corpo todo. (BRASIL,2018, p.211)

A Base também demonstra que a Educação Física pode ser uma disciplina que explore uma larga escala de saberes promovidos por meio de atividades

lúdicas, estéticas, que ultrapassem o saber apenas científico, ou seja, que considere também o conhecimento que os alunos já trazem em sua bagagem cultural sobre as práticas corporais.

Coadunando com a abordagem da Saúde Renovada, a Base afirma também que ao professor de Educação Física possibilitar a vivência dos alunos das variadas formas das práticas corporais, que os alunos incorporem estes elementos através de sua autonomia, para no seu espaço de lazer e na saúde, retomem as práticas corporais. Conforme visto em:

Para além da vivência, a experiência efetiva das práticas corporais oportuniza aos alunos participar, de forma autônoma, em contextos de lazer e saúde (BRASIL, 2018, p.211)

Para Nahas (1992) os currículos de Educação Física devem pensar na vida futura dos alunos escolares, para que no período longínquo os alunos pratiquem atividade física e tenham hábitos saudáveis de vida, entendendo conceitos básicos, como saúde, aptidão física, detendo algum nível de habilidade motora, que lhes permitam sentir prazer e motivação para praticarem atividades físicas. (NAHAS; CORBIN; 1992)

Na Base as práticas corporais foram organizadas de acordo com seis unidades temáticas com o intuito de criar um norteamento de organização curricular no Ensino Fundamental, porém não obrigatório, para servir como um meio de cada prática corporal ser tematizada na escola (BRASIL, 2018).

A primeira unidade temática citada na Base é composto pela prática corporal denominada brincadeiras e jogos, que representam atividades de teor voluntário, não obrigatório, que ocorre num determinado espaço temporal, num contexto onde as regras de um jogo podem ser alteradas conforme conveniência e acordo de um grupo ou turma, o que é combinado deve ser seguido e recriado, desde que o jogo mantenha sua ludicidade valorizada por quem o vivencia.

É importante ressaltar que a BNCC, coloca o jogo como um conteúdo, e não como uma peça para incentivar o aluno a ter reações ou incitar a aprendizagem de algum movimento, ou seja não é uma “ferramenta auxiliar de ensino” (BRASIL, 2018, p.212) Vale destacar que nesta unidade temática não foi citada o termo “saúde”, objetivo de verificação do nosso estudo.

Já na segunda unidade temática esporte é visto o termo saúde, dado que a Base salienta que no momento que o esporte é praticado num ambiente de lazer ou praticado com âmbito de se obter saúde, o esporte pode ter diferentes sentidos e significados para seus praticantes. Os esportes mudam de sentido para seus praticantes, pois gera praticas derivadas, conforme desejo dos participantes em mudar as regras, como a prática do futebol com números de praticantes e tamanho do campo não oficiais, jogado com diferentes tipos de bolas, materiais, tempos adaptados as necessidades de uma quadra alugada por exemplo (BRASIL, 2018).

Outra unidade temática de prática corporais é a ginástica que por seus objetivos e elementos diferentes se subdivide em três ginásticas: geral; de condicionamento físico e de conscientização corporal.

As ginásticas são unidades temáticas que são enquadradas pela BNCC (BRASIL, 2018) como conteúdo que os estudantes dos anos finais do Ensino Fundamental (6º,7º,8º e 9º ano) têm possibilidades de vivenciar, para desenvolver habilidades como identificar os tipos de capacidades físicas envolvidas numa prática corporal, tais como: força, velocidade, resistência, assim como tem o objetivo de promover a saúde por meio da garantia que todos participem durante o momento de prática de exercícios gímnicos.

Já nos dois anos finais do Ensino Fundamental (8º e 9º ano) a ginástica como unidade temática se desdobra em dois objetos de conhecimento de acordo com a BNCC (BRASIL, 2018), tais como: ginástica de condicionamento físico e de conscientização corporal.

Nesta etapa de ensino, as habilidades que se requerem que os estudantes aprendam com as ginásticas também se relacionam com o termo saúde, já que incita os estudantes a repensarem os diferentes padrões de saúde, beleza e desempenho ao longo da história, suas influências advindas da mídia, de pesquisas científicas; bem como o debate sobre a medicalização aliada ao exercício físico, a prática excessiva de treinamentos e suas implicações; a necessidade da prática individualizada de treinos. Além de permitir que o aluno adquira a habilidade de saber diferenciar entre os tipos diferentes de ginásticas e seus benefícios conforme visto em segmento retirado da BNCC:

Identificar as diferenças e semelhanças entre a ginástica de conscientização corporal e as de condicionamento físico e discutir como a prática de cada uma dessas manifestações pode contribuir para a melhoria das condições de vida, saúde, bem-estar e cuidado consigo mesmo. (BNCC, p.235)

Entretanto, este trecho da BNCC, retoma a saúde como uma noção individualizada, ao citar o “cuidado consigo mesmo”, assim como, a preocupação de criar programas de exercícios que atendam as especificidades de cada sujeito vide suas necessidades, trazendo uma noção arraigada de saúde com denotação conservadora, ligada a comportamentos e responsabilização individual, porém, consideramos importante o debate que ela propõe ao se discutir os diferentes tipos de conceito de saúde e beleza ao longo do tempo

Esta visão conservadora de saúde se conecta a doutrina neoliberal, que emerge pós segunda Guerra, como uma reação as políticas do Estado de Bem Estar Social, prezando pela redução das estatais na economia, pois atrapalhavam o lucro geral, que tirariam as liberdades dos agentes econômicos e a livre concorrência, (ANDERSON, 1995).

A partir do momento que preza pela responsabilidade individual em saúde, a doutrina neoliberal, tende a atomizar, separar os sujeitos, fazendo-os competir entre si no mercado capitalista, livre e sem regulação ou proteção social (FIORI, 2001); Deste modo, reduzindo estruturas de defesa dos trabalhadores, aumentando o respeito as hierarquias empresariais, que controlavam e avaliavam individualmente os trabalhadores (BOURDIEU, 1998)

O que ocorre também no tratamento pedagógico dado a unidade temática lutas no Ensino Fundamental, onde a palavra saúde novamente não é citada, entretanto a Base demonstra a relevância de tornar objetos de ensino as lutas de matrizes indígenas e africanas, sendo vivenciadas como práticas corporais que desenvolvem no 3º ao 5º ano do Ensino Fundamental como pontes para a valorização atitudinal do adversário, assim como a superação dos estereótipos ligados as lutas, e a propagação de valores como solidariedade e justiça, noções que se destacam na concepção ampliada de saúde e seus sócio determinantes.

Ao passo que a unidade temática de práticas corporais de aventura preza pelas vivências motoras em ambientes desafiadores e que provoquem instabilidades, como a natureza e os espaços urbanos, para criarem experimentações corporais que permitam o risco controlado e vertigens prazerosas. Embora não tenham citado explicitamente os conceitos de saúde dentro desta temática, a práticas corporais de aventura, propiciam o trabalho com alunos de sexto e sétimo ano do Ensino Fundamental noções de risco durante as atividades físicas,



a valorização do patrimônio público e natural, a discussão sobre a degradação ambiental, temas que se misturam com os determinantes sociais da saúde.

Desta maneira, o aluno aprende via experimentação como fazer uma determinada prática corporal, ou seja, ele adquire competência, tem um domínio de como funciona essa prática, para que de forma autônoma se envolva com ela em seus momentos de lazer ou saúde. Sendo assim observa-se que a BNCC relaciona as práticas corporais com a saúde e lazer, sendo suas unidades temáticas possibilidades de serem incorporadas pelos educandos fora da escola, tal como preza a abordagem da Saúde Renovada, dado que permitem que os alunos tenham conhecimento das práticas corporais, tanto teórico como prático, para que venham a ter hábitos saudáveis na vida adulta (DARIDO, RODRIGUES, NETO, 2014).

Porém, consideramos importante o debate levantado pela BNCC pois ela propõe discussões sobre os diferentes tipos de conceito de saúde e beleza ao longo do tempo, propiciando a confrontação de padrões impostos pela mídia e o entendimento de noções díspares de desempenho esportivo. Assim como, propõe o debate sobre o patrimônio público, cultural, e sobre o meio ambiente, no ensino da unidade temática práticas corporais de aventura.

Neste momento, corrobora com a visão da Reforma Sanitária que valoriza o setor público como mola propulsora do desenvolvimento econômico e social. Este debate da Reforma Sanitária está associado a busca de melhores condições de vida, e aos determinantes sociais de saúde, que tornariam a vida da população mais equitativa (BUSS, 2000; PAIM, 2008; PALMA, 2001).

A Educação Física enquanto campo de estudos nas escolas está delimitada pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN's) dentro da área de Linguagens, Códigos e suas Tecnologias, na proposta de Ensino Médio embasada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação nacional nº 9.394/96 (BRASIL, 2000).

A Educação Física se insere então como uma área de linguagem, à medida que seu objetivo principal, passar ser a produção de sentidos, de movimentar-se de acordo com o agir de uma determinada realidade social e histórica, para produzir e dar novos significados aos movimentos, aos modos de comunicar-se, de agir, e de construir novos símbolos e dar-lhes novos sentidos (BRASIL, 2000).

De acordo com os PCN's (BRASIL, 2000) a Educação Física no Ensino Médio deve ultrapassar os ensinamentos que se limitem apenas aos fundamentos

esportivos, aprofundamento de regras e táticas sobre determinados desportos, estes componentes podem ser abordados nas aulas, mas não como sendo os únicos temas no topo de uma hierarquia de conteúdos diversos.

No Ensino Médio os PCN's indicam que uma possibilidade para o trabalho do professor de Educação Física, seria abordar com seus alunos os temas da Aptidão Física e Saúde, sendo deste modo Educação Física demarcada como um campo de educação para a saúde, ressaltando que por meio das orientações sobre saúde nas aulas de Educação Física, esta disciplina poderia contribuir para que os alunos alcançassem suas pretensões e objetivos de vida fora da escola. Para os PCN's o que incitou o surgimento desta educação para saúde foi o crescente número de taxas de imobilidade na população, e o alto número de jovens obesos nas escolas nacionais (BRASIL, 2000).

Embora seja preciso entender qual significado de saúde abordado neste documento e nas salas de aula, já que de acordo com Palma (2001) a saúde pode se referir a ausência de doença, ou tal como propõe a "Organização Mundial da Saúde (OMS), onde a saúde é considerada "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (Lewis, 1986, p.1100 *apud* PALMA, 2001, p. 29)

A saúde abalizada pela Saúde Pública de acordo com Palma (2001) dá importância ao estudo populacional, as várias áreas e seus entendimentos múltiplos sobre saúde, e encaram a saúde como uma política pública, de modo que o governo intervenha em saúde para mudar a vida socialmente das comunidades, à medida que pensa essa contribuição política, a saúde passa a ser uma questão de equidade social (PALMA, 2001).

Para Palma não se pode pensar a educação física sob a ótica de apenas uma prática centrada em atividades físicas, que não levante reflexões acerca dos fatores econômicos e culturais, além de promover a autonomia do sujeito que a pratica.

A autonomia possibilitaria o indivíduo ter mais liberdade para escolher quais atividades físicas praticar, além de deixá-lo mais apto para enfrentar as atividades de vida diária, porém esta autonomia se perde, na medida que, o sujeito torna-se dependente de um profissional e tem suas possibilidades de práticas de atividade física reduzidas (PALMA, 2001).

Betti (1999) já destacava que o esporte era o conteúdo hegemônico em aulas de Educação Física, sobretudo algumas modalidades tais como: o futebol, o voleibol

e o basquete, eram as mais praticadas em aulas de Educação Física escolar, a autora salienta que em suas pesquisas os alunos de Educação Física associam a prática de outras modalidades esportivas ao ambiente extra escolar, embora gostariam de aprender mais modalidades no interior da escola.

A cultura esportiva fundada na competição, na comparação de desempenho, recordes são códigos inerentes da sociedade industrial capitalista, que preza pela atomização dos sujeitos, apenas apresentar o conteúdo esporte nas aulas de Educação Física torna-se raso, pois o professor de acordo com Betti (1999) pode oportunizar aos alunos de Educação Física o debate acerca das políticas olímpicas, alteração de regras, conflitos no interior de modalidades esportivas

Devide et al. (2005) propõem ampliar o enfoque dado a Promoção da Saúde, aliando à prática de exercícios regulares e as mudanças de comportamentos pela vida ativa, uma certa compreensão social, que faça o discente escolar entender politicamente a realidade onde está inserido.

Este apontamento sobre a Promoção da Saúde sobre uma perspectiva crítica social dos seus conteúdos, na prática vale a pena ser repensando e analisado, observando sua real conotação semântica no ambiente escolar ou se os professores de Ensino Médio estão abordando de forma limitada o conceito de Promoção da Saúde, apenas considerando mudanças de ordem comportamentalista, no que se referem, ao estilo e qualidade de vida relacionados à saúde.

Já na Lei nº 9.394 de 1996 foram estabelecidas as diretrizes e bases da educação nacional, nessa lei a palavra saúde foi citada apenas duas vezes, no título III que versa sobre o direito à Educação e do dever de educar. Nesse trecho a lei evidencia o dever do Estado com a educação escolar pública, que se efetiva mediante o atendimento ao educando, em todas as etapas da educação básica, em programas estatais que forneçam materiais escolares e assistência à saúde (BRASIL, 1996).

TÍTULO III. Do Direito à Educação e do Dever de Educar. Art. 4º O dever do Estado com educação escolar pública será efetivado mediante a garantia de: VIII - atendimento ao educando, em todas as etapas da educação básica, por meio de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde (BRASIL, 1996).

Além disso, a Lei de diretrizes e bases (LDB) 9.394/96 nos mostra que o Estado deve assegurar atendimento educacional ao aluno da educação básica pública, durante o período que ele for submetido a internação médica.

Art. 4º-A. É assegurado atendimento educacional, durante o período de internação, ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado, conforme dispuser o Poder Público em regulamento, na esfera de sua competência federativa. (BRASIL, 1996)

Sobre o currículo da educação básica a LDB 9.394/96 expõe que deve ser composto pela Base Nacional Comum e também ser complementada por uma parte diversificada que emerge das características dos educandos, particularidades regionais e culturais do local onde a escola está inserida (BRASIL, 1996).

A disciplina Educação Física de acordo com a LDB 9.394/96 é um dos componentes obrigatórios do currículo da educação básica, sendo facultativa aos alunos que cumpram jornada de trabalho igual ou superior a seis horas, maior de trinta anos de idade ou que estiver prestando serviço militar.

Vago (1999) afirma que a Educação Física em alguns colégios particulares está sendo feita apenas para o cumprimento mínimo da Lei, está na escola, porém com horários restritos, poucos professores e com escassos materiais para se trabalhar. O que dificulta a imagem da Educação Física na escola é o fato de alguns professores ainda trabalharem visando selecionar os alunos mais habilidosos, com aulas excludentes, ferindo o princípio da inclusão e da diversidade visto no PCN do Ensino Fundamental (BRASIL 1997).

O princípio da inclusão é uma das formas de diferenciar a prática corporal intencional feita na escola com o ambiente externo não escolar, mediante as dinâmicas do professor de Educação Física, que poderão incluir a todos, ou deixar um grupo seletivo fora das atividades. Assim como a diversidade não só cultural, mas de atividades motoras, como propor atividades que englobem saltos, escaladas, desequilíbrios, atividades com bola diferentes (BRASIL, 1997).

Na antiga LDB (Lei nº 6.251) era exposto o objetivo da Educação Física e do esporte no país, que se referiam ao aprimoramento da aptidão física da população, Castellani Filho (1998) ressalta que essa orientação se embasava em teorias higienistas, que aliadas aos esportes de rendimento, tinham como objetivo melhorar a força produtiva do país, num processo que o corpo seria apenas uma mercadoria atrelada as forças produtivas capitalistas.

Embora tenha destacado a pressão que a Educação Física em seu histórico exerceu sobre os corpos, visando a eugenia para o aumento da produção da industrialização nascente, Castellani Filho (1998) enfatiza que os componentes da

cultura corporal, como o esporte futebol, a ginástica e a dança, podem ser trabalhados pelos professores no sentido competitivo, desde que se prevaleça o tratamento pedagógico, não deixando transpassar para o ensino da Educação Física valores hegemônicos da sociedade neoliberal, prezando assim pelo competir com o outro e não contra o outro, valorizando assim as diferenças e diversidade.

É importante que analisemos como a saúde se insere na Constituição Federal de 1988, afim de verificar qual o seu sentido ou significado no texto constitucional, para que seja possível comparar se a saúde na Constituição Federal de 1988 abrange um sentido relacionada à Saúde Pública ou voltado para o contexto privado, assim como, se a Educação Física apresenta alguma lembrança com o sentido de saúde denotado na Constituição.

A Constituição Federal de 1988 foi promulgada pela Assembleia Nacional Constituinte instituiu o Estado democrático, e possibilitou a garantia de direitos sociais, individuais, a igualdade, a justiça, o pluralismo (BRASIL, 1988).

Logo em seu capítulo II a saúde é abalizada como um direito social, assim como a educação, a segurança, o lazer, e assistência dos desamparados pelo Estado.

Em seu artigo sétimo, a Constituição Federal garante o estabelecimento do salário mínimo unificado em todo território nacional, para que com essa remuneração os trabalhadores rurais e urbanos possam garantir as necessidades básicas de vida, de moradia e saúde às suas famílias. Além de apontar que os trabalhadores têm direito de terem boas condições não só de vida, como de trabalho, que não prejudiquem sua saúde, e lhe proporcionem higiene (BRASIL, 1988)

No artigo 23 foi visto a relevância dos entes públicos garantirem condições de vida socialmente justas para a população, ao passo que nesse artigo se observam as competências comuns da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, zelar pela conservação do patrimônio público, prover e cuidar da assistência pública em saúde das pessoas portadoras de deficiência.

Assim como no artigo 24 que garante a competência legisladora comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a previdência social, a proteção e a defesa da saúde.

A Constituição estabelece que os municípios são responsáveis por prestar serviços assistência à saúde de sua população, em cooperação técnica e financeira com a União e do Estado.

Cabe salientar também que no seu Capítulo II que versa sobre a seguridade social, a Constituição Federal de 1988 traz colaborações sobre a saúde pública, primeiro conceituando que a seguridade social é um conjunto de ações de poderes públicos e da sociedade que visa garantir os direitos à saúde, previdência e assistência social, organizada de forma que tenha cobertura universal e de atendimento.

Para que a efetivação de prestação dos serviços públicos em saúde se confirmem de maneira universal a Constituição Federal de 1988 ressalta a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que articula e integra os serviços em saúde pública no país, de maneira descentralizada e que conclame a participação social, sendo financiado pelo orçamento da seguridade social. Mesmo o serviço em saúde podendo ser executado por entidades privadas com intuito de complementar o Sistema Único de Saúde, cabe ao Poder Público sua regulamentação e fiscalização (BRASIL, 1998)

No seu artigo 200 a Constituição Federal traz as competências e atribuições do SUS, dentre tais destacamos: a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, a saúde do trabalhador, formulação de políticas de saúde, ações de saneamento básico, a proteção do meio ambiente.

Embora a constituinte tenha garantido direitos sociais à população, dentre eles a seguridade social, onde se insere a saúde, no final da década de oitenta, o contexto histórico da época, já apontava uma inflexão neoliberal em curso no país, o ministério da fazenda abria negociação com o Fundo Monetário Internacional (FMI) para concessão de empréstimos, desse modo verbas que seriam direcionadas para a seguridade social, iriam transferidas para a redução da dívida pública (PAIM, 2013).

Embora a Constituição tenha trazido contribuições significativas para a área da saúde, levando em conta, vários anseios da Reforma Sanitária, no sentido de tornar a assistência em saúde, pública e universal, a Reforma Sanitária não tinha como proposta deixar o setor privado ter total liberdade de iniciativa na saúde, nem a forte municipalização da saúde (MATTOS, 2009).

Todavia, a Constituição marcou a criação do SUS com intuito de ser universal, democratizado e descentralizado, porém o contexto de sua criação é de veras controverso, no que tange, a relação do Estado com a economia, já que na década de noventa ascendiam ao poder governos que tendiam a voltar-se para políticas de cunho liberalizante, que propunham o desmantelamento do Estado (MATTOS, 2009).

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

Esta dissertação se trata de um estudo com cunho qualitativo, para que se buscasse a explicação do problema proposto na pesquisa a partir das respostas dos estudantes de educação básica do questionário feito por elaboração própria com base em referências acadêmicas multidisciplinares, tais como :das área da Educação Física, Promoção da Saúde, Reforma Sanitária Brasileira, Economia (BOURDIEU, 2009); (MAZZUCHELLI, 2002); (FIORI, 2001); (SODRÉ,1999), (BUSS,2000), (PAIM, 2013) (PALMA;NOGUEIRA, 2003), (BRACHT, 2000); (BETTI e BETTI, 1996), (FERREIRA, 2001).

Nesse sentido o questionário foi dividido nas seguintes partes: Parte I. Perfil sócio demográfico, Parte. II conceito de saúde, Parte III. Saúde do ponto de vista neoliberal, Parte IV. Determinantes sociais da saúde, Parte V. Saúde na escola, Parte VI. Qualidade de vida e Atividade física, exercício físico, Parte VII. Concepções acerca da saúde.

A amostra foi composta por alunos do 9º ano do Ensino Fundamental e do 3º ano do Ensino Médio matriculados em uma instituição privada de ensino na cidade de São João de Meriti <sup>8</sup> no Estado do Rio de Janeiro. Foram excluídos da amostra alunos do primeiro e segundo ano do ensino médio. Dessa forma, a amostra teve como proposta inicial a inclusão de todos os alunos de duas turmas (nono ano ensino fundamental e terceiro ano do ensino médio).

Após a fase de coleta de dados, foram obtidos questionários respondidos no total de 18 alunos da turma de nono ano e 22 alunos da turma de terceiro de ensino médio, dado que nem todos os alunos das turmas tiveram a chance de participar da amostra, pelos seguintes motivos: negação de participação de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte dos responsáveis, ausências nos dias letivos de coleta e recebimento dos questionários.

Na literatura científica observamos que trabalhos próximos ao presente estudo tiveram metodologias similares, ao abordarem um número de amostra

---

<sup>8</sup> A cidade de São João de Meriti está localizada na Baixada Fluminense. O município possui, segundo a última contagem do IBGE, realizada em 2010, uma população de 458.673 habitantes, ocupando uma área territorial de 35.216 Km<sup>2</sup>. A cidade concentra o maior adensamento populacional da América Latina, são cerca de 13 mil habitantes por Km<sup>2</sup> – peculiaridade que rendeu o apelido de “Formigueiro das Américas” (PREFEITURA DE SÃO JOÃO DE MERITI, 2018)



parecido, n = 18 para Ferreira, Oliveira e Sampaio (2013), n = 15 no estudo de Marques et al (2012), ou seja, para um trabalho qualitativo um n de 18 alunos já contemplaria ao estudo.

Neste estudo foi feita uma análise dos trechos retirados das respostas dos questionários onde utilizaremos a Análise do Conteúdo (AC) de Bardin (1977; 2011), que visa obter a descrição de conteúdos de mensagens, somadas às interpretações qualitativas e reflexivas sobre as perguntas feitas em questionário.

O questionário por apresentar perguntas abertas e fechadas aplicada aos alunos tem como intenção identificar o sentido que os alunos de ensino fundamental e médio detém sobre a saúde, e que modo este tema é abordado nas escolas, se estes alunos detém conhecimento básico sobre as abordagens de Promoção da Saúde.

Neste estudo foi utilizado um questionário pelo fluxo rápido de informações em suas respostas, pela facilidade dos escolares responderem o questionário em um só momento e local, no caso as aulas em sala de aula ou em quadras da disciplina Educação Física, com perguntas fechadas de rápido preenchimento, além da preservação do anonimato. Sendo o mais objetivo em suas questões fechadas, para se obter os sentidos atribuídos dos pesquisados sobre o tema (GRAY, 2012). Informa-se que cada aluno levou em média vinte minutos para preenchimento do questionário.

Também foram incluídas perguntas abertas, ou seja, sem resposta previamente objetiva ou definida, sem restrição de espaço, iniciando com palavras questionadoras, que incitaram a escrita, por exemplo: como, por que, o que, tendo como base de codificação a análise de conteúdo (BARDIN, 2011; GRAY, 2012).

O questionário na parte VII teve uma série de perguntas de classificação ou de escala, tal como a escala de Likert, onde os respondentes, indicam a intensidade de sua discordância ou concordância com a frase citada no enunciado. O uso de pergunta abertas e fechadas, incita a rápida resposta, além de possibilitar comentários sobre as questões que foram propostas (GRAY, 2012).

Por meio das respostas abertas foi cabível perceber se os estudantes percebem a saúde no que tange ao seu viés neoliberal, de maneira acrítica, ou se sabem o que são determinantes sociais de saúde, se entendem a relação da saúde com seus contextos sociais onde estão inseridos e como lidam com informações sobre saúde em seu cotidiano.

O instrumento questionário foi preenchido em sala de aula ou quadra pelos alunos, num espaço de tempo reservado pelos professores de Educação Física regente das turmas (nono ano fundamental e terceiro ano médio), sendo entregues somente com o termo de autorização assinado.

Ao citarmos as frases dos estudantes que responderam nosso questionário, será utilizado como fonte de citação o código a seguir definido, em metodologia presente do estudo.

A fim de identificar os respondentes, os estudantes foram identificados da seguinte maneira, será usado o código (E) para definir estudantes, bem como os números sequenciais ordinais para diferencia-los, como por exemplo (E1) deixando claro seu anonimato, no entanto as turmas foram caracterizadas da seguinte maneira: Turma 9º ano Ensino Fundamental será codificada como (T9EF), bem como turma 3º ano do Ensino Médio por (T3EM).

A Análise do Conteúdo de Bardin (1977, 2011) visa observar trechos de falas, escritas e discursos, através do sentido das palavras e trechos categóricos que mais dão significância e sentido às escritas dos pesquisados, estas categorias serão elencadas visando a interpretação dos discursos, a luz das teorias que embasam o arcabouço neoliberal e baseados em estudos sobre a área da Educação Física, que versem sobre a Promoção da Saúde no Brasil, suas abordagens e sua inserção na Educação Física escolar.

A partir da análise de conteúdo de Bardin (2011) é possível a obtenção de indicadores, sejam eles quantitativos ou qualitativos, para a inferência relativa as mensagens resultantes nas respostas do questionário, sendo assim, os gráficos expostos na pesquisa ressaltam as unidades de registro, o menor segmento de conteúdo, para a categorização das respostas

Sobre os aspectos éticos do estudo, salienta-se que este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Universitário Pedro Ernesto (CEP/HUPE) e foi cadastrado Plataforma Brasil, sob o seguinte número CAAE: 07616818.6.0000.5259.

Para que se cumpra o rigor ético desta pesquisa foi desenvolvido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Institucional a ser entregue e assinado pela direção da escola onde os alunos responderão o questionário, informando o título da pesquisa, os objetivos e os procedimentos de dados. Esse TCLE encontra-

se no Apêndice I. Além disso, ressalta-se que todos os responsáveis legais dos alunos receberam um TCLE. Este encontra-se no Apêndice II.

Deste modo, a pesquisa não implicou em riscos para as pessoas que compõem a amostra que responderão o questionário. Dado que este questionário se destina a uma pesquisa no nível de dissertação de Mestrado em Ciências do Exercício e do Esporte, realizada na Universidade UERJ. As respostas obtidas nos questionários foram analisadas apenas para fins de científicos, sem qualquer identificação do aluno, preservando pelo seu anonimato, portanto não foi necessário que o aluno colocasse seu nome em nenhuma das folhas, nem assinar o documento.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 5.1 Características da amostra

A amostra de alunos visa expor a diferença entre a representatividade de escolares do nono ano do Ensino Fundamental, uma etapa de formação educacional, em comparação com os alunos que estariam finalizando a educação básica, no seu terceiro ano do ensino médio.

Tabela 01 – Idade e número de alunos do nono ano do Ensino Fundamental

Idade	nº de alunos (9º ano)
13	6
14	8
15	1
n/a	3
total	18

Legenda: n/a = não se aplica, ou seja, idade não informada.

Fonte: O autor, 2019 a partir de dados de questionários coletados na pesquisa.

Tabela 02 – número de alunos do nono ano pesquisados e seus respectivos gêneros

gênero	nº de alunos (9º ano)
masculino	15
feminino	3

Fonte: O autor, 2019.

O grupo foi constituído por 18 estudantes do nono ano do ensino fundamental e 22 estudantes do Ensino Médio, os questionários foram aplicados no início ou no final das aulas de educação física de suas respectivas turmas, o TCLE foi encaminhado para casa, sendo recomendado o aluno levar assinado pelo seu devido responsável na aula seguinte. Participaram dessa investigação 15 estudantes do gênero masculino do ensino fundamental e 03 do gênero feminino, tendo a maioria dos estudantes do 9º ano, 14 anos de idade (tabela 01).

Tabela 03 – Escolaridade dos responsáveis informados pelos alunos do 9º do Ensino Fundamental

Escolaridade dos responsáveis	nº de responsáveis (pais) - alunos 9º ano	nº de responsáveis (mães) - alunos 9º ano
ensino superior completo	3	6
ensino superior incompleto	1	0
ensino médio completo	9	8
ensino médio incompleto	2	2
ensino fundamental completo	0	0
ensino fundamental incompleto	1	0
n/a	2	2
total	18	18

Fonte: O autor, 2019.

Na tabela 03 observamos que a maioria dos responsáveis dos alunos de nono ano do ensino fundamental, têm como escolaridade o ensino médio completo, 09 pais, 08 mães.

Sobre as profissões dos responsáveis dos alunos do nono ano do ensino fundamental informados na pesquisa, podemos notar através da tabela 04, que os pais apresentam as mais variadas ocupações, dentre elas citamos a presença de: servidores públicos, motorista, açougueiro, técnico de som, gerente financeiro.

Já na tabela 05 observam-se as ocupações dos responsáveis ou mães dos alunos do nono ano do ensino fundamental, nesse caso notam-se de mães (nº=3) donas de casa e duas assistentes sociais (n=2), entre outras profissões, tais como: empresária, lojista, operadora de metro.

Tabela 04 – Profissão ou ocupação dos responsáveis (pais) informados pelos alunos do 9º do Ensino Fundamental

Profissão ou ocupação do responsável	nº de responsáveis (pais) - alunos 9º ano
n/a	8
servidor público	1
funcionário do MPRJ	1
Policia Militar - PM	1
técnico de som	1
cenografista	1
motorista	1
açougueiro	1
trabalha com compra e venda de peças	1
gerente financeiro	1
operador de guindaste	1
total	18

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 05 – Profissão ou ocupação dos responsáveis (mães) informados pelos alunos do 9º do Ensino Fundamental

Profissão ou ocupação do responsável	nºde responsáveis (mães) - alunos 9º ano
n/a	8
dona de casa	3
assistente social	2
empresária	1
administradora	1
dona de uma cafeteria	1
lojista	1
operadora de estação de metro	1
total	18

Fonte: O autor, 2019.

Nota-se através da tabela 06, que a maioria (n=12) dos alunos pesquisados do nono ano do ensino fundamental, residem na cidade de São João de Meriti na Baixada Fluminense, Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro.

Tabela 06 – Cidade de moradia dos alunos do 9º do Ensino Fundamental

Cidade	nº
São João de Meriti	12
Rio de Janeiro	1
n/a	5

Fonte: O autor, 2019.

Segmentando mais esses dados sobre as moradias, observamos através da tabela 07, que grande parte dos estudantes residem próximo ao colégio pesquisado, no centro da cidade de São João de Meriti, ou em bairros limítrofes, tais como: Vila Tiradentes, Vila Rosali, São Matheus; apenas um estudante mora no município do Rio de Janeiro, no bairro da Pavuna.

Tabela 07 – Bairro de moradia dos alunos do 9º do ensino fundamental

Bairro	n
São João de Meriti	4
Centro - São João de Meriti	3
Vila Tiradentes	2
Pavuna	1
Vila Rosali	2
São Matheus	1
n/a	5

Fonte: O autor, 2019.

Verificou-se que a maioria dos estudantes do terceiro ano do Ensino Médio detém 17 anos de idade, 08 alunos têm 16 anos de idade. No total de 22 alunos que participaram da pesquisa da turma de Ensino Médio, observa-se que 13 são do gênero masculino e 09 do gênero feminino (tabela 09).

Tabela 08 – Idade e número de alunos do terceiro ano do ensino médio

Idade	Número de alunos (3º ano)
15	0
16	8
17	10
18	2
19	1
n/a	1
total	22

Fonte: O autor, 2019.

Tabela 09 – Número de alunos do terceiro ano do Ensino Médio pesquisados e seus respectivos gêneros

gênero	nº de alunos (3º ano)
masculino	13
feminino	9

Fonte: O autor, 2019.

Tabela 10 – Escolaridade dos responsáveis informados pelos alunos do 3º do Ensino Médio

Escolaridade dos responsáveis	nº de responsáveis (pais) - alunos 3º ano	nº de responsáveis (mães) - alunos 3º ano
ensino superior completo	5	4
ensino superior incompleto	3	2
ensino médio completo	10	14
ensino médio incompleto	2	1
ensino fundamental completo	1	0
ensino fundamental incompleto	1	1
n/a	0	0
total	22	22

Fonte: O autor, 2019.

Assim como observado nas características dos responsáveis dos alunos do 9º ano do ensino fundamental, os pais dos alunos de 3º ano de ensino médio também apresentam em sua maioria o nível de escolaridade até o ensino médio completo (tabela 10). Já nas ocupações dos responsáveis ou pais dos alunos pesquisados da turma de 3º ano de ensino médio, encontramos as diversas profissões, como: funcionário público, policial militar, mecânico, administrador (tabela 11).

Tabela 11 – Profissão ou ocupação dos responsáveis (pais) informados pelos alunos 3º do Ensino Médio

Profissão ou ocupação do responsável	nº de responsáveis (pais) - alunos 3º ano
n/a	14
funcionário público	2
policial militar	1
mecânico	2
empresário	1
freelancer	1
administrador	1
total	22

Fonte: O autor, 2019.

Nas ocupações dos responsáveis ou mães dos alunos de 3º ano de ensino médio, observou-se que retirando os itens que não se aplicam (n/a), dentre as respostas informada, observa-se destaque para a profissão dona de casa, tais como ocorrido com os estudantes de nono ano, seguida a de técnica de enfermagem, entre outras, conforme visto na tabela 12.



Tabela 12 – Profissão ou ocupação dos responsáveis (mães) informados pelos alunos 3º do Ensino Médio

Profissão ou ocupação do responsável	nº de responsáveis (mães) - alunos 3º ano
n/a	12
dona de casa	3
técnica de enfermagem	2
empresária	1
podóloga	1
professora de educação física	1
desempregada	1
promotora de vendas	1
total	22

Fonte: O autor, 2019.

Tabela 13 – Cidade de moradia dos alunos do alunos 3º do Ensino Médio

Cidade	nº
São João de Meriti	15
Rio de Janeiro	4
n/a	3

Fonte: O autor, 2019.

Observando a tabela 13, nota-se que a maioria dos alunos de ensino médio moram no bairro onde está inserida a escola pesquisada, sendo assim como os alunos de nono ano, grande parte moradores do bairro do centro de São João de Meriti – RJ, como particularidade dos alunos do 3º ano, foi visto que mais alunos residem no município do Rio de Janeiro, 03 alunos moram na Pavuna bairro próximo a São João de Meriti, 01 reside em Guadalupe.

Tabela 14 – Bairro de moradia dos alunos do 3º do Ensino Médio

Bairro	nº
Centro - São João de Meriti	4
Agostinho Porto	3
Pavuna	3
n/a	3
São João de Meriti	2
Vila Rosali	2
São Matheus	1
Grande Rio	1
Guadalupe	1
Vila Tiradentes	1
Tomazinho	1

Fonte: O autor, 2019.

## 5.2 Sentidos atribuídos a Promoção da Saúde no contexto escolar

A saúde ao longo do tempo vem se constituindo como conteúdo escolar a ser ensinado nas aulas de Educação Física durante toda sua obrigatoriedade na educação básica.

Alguns autores apontam que o ensino da saúde nas aulas de Educação Física levanta dúvidas sobre como os professores agiriam em suas práticas pedagógicas, por não terem total domínio deste tema ou por não conhecerem a saúde em suas múltiplas facetas desde a biológica até a social.

Como por exemplo Simões, Nogueira e Coelho (2013) em seu estudo sobre a análise e percepção dos professores de educação física acerca da saúde inserida no ambiente escolar, ressaltaram que a maioria dos professores pesquisados, não trabalhavam o conteúdo "saúde" em aulas práticas na quadra, já que consideravam que a aula teórica era o melhor momento pedagógico para o trato deste tema. Além disso ao darem aulas sobre o tema saúde, ainda existe uma dúvida perene sobre quais metodologias de ensino a serem utilizadas.

Deste modo, para Simões, Nogueira e Coelho (2013), os professores de Educação Física ainda focam em questão como o cuidado com o bem estar, exercícios físicos, alimentações, porém é necessário maior ampliação do tema da saúde, ao trazer a contribuição dos seus determinantes sociais, tais como: moradia, lazer, renda, conceitos pouco abordados em sala de aula.

Entre os trabalhos acadêmicos recentes que contribuem para o entendimento do problema da pesquisa, destacamos que Oliveira, Martins e Bracht (2015) realizaram um estudo com professores da rede pública de educação de Vitória, visando investigar como o tema da saúde era abordado nas práticas docentes da Educação Física, de modo a propor uma formação com professores para traçar projetos que se alinhem com o conceito ampliado de saúde, indo além da ausência de doenças.

Já no estudo sobre projeto de intervenção de Gonzales et al. (2019), chamado "Projeto EF+: Praticando Saúde na escola", objetivando aperfeiçoar as práticas docentes e ampliar conhecimento de estudantes da cidade de Canguçu RS de quinze escolas durante dois anos, se verificou que os alunos demonstraram terem aumentado: o conhecimento sobre saúde, a adesão as atividades propostas, além de levar os conceitos aprendidos para seus familiares.

No estudo de Gonzales et al. (2019) observamos que o projeto praticando saúde na escola, teve preocupação em ampliar os conhecimentos sobre saúde não só de escolares, mas de seus responsáveis.

Silva e Borba (2018) discutiram como conceitos como gênero, saúde sexual significam para jovens de ensino médio a partir de práticas de um projeto de extensão universitária que envolvia aulas de funk na baixada santista, para reconhecimento dos jovens como sujeitos construtores de sua realidade social.

Além disso, Silva e Borba (2018) tiveram como contribuição debater na escola assuntos como gênero, saúde sexual, assuntos até então esquecidos por parte de documentos escolares atuais como Base Nacional Curricular Comum.

Piñeiro (2018) relatou a importância de um projeto de intervenção em uma escola da Espanha, propondo que seja feita uma caminhada até a instituição escolar, para que se eduque a sociedade, em termos de urbanismo, desenvolvimento sustentável, fazer o aluno refletir a mobilidade e o meio ambiente de sua cidade. Sendo assim, Pineiro (2018) demonstrou preocupação com os determinantes sociais da saúde, ao propor uma caminhada que reflita sobre a mobilidade social e urbana.

Em estudo de Faial et al. (2019) observou-se a saúde na escola a partir da percepção de 90 adolescentes de uma escola federal do estado do Rio de Janeiro, chegando ao resultado que suas visões estavam ligadas a práticas higienistas, ao modelo hegemônico assistencial em saúde, que propala hábitos saudáveis.

Em que pese considerem a escola um segundo lar, os adolescentes relataram não haver na escola informações sobre os serviços de saúde prestados pela escola, bem como os profissionais envolvidos, o que pode prejudicar o bem estar coletivo. Os alunos também relevaram preocupação com a limpeza da escola, e ainda relacionaram a saúde com um ambiente equilibrado em seu entorno (Faial et al.,2019).

Prado et al. (2018) fizeram um estudo sobre a percepção de professores sobre a oportunidade de prática de atividade física em escolas públicas e privadas em Curitiba no Brasil, onde se verificou que a escolas da rede privada tem mais locais favoráveis para a prática da atividade física, mais material, enquanto escolas públicas participam de programas de promoção da saúde na escola.

Em que pese, estudos sobre projetos que debatam o sentido ampliado da saúde, seus condicionantes sociais, pouco se fala na Reforma Sanitária, e ainda são arraigadas na escola visões hegemônicas apenas sobre o comportamento saudável e a promoção da saúde.

Este estudo se trata de uma pesquisa qualitativa, sendo assim, para responder o primeiro objetivo específico da mesma, que é comparar os sentidos sobre o tema Promoção da saúde por parte de alunos de diferentes segmentos da educação básica, é preciso destacar a necessidade de se interpretar o universo de sentidos que os alunos constroem a partir da sua relação histórica de vida e que estabelecem como participantes do trabalho, trazendo sua visão de mundo e participando ativamente na pesquisa (MINAYO ET AL., 1994).

Luz e Carvalho (2009) ressaltam a dificuldade existente na interpretação de sentidos e significados culturais estabelecidos com base nas práticas de saúde, para isso propõe o uso de instrumentos teóricos de análise interpretativa, e sugere que para se compreender os sentidos que um grupo social dá a uma prática é necessário buscar a percepção dos sujeitos, a maneira que os praticantes constroem e recriam novos sentidos para as práticas de saúde.

Dessa maneira, uma análise interpretativa sobre os sentidos não busca demarcar uma única verdade sobre os fatos, superando a visão reducionista em saúde que separa corpo e mente, além de extravasar olhares racionalistas sobre o fenômeno estudado, que pela ótica mecanicista, era analisado pelas leis gerais da matemática.

Mesmo que a categoria sentidos seja disseminada de modo polissêmica, porém os sentidos são construções teóricas, quando arranjados numa rede de argumentos, para Luz e Carvalho (2009) por exemplo, vivemos numa sociedade desigual que passa por uma crise de ordem sanitária, o aumento das doenças crônicas degenerativas, mal-estar gerado pro depressão, nesse cenário que as práticas de saúde surgem como uma forma de transformar a realidade social das pessoas, mediante a construção de novos sentidos para sua saúde.

Luz e Carvalho (2009) deixam claro então que a interpretação dos sentidos e significados construídos em seu estudo sobre as práticas de saúde, são vinculadas a um contexto cultural, que é dinâmico, ou seja, os arranjos estruturais da cultura de um grupo estão em constante mudança, e isso que garantida sua interpretação, desconstruindo a noção de modelo pré organizado e imutável, ou seja, o sentido não é natural, são sentidos que os atores sociais ou praticantes de uma determinada ação que atribuem ao contexto.

Desse modo, ao trazer a importância da construção de sentido pelo homem a partir de suas vivências, é possível que a realidade seja transformada, não sendo então uma percepção natural do homem, os sentidos podem ser observados em gestuais, expressões corporais, nem sempre são ditos, que irá configurar sua percepção sobre uma realidade, mediante o *habitus* incorporado pelo homem.

De acordo com Bourdieu (1983 *apud* Luz e Carvalho, 2009) o *habitus* estabelecem que as ações do sujeito são um produto de um modo de vida de um grupo, do qual ele não tem total consciência, ou seja, uma forma de ser, que lhe é implícita, assim a ação que os indivíduos irão atribuir e construir sentidos, está de certa forma arraigada nele, incorporada, mediante sua inserção num *habitus* de um grupo social.

A própria noção de sentido atribuído a saúde hoje tornou-se um novo mandamento para os cidadãos de todas as classes sociais, já que o corpo saudável hoje é ligado ao sentido de beleza, de realização pessoal, noção que Luz buscam em Boltanski (1984 *apud* Luz e Carvalho, 2009), relatando que a percepção que os indivíduos constroem sobre sua ação, está intimamente ligada a suas vivências de vida e a classe social, os quais eles pertencem.

Para Mattos e Luz (2009) então pode-se dizer que é a partir da construção dos sentidos que os sujeitos atribuem a uma ação social, que os agentes podem afirmar suas identidades, estabelecer relações sociais, ao passo que capacidade de

atribuir significados e construir sentidos é uma operação apenas dos sujeitos (LUZ, CARVALHO, 2011).

Outrossim, é necessário trazer à tona as opiniões e respostas dos alunos sobre o questionário da pesquisa a fim de elucidar quais sentidos atribuem ao termo promoção da saúde na escola.

Inicialmente, citamos as respostas dos alunos para a parte II do questionário, intitulada “Conceito de saúde”, sobre a primeira questão “1.Quais palavras lhe vem à cabeça quando se pensa no conceito de “Saúde”? “

Para efeito de organização dos dados, as respostas abertas dos questionários foram organizadas, a fim de, diminuir os dados analisados, dessa maneira elaboramos as unidades de registro, que foram agrupadas para darem forma as unidades de contexto tal como preza Bardin (2011).

De acordo com a análise de conteúdo de Bardin (2011) pode-se traçar a inferência pela frequência de citação de categorias, neste caso os gráficos 01 e 02 estabelecem a frequência numérica de citação das unidades de registro (UR), ou seja, palavras categóricas de maior valor simbólico, após leitura das respostas dos alunos do 9º ano do ensino fundamental e 3º ano do ensino médio.

As unidades de contexto (frases) só foram estabelecidas após exausta leitura das respostas dos alunos, mediante a escrita livre dos estudantes em respostas abertas, para que fosse mantida a semântica e a sequência de entendimento das respostas.

De modo que o estudo se proponha a debater como os alunos atribuem sentido ao tema da saúde na escola, principalmente demonstrando um relato sobre uma escola particular da baixada fluminense, estado do Rio de Janeiro, permitindo que o aluno demonstrasse o sentido que o tema da saúde é percebido após as ações pedagógicas em aulas de Educação Física.

### 5.3 Promoção da Saúde na escola

De acordo com o gráfico 01 observa-se que os alunos de nono ano do ensino fundamental citaram que as palavras que mais lhe vem em mente quando pensam no conceito de saúde, foram com maior frequência as seguintes UR's,: 03 alunos citaram os termos vida saudável e boa alimentação, 04 alunos já citaram os termos

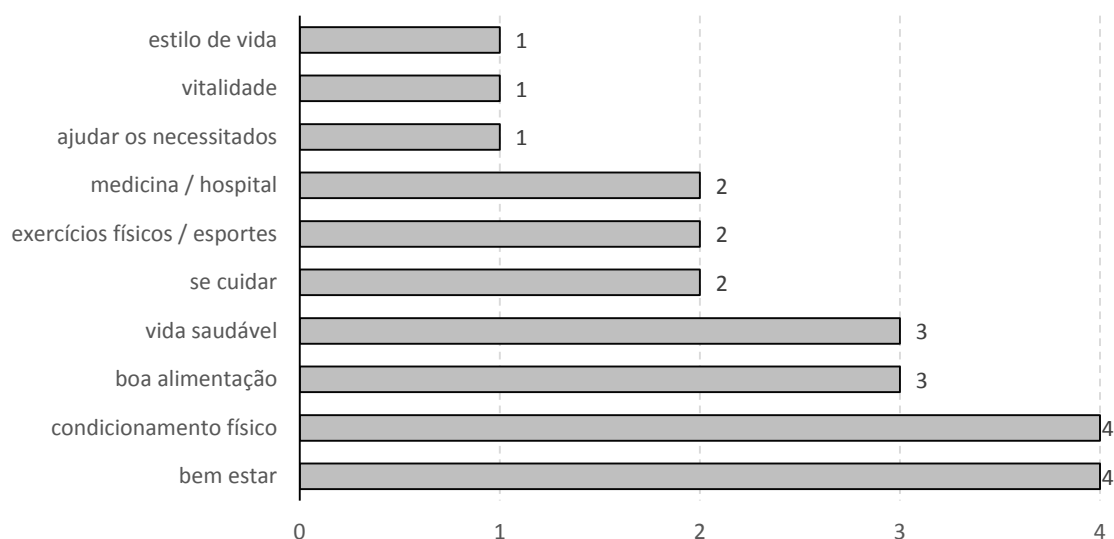
condicionamento físico e bem estar, além de 02 alunos terem exposto as palavras “medicina”, “hospital”, exercício físico e esportes.

Por conseguinte, os alunos de 3º ano do ensino médio, também citaram palavras similares, já que 05 alunos citaram os termos: saudável, corpo, boa forma, bem estar e 04 alunos trouxeram as UR's, exercício físico, alimentação e academia.

Dada as repostas sobre o conceito de saúde e seu sentido atribuído pelos escolares, ficou evidente a falta de compreensão dos alunos em relacionar o tema da saúde com políticas sociais, reforma sanitária, Sistema Único, o que pode estar demonstrando certa resistência por parte dos professores em aprofundar esse conteúdo nas salas de aula, mediante a maior frequência de alunos relacionarem saúde no aspecto biológico essencialmente.

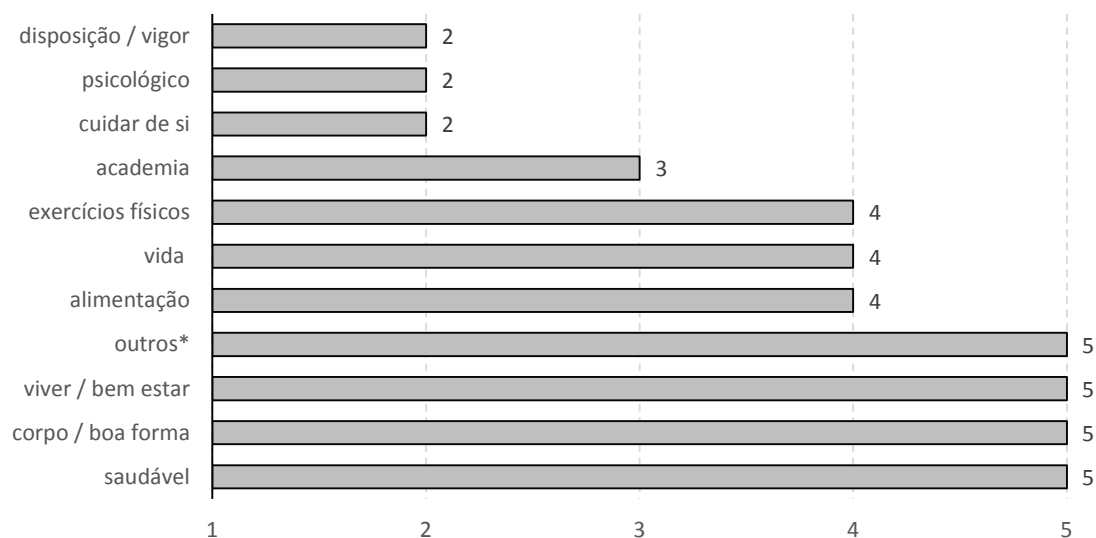
Além da dificuldade de conceituar o termo saúde na escola, constatou-se que os alunos apresentaram quase a mesma visão sobre saúde, ao abordarem questões como exercício físico, alimentação adequada, demonstrando entenderem a saúde apenas pelo seu viés comportamentalista.

Gráfico 01 – Palavras sobre o conceito de saúde – turma 9º ano do Ensino Fundamental



Fonte: O autor, 2019.

Gráfico 02 – Palavras sobre o conceito de saúde – turma 3º ano do Ensino Médio



Fonte: O autor, 2019.

Notamos que a visão dos estudantes sobre saúde ainda bebem na fonte do paradigma biomédico, de origem cartesiana, que separa corpo e mente, pautado num modelo liberal privatista em saúde, onde o usuário da saúde é um indivíduo portador de um problema de saúde, que deve cumprir rituais médicos para eliminar a doença, numa visão reducionista que não ampara os componentes sociais (ROCHA E CENTURIÃO, 2007).

Diante de se verificar maior incidência de citações dos termos bem estar, condicionamento físico, alimentação e esportes por parte dos alunos do nono ano do fundamental, bem como, vida saudável, boa forma, bem estar, academia como termos citados pelos alunos do terceiro ano, vemos que o aparato conceitual dos alunos sobre saúde ainda beira patamares antes dos anos oitenta, onde vigorou o paradigma da aptidão física, que se preocupava com a saúde exclusivamente do ponto de vista individual (BAGRICHEVSKY, 2007).

Em que pese, os amplos benefícios para o organismo advindo da prática de exercícios físicos, esse discurso que dá ênfase exacerbada ao estilo de vida ativo, legitima uma política de cunho conservador, já que moralmente responsabiliza o sujeito pela sua condição de saúde, culpando-o por sua doença, descartando assim o entendimento das práticas corporais e a importância das interações sociais para a



satisfação pessoal. Essas unidades de registro citadas também nos lembram serem mediados pela Educação Física de ótica militarista, pelo fato darem importância maior aos exercícios físicos ligando a educação física essencialmente a tarefas motoras (BAGRICHEVSKY, 2007).

Essa ligação da Educação Física com a prática de atividades físicas é vista em Hallal (2011) afirma que é necessário que se intensifique programas de promoção da atividade física na escola, contudo o autor ressalta que para isso os professores e profissionais da saúde precisam de formação continuada em saúde, que vá além da prevenção e do tratamento de doenças, além de maior destinação de recursos para a pesquisa sobre a atividade física no Brasil.

As palavras encontradas no presente estudo como resposta dos alunos a pergunta "Quais palavras lhe vem à cabeça quando se pensa no conceito de "saúde", ou seja, os termos encontrados: "academia", "exercícios físicos", "alimentação", "bem estar", "vida saudável", "condicionamento físico"; corroboram com o que Faial et al. (2019) expôs em seu trabalho sobre a saúde na escola a partir das percepções de adolescentes. Encontraram também a saúde sob ponto de vista do modelo hegemônico assistencialista, que remete a prática higienistas, na medida que os adolescentes enxergam na educação física escolar o desenvolvimento de habilidades físicas, a propagação de hábitos saudáveis de alimentação.

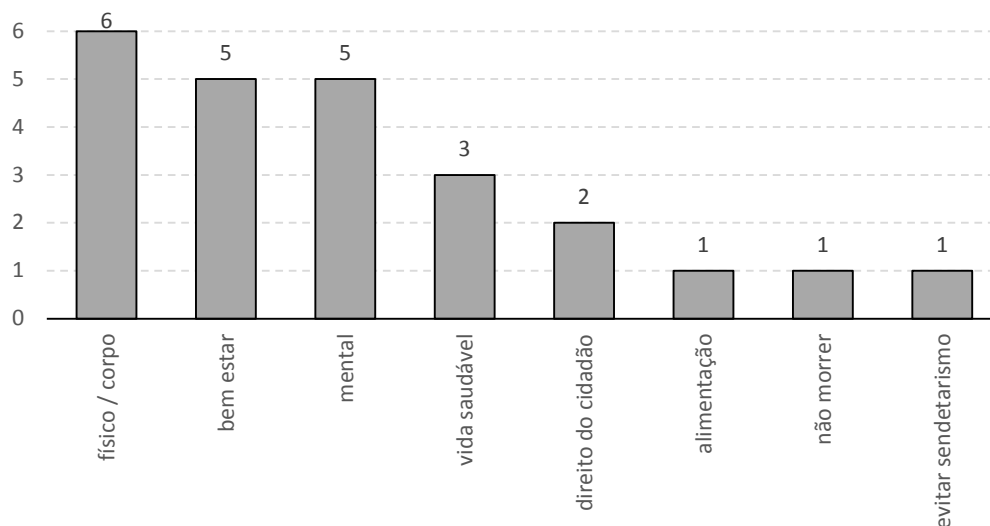
Entretanto Faial et al. (2019) ressalta que os adolescentes manifestaram desejo em obter o direito a saúde no âmbito escolar, de modo que os adolescentes precisam ser protagonistas de ações da promoção da saúde na escola para ampliarem seu entendimento sobre o tema.

Assim como encontrado no presente estudo, Faial et al. (2019) demonstram que os adolescentes têm sua percepção sobre a saúde inserida no modelo hegemônico, sem estabelecer ligações da saúde na escola com as políticas públicas, dando maior importância ao bem estar individual, guiado por ações comportamentais higienistas, como hábitos saudáveis de alimentação e a prática de exercícios físicos.

Em Prado et al. (2018) foi verificado que as escolas da rede privada em Curitiba apresentaram um ambiente mais propício para a prática da atividade física, pois elas detêm de maior número de aulas, no mínimo duas aulas por semana, bem como materiais mais diversos do que em escolas públicas. Essa poderia ser uma

ideia que reforçaria a conexão dos alunos da escola utilizada na presente pesquisa na Baixada Fluminense.

Gráfico 03 – Conceito da palavra saúde para a turma de 3º ano do Ensino Médio

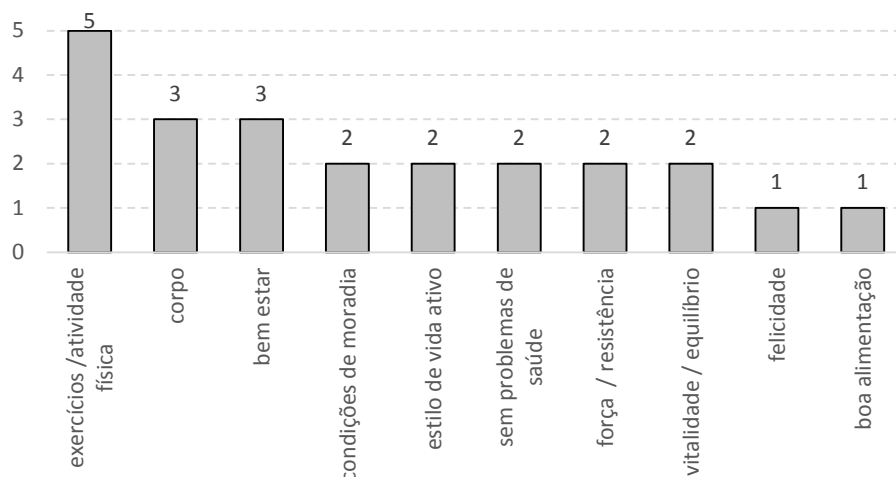


Fonte: O autor, 2019.

Na segunda análise do presente estudo, trazemos as respostas dos escolares sobre a seguinte questão: “Como você conceitua a palavra “SAÚDE”?”, no gráfico 03 e 04, encontramos o número de citações das categorias mais significantes encontradas nas respostas escritas dos alunos sobre essa questão.

Desse modo, no gráfico 03 verificou-se que 06 alunos citaram os termos físico e corpo para conceituar a palavra saúde, além de 05 alunos terem trazido as unidades de registro, bem estar, mental, apenas dois citaram a saúde como um direito do cidadão, o que já denota mesmo que de modo incipiente maior preocupação com a saúde do ponto de vista ampliado.

Gráfico 04 – Conceito da palavra saúde para a turma de 9º ano de Ensino Fundamental



Fonte: O autor, 2019.

Já no gráfico 04, que retrata como os alunos de 9º ano do Ensino Fundamental retratam o conceito da palavra saúde, temos como categorias mais significativas, as seguintes palavras por nº de citações e frequências: “exercícios físicos” e “atividade física” (n=5), “corpo e bem estar” (n=3), “estilo de vida ativo” (2), o que difere foram dois alunos que relacionaram a saúde com as condições de moradia do bairro onde moram, que demonstram inicial preocupação com os determinantes sociais da saúde, apesar, de em sua maioria terem citado as “atividades físicas” e o “corpo”, bem como 02 alunos que citaram o conceito de saúde observado como um estado sem problemas de saúde ou doença.

No geral, ambas as turmas não demonstraram qualitativamente grandes diferenças, sob seus sentidos atribuídos em saúde, porque ambas elencaram termos como “exercícios físicos”, “atividade física”, “corpo”, “bem estar”, “vida saudável”, “estilo de vida”.

Os apontamentos dos alunos descritos em suas respostas permitiram verificar que os alunos vinculam o conceito sobre saúde com o paradigma da Aptidão Física relacionada a saúde, o que fica evidente no relato através das frases dos estudantes abaixo, que comprovam isso:

- Ter uma boa alimentação, praticar exercícios físicos e mentais (E1 –T3EM).
- Estado de funcionamento do organismo humano (E2 - T3 EM).
- Ter um modo de vida ativo (E1 – T9EF)
- Um bem estar pessoal que garante boa vida (E2 – T9EF)
- Estar saudável e em forma (E3 – T9EF)
- Condicionamento, resistência, fortividade que um corpo possui (E4 – T9EF)

Viver em ótimas condições, ou seja, não apresentar problemas de saúde (E5- T9EF)

Através das respostas relatadas pelos estudantes permitimos avaliar que de modo geral, os alunos tendem a compreender o conceito de saúde do ponto de vista, da aptidão física relacionada à saúde.

Além de representar esse enfoque ligado a AFRS, pode-se observar que as respostas dos alunos vão de encontro com o que Luz (2007) chamou de modelo biomédico sobre saúde, que visa combater ou intervir diante das doenças, focado na prevenção de doenças, mediante o controle dos riscos que poderiam vir acompanhados de um agravo médico, portanto segue-se uma série de comportamentos ditos como estilo de vida saudável, para se evitar o risco em saúde.

Carecendo então de uma ampliação conceitual sobre saúde, abarcando a promoção da saúde vista para Luz (2007) como uma rede que além de hábitos saudáveis de vida, incorpora o trabalho, a sexualidade, o emocional.

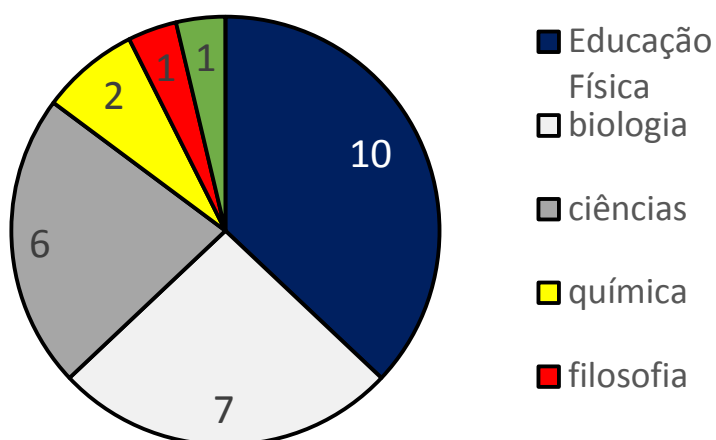
Para Luz (2007) Essa constante citação de estudantes na pesquisa por termos como exercício físico, condicionamento físico, pode denotar a influência da mídia como um fato social que na cultura contemporânea propala a ideia da forma física.

O papel do exercício físico ganha destaque na Educação Física a partir do século XVIII, onde o treinamento militar, a atividade física eram preponderantes para disciplinar os indivíduos, bem como pensa Foucault (2010), era uma maneira de manter os indivíduos submissos a nação, mantendo seus corpos disciplinados e produtivos para o trabalho (LUZ, 2007).

Analisamos agora a parte V do questionário do presente estudo, intitulado "Saúde na escola", iniciando com a seguinte pergunta: quais matérias / disciplinas da escola você acha que abordam o tema da saúde?

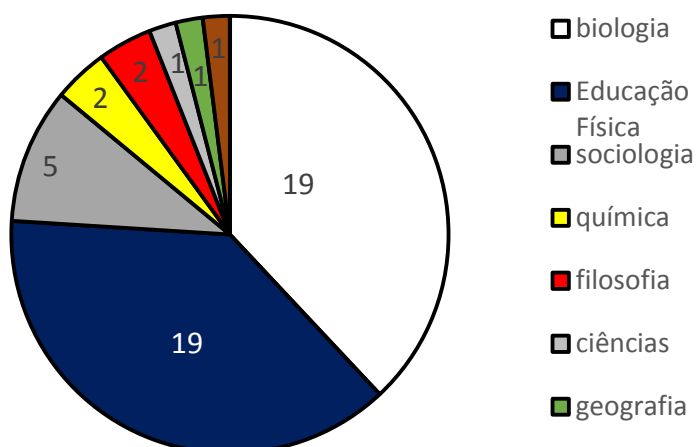
Verificamos através do gráfico 05 que as matérias mais citadas pelos alunos do Ensino Fundamental sob suas percepções que abordam o tema da saúde foram: a educação física (n=10), biologia (n=7), ciências (n=6), lembrando que nessa pergunta o aluno poderia elencar mais de uma disciplina.

Gráfico 05 – Matérias / disciplinas da escola que abordam o tema da saúde – turma 9º ano Ensino Fundamental



Fonte: O autor, 2019.

Gráfico 06 – Matérias / disciplinas da escola que abordam o tema da saúde – turma 3º ano do Ensino Médio



Fonte: O autor, 2019.

Já os alunos da turma de 3º ano do Ensino Médio colocaram como matérias que mais abordam o tema da saúde na escola, a biologia (n=19) citações, educação física (n=19), sociologia (n=5).

Dessa forma, observou-se que 55% (10 respostas num grupo de 18 no total) do total de alunos do nono ano destacaram a Educação Física como uma disciplina que aborda o tema da saúde, porém no terceiro ano do Ensino Médio, 86% citaram a educação física.

A diferença mais significativa transparece quando cotejam-se os números da disciplina biologia, ainda considerada a que mais aborda a saúde nas escolas pelos

alunos pesquisados do terceiro ano, já que 19 alunos (86%) citaram a frequência desta disciplina para abordar o termo saúde, porém um número menor citado no nono ano, já que apenas 07 alunos, ou seja, 38% a citaram como disciplina, desta forma para a turma de nono ano a educação física é preponderante na abordagem desse tema, para o terceiro ano, a biologia é equiparada a educação física, e ambas são as que mais ressaltam esse conteúdo na escola.

É importante ressaltar que se verifica através dos Parâmetros Curriculares Nacionais (1998) e da Base Nacional Curricular Comum (2018) diferenças sobre os conteúdos abordados nas aulas de Educação Física na educação básica, sobretudo nos anos finais do Ensino Fundamental, se tratando do nono ano em questão do estudo e do terceiro ano do Ensino Médio.

No nono ano do ensino fundamental os escolares estão em fase de transição da fase infantil para adolescente, o que implica diversas mudanças, psicossociais e biológicas dos estudantes, aprendem a exercer sua autonomia, descentram de si mesmos, sendo sujeitos com suas culturas, identidades, embora ainda persistam a necessidade de pertencimento a grupos sociais e seus modos de comportamento (BRASIL, 2010).

Nesse momento é importante a inserção da disciplina da Educação Física na escola para que os alunos compreendam que existem manifestações culturais que se apresentam através do movimento humano, vide suas práticas corporais que pretendem desnaturalizar os padrões sobre os conteúdos da Educação Física, dando chance que os escolares percebam a multiplicidade de sentidos da cultura corporal de movimento (BRASIL, 2018).

Dessa forma, é preciso repensar o conceito de saúde que é propagado nas aulas de Educação Física, a fim de, valores sobre a saúde sejam recriados, e que novas questões sejam pensadas, assim como urge a necessidade na BNCC sobre as competências da Educação Física no Ensino Fundamental, tais como: redes de sociabilidade e a promoção da saúde, a saúde e o lazer, a reflexão sobre a questão do acesso a práticas corporais e o direito a saúde do cidadão, o protagonismo social em saúde, o debate sobre múltiplos padrões de desempenho e de saúde, a eliminação de preconceitos e questionamento sobre hábitos de consumo (BRASIL, 2018).

Esses temas supracitados, como protagonismo social e múltiplos padrões de desempenho embora elencados pela BNCC, não foram vistos nas respostas dos

estudantes. Ressaltam que a Educação Física trabalha e é relacionada à saúde, observou-se através do gráfico 07 por exemplo, apenas temas relacionados aos exercícios físicos, palestras e corpo humano.

De acordo com Silveira (2013) existem dois modelos que abordam a saúde, um de origem assistencial que se pauta em fundamentos da biologia, na lógica individual e outro, o qual a saúde é construída socialmente, superando o paradigma biológico, abordando temas como meio ambiente, sociologia, economia, cultura.

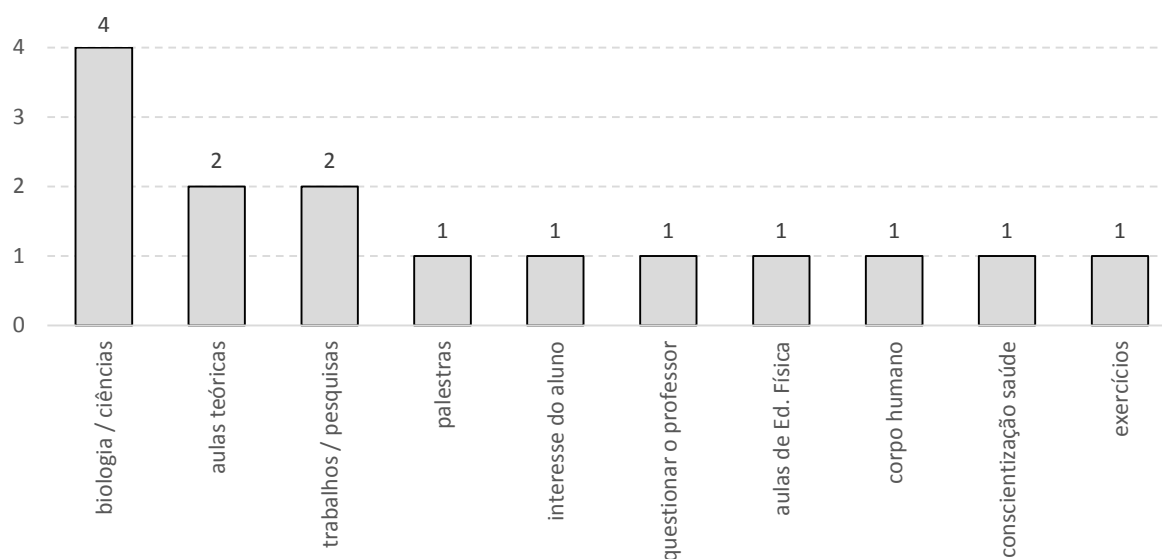
Desse modo, quando observamos que os escolares, caracterizam no nono ano a educação física e a biologia como preponderantes no trato do tema, seguido da ciências, bem como na turma do terceiro ano os alunos arrolam em mesmo grau de importância a biologia e a educação física, isso pode incidir então num tratamento apenas coadunado com o modelo assistencial em saúde, estritamente biológico.

O que nota um claro sinal de diferença entre as respostas dos grupos, é o fato de que no terceiro ano, cinco alunos, ou seja, 22% da amostra do grupo do terceiro ano, terem caracterizando a sociologia como um tema de trato da saúde. Denota-se uma abordagem multifatorial da saúde, do ponto de vista ampliado, mesmo que ainda inicialmente.

Outra questão sobre o tema saúde na escola do questionário do presente estudo foi: “Em alguma aula ou projeto na escola você pode aprender mais sobre o tema da saúde?” A partir dessa questão nortearmos as respostas dos escolares pesquisados.

A partir do gráfico 07 que expõe as unidades de registros, analisadas posteriormente pelo autor, como significativas após pré análise de material de respostas, foi observado que 04 alunos da turma de nono ano do ensino fundamental tiveram a oportunidade de aprender mais sobre o conteúdo da saúde em aulas de biologia e de ciências, dois alunos citaram que essa experiência foi a partir de aulas teóricas em sala de aula, dois expuseram ter contato com esse tema apenas via pesquisa ou trabalhos passados pelo professor, e diversos alunos citaram experiências únicas, como: só aprenderam o tema perguntando ao professor, um relatou ter tido uma aula de educação física sobre saúde, outros já relacionaram o tema com exercícios ou corpo humano.

Gráfico 07 – Aulas ou projetos na escola citados pelos alunos T9EF



Fonte: O autor, 2019.

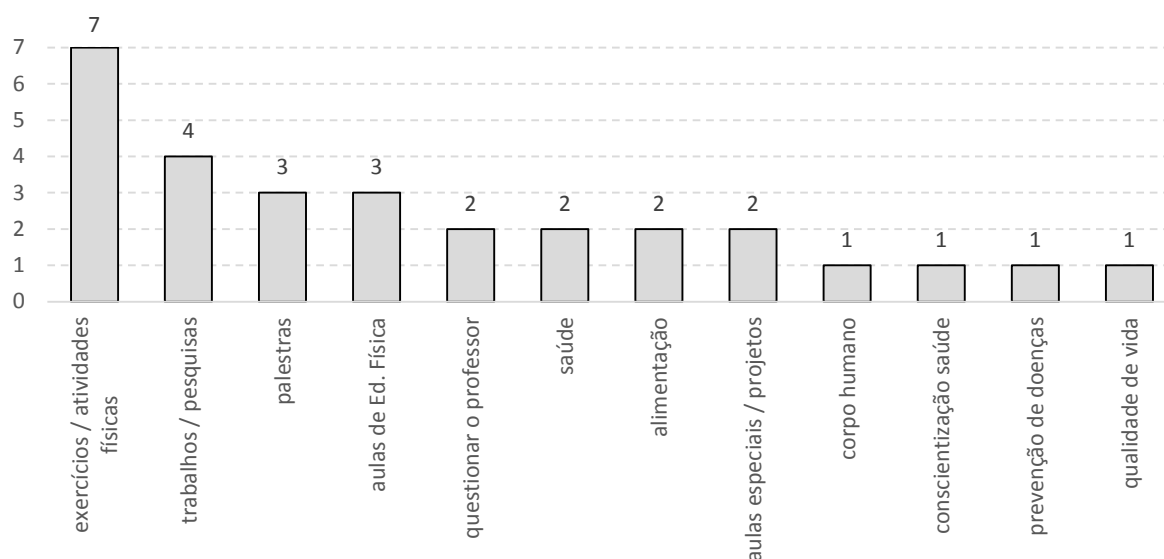
Diante das respostas dos alunos, listamos as unidades de contexto consideradas mais significativas *a posteriori*, abordadas pelos mesmos:

- Ter uma boa alimentação, praticar exercícios físicos e mentais (E1 –T9EF)
- Estado de funcionamento do organismo humano (E2 - T9EF).
- Sim, basta o aluno ter interesse nessa área e perguntar ao professor; (E3 - T9EF).
- Sim, no trabalho de biologia; (E4 - T9EF).
- Sim, na aula de ciência, porque fala de corpo humano; (E5 - T9EF).
- Sim, por meio de trabalhos; (E6 - T9EF).
- Sim, de diversas formas desde pesquisas e incentivos de exercícios; (E7 - T9EF).
- Sim, na aula de biologia comentamos sobre a saúde. (E8 - T9EF).

Observa-se que as aulas de educação física em termos de saúde carecem de maior aprofundamento mediante os sentidos atribuídos em saúde pelos estudantes, ao passo que a educação em saúde segundo Buss (2000) pode cumprir importante papel no processo de promoção da saúde e prevenção da saúde. Educar em saúde, traria um grupo de temas ligados à saúde, que trabalhados em conjunto deveriam ser ensinados, tais como: educação sexual, a questão urbana e as moradias, a recreação, o lazer, o comportamento nutricional. Estes temas podem ser inseridos no cotidiano escolar do ensino médio se os professores de Educação Física detém uma visão multifatorial e ampliada sobre a promoção da saúde e suas implicações sociais.



Gráfico 08 – aulas ou projetos na escola citados pelos alunos T3EM



Fonte: O autor, 2019.

Já os educandos do terceiro ano médio 32% do total (07 alunos de um total de n=22 alunos) relataram terem tido contato com o tema da saúde através de aulas de exercícios físicos e atividades físicas, 04 alunos (18%) citaram trabalhos teóricos ou pesquisas, 03 alunos tiveram contato em palestras ou em aulas de educação física.

A diferença mais latente, é que apenas 05% (n=1)) dos alunos de nono ano do fundamental citaram a relação da saúde com a educação física, entretanto, 32% (n=7) do ensino médio já verificaram essa relação, apesar disso, é preciso que se questionem as categorias inferidas *a posteriori* e relatadas nos gráficos 07 e 08.

Ao passo que os alunos do nono ano do fundamental abordarem a saúde na educação física pelo viés biomédico, higienista, os alunos do terceiro ano do ensino médio apresentam a tendência de relacionar a educação física com a aptidão física relacionada a saúde, através do uso contínuo de exercícios físicos, tópicos como alimentação, pesquisas sobre os benefícios das atividades físicas para o corpo humano, bem como no futuro poderá indicar os indícios da saúde renovada. Porém sem realizar um alargamento sobre temas dos determinantes sociais sobre a saúde.

Essa transparência em se ligar a saúde a um modelo biomédico de origem individual, pode ser transparecido por um aprofundamento da pós modernidade, de forma que a falta de uma grande metanarrativa, trouxe a falta das coletividades, a

dissipação dos vínculos sociais, fazendo com que as pessoas se atomizem individualmente (LYOTARD, 2009).

Já para Giddens (1991) não foram criados novos termos para definir a modernidade, ao contrário de Lyotard que analisa o processo classificado como pós modernismo, para Giddens a natureza da modernidade precisa ser compreendida assim como suas mudanças radicais e suas descontinuidades, com instituições sociais diferentes das tradicionais.

Giddens(1991) caracteriza a modernidade como o estilo de vida ou organização social que se verificava na Europa do século XVII que depois viria a reverberar influencia por todo o mundo. Sobre os termos que marcam este período histórico, Giddens (1991) ressalta que alguns dizem estarmos vivendo uma nova era da sociedade de informação. Outros já encerram o período moderno para dar início ao pós modernismo, o que se nota em termos de organização social diferente é que vivemos a transformação da era baseado em produtos manufaturados, para a base social ser a informação gerando descontinuidades sociais.

A modernidade agravou a separação do tempo e do espaço, dado que as sociedades culturais pré modernas usavam o calendário para calcular o tempo, que estruturava para as pessoas o tempo e o lugar, usavam a hora atrelada ao espaço, assim como o relógio mecânico que contribuiu para a separação do tempo e do espaço, já que calculava o tempo, podendo subdividir o dia em etapas, como a etapa de jornada de trabalho, entretanto o calendário ainda padronizava o tempo em lugares do mundo, assim como o relógio era guiado por regiões espaciais diferentes (GIDDENS, 1991)

A medida que se separam o tempo e espaço, ambos ficam esvaziados, se perde o lugar onde a ação da atividade social é realizado como ponto geográfico, diferente da era pré moderna que era essencial a presença no espaço e no tempo concomitantemente para uma atividade social ocorrer (GIDDENS, 1991).

A modernidade estabelece relações entre os "ausentes", tirando o espaço do tempo, dadas as interações entre pessoas distantes, via virtualidade ou informação, fazendo com que o lugar torna-se o que Giddens chamou de fantasmagórico, pois as pessoas não precisam estar no espaço presente, mas em outros contextos e ainda assim interagindo (GIDDENS, 1991)

### Frases alunos do 3 ano médio (T3EM):

Na aula de Educação Física aprendemos como praticar atividade física e na biologia como funciona o corpo; (E1 – T3EM)  
 Se houvesse essa aula, poderia conscientizar; (E2 – T3EM)  
 Sim, trabalhos de tratamento e prevenção de doenças, trabalho sobre exercícios físicos e qualidade de vida; (E3 – T3EM)  
 Sim, o professor sempre põe a saúde em primeiro lugar, nos orientando como praticar exercícios e se alimentar bem. (E4 – T3EM)  
 Sim, o professor influencia os alunos para que eles pesquisem e saibam mais sobre a saúde. (E5 – T3EM)  
 Me ajuda a saber como é importante cuidar do meu corpo (E6 – T3EM)  
 Sim, na feira de ciências (E7 – T3EM)  
 Sim, palestras abordando o tema contribuem para meu aprendizado. (E8 – T3EM)

Isso se confirma na pesquisa, quando observam-se as unidades contextuais trazidas pelos alunos em suas respostas das perguntas abertas, na T9EF, vemos os alunos citando que a saúde está relacionada a alimentação saudável, a prática de exercícios físicos, ao corpo humano, a biologia.

Nas frase dos escolares do terceiro ano médio, é significativa a frase do aluno E2, ressaltando que não existe uma aula própria na escola sobre saúde, nem na educação física, já o aluno E4 expõe que a saúde é posta em primeiro lugar, porém ainda evidenciando o discurso hegemônico, neoliberal com a propagação de hábitos de saúde, comportamentos e estilo de vida. O aluno E7 cita que a saúde para ele só é percebida no momento da feira de ciências, ou seja, num momento estanque, fora do planejamento escolar anual, num dia somente, sem o devido debate atravessado por outras disciplinas.

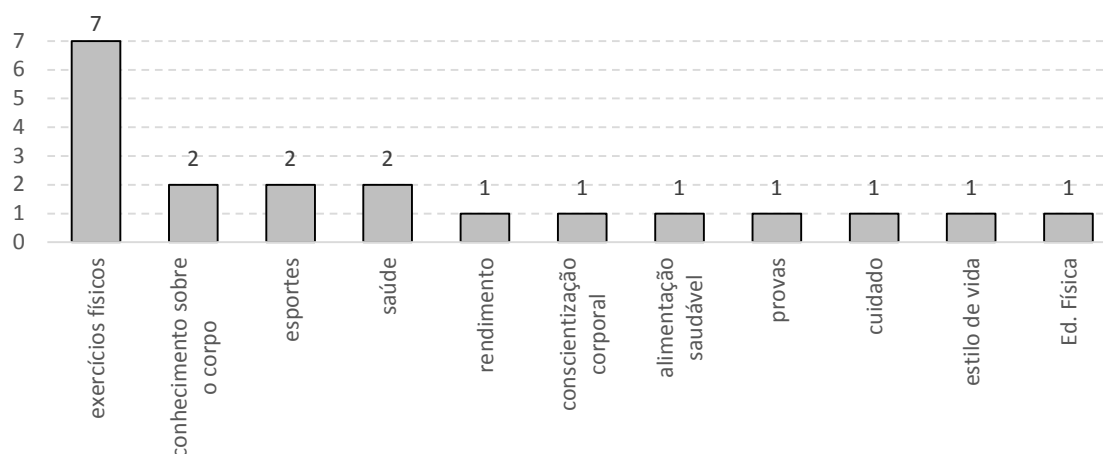
Ainda sobre o tópico saúde na escola, analisamos a seguinte questão respondida pelos estudantes: “Como a disciplina Educação Física faz com que você entenda melhor sua saúde?”

A partir do gráfico 09 pode-se perceber que 07 alunos (39% no total de n=18) da T9EF, destacaram em suas respostas abertas o termo exercício físico para o melhor entendimento da saúde nas aulas de educação física, já na T3EM observou-se no gráfico 10 que 08 alunos também elencaram os exercícios físicos (38% de 22 alunos no total), demonstrando que ambas as turmas atribuem o mesmo sentido a saúde pela ótica dos exercícios físicos,

Ressaltam-se também que 02 alunos (11%) da turma de nono ano afirmaram a importância do conhecimento sobre o corpo, já no terceiro ano (gráfico 10) 04

alunos (18%) ressaltaram a saúde vista na educação física quando o professor aborda questões sobre informações sobre o corpo, visto aqui, como uma máquina biológica.

Gráfico 09 – Importância da disciplina Educação Física para o entendimento sobre saúde – T9EF



Fonte: O autor, 2019.

Frases mais significativas elencadas como unidades contextuais a partir das respostas de alunos da T9EF:

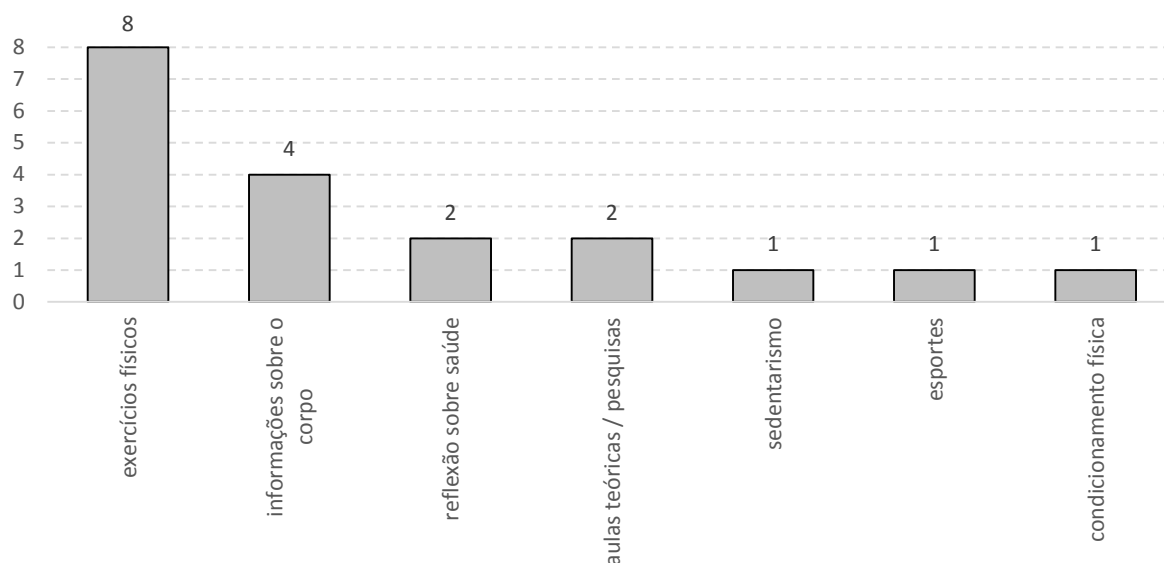
- Exercícios para melhorar meu rendimento; (E1 – T9EF)
- Me expondo aos meus limites físicos para eu conhecer melhor meu corpo; (E2 – T9EF)
- Explicando a importância de exercícios físicos e alimentação saudável; (E3 – T9EF)
- Incentivo com exercícios e fornecer um caminho para ser mais saudável; (E4 – T9EF)
- As aulas de educação física são meus únicos contatos com os esportes (E5 – T9EF)

Analisando as frases mais significativas escritas pelos alunos do nono ano pode-se destacar a relevância dada pelos estudantes aos exercícios físicos, a educação física voltada pra o rendimento, a importância dada ao discurso da alimentação saudável, as aulas de educação física tendo foco na visão esportivista.

As unidades de contexto dos alunos de terceiro ano médio apresentam o mesmo sentido atribuído a saúde pelos estudantes do fundamental, já que impera novamente a prática de exercícios, movimento do corpo, benefícios da atividade física para saúde, sendo mais latente apenas a frase citada pelo aluno E2, que diz que o sedentarismo precisa ser combatido, apresentando sinais ligados a abordagem da aptidão física relacionada à saúde (AFRS).

Nahas e Corbin (1992) justificavam a presença da Educação Física na escola por esta relacionada ao bem estar e a saúde, pelo ensino do desenvolvimento motor, da atividade física, da aptidão física, reiterando a necessidade de se organizar um currículo para a disciplina de modo que seja feita uma progressão pedagógica de seus conteúdos pautados pelo desenvolvimento humano.

Gráfico 10 – Importância da disciplina Educação Física para o entendimento sobre saúde – T3EM



Fonte: O autor, 2019.

Frases mais significativas elencadas como unidades contextuais a partir das respostas de alunos da T3EM:

como praticar exercícios; (E1 – T3EM)  
 contra o sedentarismo; (E2 – T3EM)  
 disponibilizando informações sobre a manutenção e movimento do corpo;  
 (E3 – T3EM)  
 nos fazendo se exercitar e pensar em nossa saúde; (E4– T3EM)  
 quando o professor pede para pesquisar os benefícios das atividades físicas  
 e influências dos exercícios físicos (E5 – T3EM)

Para Ferreira (2001) este movimento (AFRS) representava um avanço para a Educação Física, mas já chamava atenção para a inclusão dos determinantes sócio econômicos no conceito de saúde, não a tratando como um objeto cognoscente apenas da biologia.

De acordo com Crawford (1977 *apud* FERREIRA 2001) esta forma de contextualizar a Saúde na escola, implica a indução de mudanças de

comportamentos dos alunos, desconsiderando em grande parte, sua história social, seu contexto de vida, suas diferenças, culpabiliza o indivíduo por seu estado de saúde, deixando à reboque, o debate sobre melhoria na estrutura social que o indivíduo está inserido, mas não deixa de ser um avanço por tratar do tema da Saúde no contexto escolar, ampliando assim, o escopo de atuação do professor de Educação Física e suas funções na comunidade escolar.

A principal contribuição do movimento AFRS para a Educação Física foi a consideração da aptidão física relacionada à saúde como um conteúdo a ser trabalhado pelos professores de Educação Física dentro da Educação Básica.

Baseado nesta proposta da AFRS, a Educação Física deveria se ater a promover o gosto pelos exercícios físicos regulares ao longo da vida, possibilitando assim, a melhora da saúde da população, de modo que o indivíduo passe a ampliar seus conhecimentos sobre exercícios, tornando-se autônomo em relação às suas práticas (FERREIRA, 2001).

A causalidade entre os benefícios dos exercícios físicos e sua relação direta com a saúde é uma crença existente entre os alunos do Ensino Médio, de acordo com Deive et al. (2005), para ampliar este paradigma de entendimento entre os escolares, é preciso que os professores de Educação Física construam e promovam mais sentidos atribuídos a Promoção da Saúde.

Deive et al. (2005) propõem ampliar o enfoque dado a Promoção da Saúde, aliando à prática de exercícios regulares e as mudanças de comportamentos pela vida ativa, uma certa compreensão social, que faça o discente escolar entender politicamente a realidade onde está inserido.

Este apontamento sobre a Promoção da Saúde sobre uma perspectiva crítica social dos seus conteúdos, na prática vale a pena ser repensando e analisado, observando sua real conotação semântica no ambiente escolar ou se os professores de Ensino Médio estão abordando de forma limitada o conceito de Promoção da Saúde, apenas considerando mudanças de ordem comportamentalista, no que se referem, ao estilo e qualidade de vida relacionados à saúde.

Em suma, a escola pode ser um local importante para a promulgação do ideário da promoção da saúde, porém seu entendimento ainda é raso, haja vista, que a promoção da saúde é tratada na escola apenas como uma legitimação da prática da atividade física, interferindo apenas no comportamento dos estudantes, ou

seja, uma visão fragmentada de saúde que não comunga as ciências humanas com as biológicas (KNUTH E LOCH, 2014)

#### 5.4 Saúde e o modelo neoliberal

Na oitava conferência sobre saúde foi propalado que a saúde é influenciada pelas formas de organização social da produção, que tendem a gerar desigualdades, sobretudo no acesso a saúde, logo em 1986, foi reforçado o conceito de promoção da saúde como resultado de condições multivariadas, como acesso e posse de terra, meio ambiente, trabalho, moradia, extrapolando o seu cunho meramente biológico, dando fundamentação social ao conceito da saúde (SANTOS; DA ROS, 2016)

Na conferência Internacional sobre a promoção da saúde em Ottawa foi apregoado que a qualidade de vida relacionada à saúde é estritamente ligada à justiça social, as condições de renda da população.

A Carta de Ottawa foi um marco para o conceito de promoção da saúde, ela listava que as ações em saúde deveriam se pautar pela elaboração de políticas públicas saudáveis, que criassem ambientes que favorecessem a saúde, citando como a conservação de ambientes poderiam influenciar as condições de vida da população, além de prover a comunidade de informações sobre a saúde, citou a importância de se reorientar a prestação de serviços em saúde, para a superação no modelo baseado na doença, partindo para um modelo ampliado em saúde (FREITAS; CZERESNIA, 2009).

A saúde ampliada se mistura com o conceito de vida baseada na sua noção de preceitos físicos químicos que regulam organicamente seu funcionamento foco de intervenção médica, e a vida enquanto campo de experiência social e subjetiva do ser humano (CZERESNIA, 2009).

Os conceitos de promoção e prevenção se confundem porque ambos fazem uso do aparato científico para suas práticas e teorias, se orientam em temas como: risco, doença, transmissão, que fazem parte do imaginário do discurso de prevenção de enfermidades (CZERESNIA, 2009).

De acordo com Borges, Jesus e Schneider (2018) a prevenção de doenças é ligada a saúde vista de uma concepção biologicista, que atua identificando riscos. Entretanto, não atua sobre a natureza deles, como são gerados, apenas o risco do

contágio, dessa maneira, não é focada na dimensão histórica do processo saúde e doença, desconsiderando a intervenção estatal em saúde, seus determinantes sociais, diferente da promoção da saúde, que têm práticas emancipatórias políticas, além de uma concepção socioambiental.

Dessa forma, a saúde predominantemente é compreendida por dois modelos macroeconômicos divergentes, um de cunho progressista embasado no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) e outro de influência neoliberal, de chancela individualista focado em comportamentos e estilo de vida saudável. (FERREIRA NETO e ARAUJO, 2014).

Esse modelo comportamental em saúde é influenciado pelo neoliberalismo enquanto ideologia econômica, embora, o keynesianismo tenha sido preponderante para a reconstrução de países após a segunda guerra mundial, foi o neoliberalismo que vigorou com mais veemência enquanto doutrina ideológica no mundo, após a queda do muro de Berlim e da onipotência capitalista. Mesmo tendo emergido como uma cartilha econômica a doutrina neoliberal, foi usada por vários planos políticos, sobretudo nos anos noventa (FIORI, 2001).

De acordo com Harvey (2008) a virada neoliberal ocorreu desde o fim da Segunda Guerra Mundial, pois era necessário assegurar a perpetuação do modelo capitalista, de modo que as potências mundiais não entrassem mais em conflitos, custosos aos cofres públicos, para isso era preciso certo consenso de interesses entre a classe dos trabalhadores e os capitalistas, na forma de um sistema liberal embutido, que comungava de um misto de ideias capitalistas e socialistas, que sozinhas não tinham logrado êxito.

Sendo assim, o Estado garantia algumas maneiras de bem estar social, como o cuidado com a saúde, mantinha padrões salariais na indústria, diminuindo o conflito de classes, sendo papéis do Estado permitir o crescimento econômico e o pleno emprego. Esse liberalismo embutido teve resultados positivos na década de cinquenta e sessenta, sob liderança norte americana que garantia a solvência dos mercados externos, comprando produtos e permitindo déficits em contas públicas no exterior (HARVEY, 2008)

Após a Segunda Guerra Mundial, mais precisamente na década de oitenta, que o capitalismo financeiro-rentista se espalhou invertendo a lógica do capitalismo em seu estágio inicial baseado no lucro, no acúmulo de capitais, para a proliferação



dos juros e dos rendimentos e do pagamento da dívida pública (BRESSER-PEREIRA, 2018)

Podemos citar como exemplos as vitórias de Thatcher e Reagan como o apogeu do determinismo econômico neoliberal sendo levado como ferramenta para um plano projetado político. O neoliberalismo não foi posto em prática apenas na Inglaterra de Thatcher e nos EUA de Reagan, dado que, com a globalização, as fronteiras financeiras foram rompendo-se, de modo que países de menor pujança econômica foram alijados a aceitar o comando da doutrina neoliberal (FIORI, 2001).

Segundo Fiori (2001) a globalização nos anos noventa funcionou como núcleo conceitual da ideologia neoliberal, afirmando preceitos e causando perturbações teóricas para os que não entendiam seu significado.

O neoliberalismo para Harvey (2008) gerou uma série de reorientações sociais e institucionais na sociedade, vide sua destruição criativa, abalando estruturas antepostas, como a reposição do mercado como a instituição mais preponderante na economia, ao passo que, o bem estar social é obtido nas trocas, na amplificação dos contratos que fazem que as ações dos homens sejam amparadas pelo livre comércio, que só seria possível pelas vias da globalização.

A globalização de acordo com Fiori (2001), se sustenta em quatro pilares semânticos. Seu primeiro significado, então, seria que a globalização deriva do aprofundamento do mercado, devido ou aumento da competição entre firmas pela corrida tecnológica. Já seu segundo sentido provém da ideia que na terceira revolução industrial o capitalismo tenha chegado a um estágio tão avançado de suas forças produtivas, que não geraria mais contratempos ou recessões na economia.

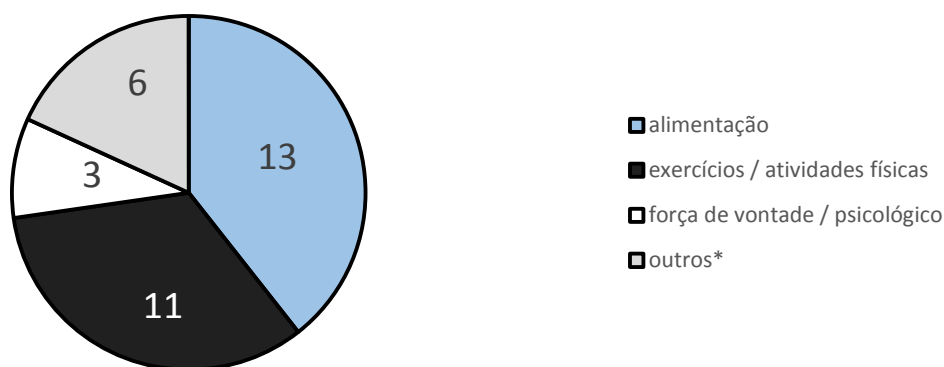
O terceiro significado da globalização retoma os pensamentos de Adam Smith, ao afirmar que a homogeneização dos países entono de um mercado único e global, resultaria na riqueza de todas as nações, inclusive as mais pobres. Esta ideia da universalização dos mercados se conecta com o quarto sentido da globalização, que paira sob a ideia de um Estado tão diminuto, que cederia espaço de a mão invisível do mercado, como responsável por guiar a economia e a sociedade (FIORI, 2001).

“A globalização é sempre evocada porque é a ideologia mais abrangente para justificar a inevitabilidade das reformas estruturais de feição neoliberal (LEHER, 1998, p. 120)”. A teoria do faz de conta da globalização em vários momentos históricos, transferiu para a conta dos países subdesenvolvidos a decorrência de

diversas crises no sistema capitalista, embrenhando-se como ideologia que objetiva que a população dos países subdesenvolvidos se conformem com a exploração colonial neoliberal em curso (SODRÉ, 1999).

Sobre a questão nº1, “O que você acha ser preciso para se ter uma boa saúde?”, a partir das respostas dos alunos, foram obtidas as seguintes categorias mais expressivas, mediante o gráfico 11 exposto abaixo.

Gráfico 11 – Fatores importantes para se ter uma boa saúde – T9EF



Fonte: O autor, 2019.

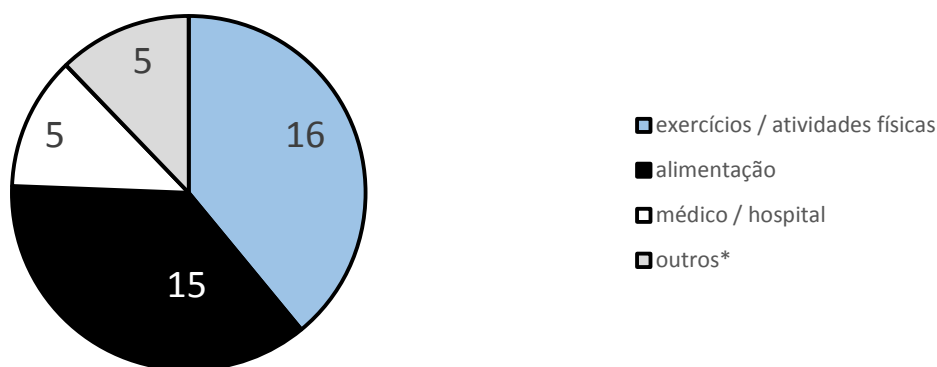
#### Unidades de contexto mais significativas para a T9EF:

Ter uma boa alimentação e praticar exercícios regularmente; (E1 – T9EF)  
 cuidar do meu corpo e da mente; (E2 – T9EF)  
 alimentos saudáveis como frutas e legumes, fazer exercício físico; (E3 – T9EF)  
 auto controle, exercícios, alimentação, hábitos saudáveis, meditação (E4 – T9EF)  
 praticar esportes e evitar o sedentarismo (E5 – T9EF).

Neste gráfico 11, observou-se que 13 alunos (73% do total de 18 alunos) citaram a unidade de registro alimentação, 11 (61%) as URs combinadas exercícios e atividades físicas, 03 (16%) relataram a força de vontade ou psicológico como fatores relevantes para se ter uma boa saúde, 06 alunos evidenciaram outros fatores, tais como: cuidar de si, corpo, sedentarismo, esportes e sono, cabe ressaltar que esses números somados ultrapassam os 18 alunos compostos na amostra da turma de nono ano, pois cada aluno nessa pergunta aberta, poderia citar mais de um fator que atribuísse importância para sua saúde.

A turma de terceiro ano médio também inseriu como destaques para se ter uma boa saúde os exercícios físicos e as atividades físicas (72% - 16 alunos de um total de 22), bem como a alimentação (68%), a diferença encontrada foi que 05 alunos (22%) elencaram o médico e o hospital importantes para se ter uma boa saúde, os outros fatores citados foram: sono, felicidade, água, paciência e corpo.

Gráfico 12 – Fatores importantes para se ter uma boa saúde – T3EM



Fonte: O autor, 2019.

#### Unidades de contexto mais significativas para a T3EM:

dormir bem, boa alimentação, sempre ir ao médico (E1 – T3EM).  
 se exercitar bastante, tomar bastante água, comer comidas saudáveis (E2 – T3EM).  
 bons hospitais e profissionais disponíveis para todos (E3 – T3EM).  
 boa alimentação, prática de exercícios físicos, acompanhamento médico de qualidade (E4 – T3EM).  
 alimentação saudável, exercício físicos diários, bem equilibrados (E5 – T3EM)

Deste modo, essa semelhança de atribuição de sentido de ambas as turmas (T9EF E T3EM), pode ser evidenciada através das frases mais significativas extraídas das respostas dos educandos, onde se observa tanto para o nono ano como para o terceiro, a ênfase na boa alimentação, na prática regular de exercícios físicos, o auto controle estabelecido como um comportamento a ser seguido em busca do estilo de vida saudável, o que se nota então a expressiva presença de um sentido atribuído a saúde de modo comportamental, conservador, em que pese, nas unidades de contexto do terceiro ano, a influência do modelo medicalizado de

saúde, baseado na figura do médico como um perito que deve dominar os discursos sobre saúde.

Esse avanço da figura do médico enquanto detentor do saber em saúde, poderia ser um desencaixe na modernidade, para Giddens (1991), que transloucamos para a saúde, já que o conhecimento perito, que se baseia na fé, na confiança da perícia técnica, na excelência profissional de outrem, citando o exemplo que as pessoas confiam no arquiteto que constrói uma casa, na estrutura, sobem em escadas, e confiam que devido ao profissional ter conhecimento que ele não dispõe, realizou o trabalho correto, e que a casa não irá ruir.

Além da figura do médico especialista trazido da pós modernidade, o discurso comportamental em saúde pressupõe que os indivíduos tem liberdade para cuidarem de si mesmos, por uma autonomia que é pautada na regulação do risco epidemiológico, estando em consonância com o liberalismo (CZERESNIA, 2012).

Em nenhum momento foram citados aspectos dos determinantes sociais da saúde, tais como: meio ambiente, renda, trabalho, urbanização local.

ter uma boa alimentação e praticar exercícios regularmente; (E1 – T9EF)  
 cuidar do meu corpo e da mente; (E2 – T9EF)  
 alimentos saudáveis como frutas e legumes, fazer exercício físico; (E3 – T9EF)  
 auto controle, exercícios, alimentação, hábitos saudáveis, meditação (E4 – T9EF)  
 praticar esportes e evitar o sedentarismo (E5 – T9EF).

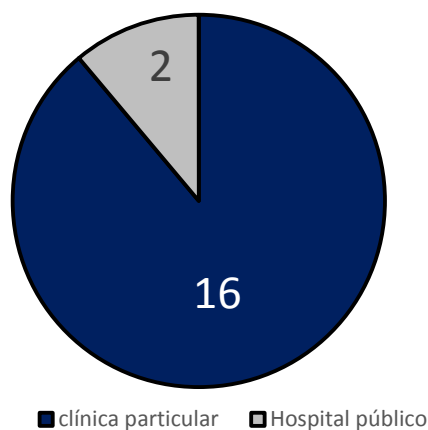
Na medida que os estudantes ressaltam as práticas comportamentais em saúde, como exercícios físicos regulares, auto controle mediado pela racionalidade humana em busca do estilo de vida saudável, além de mobilizarem seus sentidos entorno de um modelo medicalizado de saúde, hospitalocêntrico, escamoteiam as interferências dos determinantes sociais de saúde, e são marcados expressivamente pelo modelo neoliberal em suas respostas.

Sobre as respostas da questão: “Caso você passe mal ou tenha alguma doença, você e sua família iriam procurar um hospital público ou uma clínica particular? Onde seria melhor o atendimento médico?”, pode-se ressaltar que na turma de nono ano do fundamental 16 alunos (88%) responderam procurarem uma clínica particular, enquanto apenas 02 (11%) um serviço público de saúde.

A partir da tabela 15 que apresenta as unidades de registro que justificam a escolha dos alunos da T9EF pelas redes privadas de saúde são: melhor

atendimento, plano de saúde conveniado com empresa de trabalho do responsável e sem a demora que em tese, atribuem ser direcionada ao serviço público. Além das frases mais significativas extraídas das respostas dos alunos T9EF, que apresentam a noção que o atendimento além de mais rápido na iniciativa privada, neste local você será melhor atendimento.

Gráfico 13 – Local de atendimento público x privado – T9EF



Fonte: O autor, 2019.

Tabela 15 – unidades de registro sobre local de atendimento privado - T9EF

Unidades de registro	Frequência
melhor atendimento	3
plano de saúde	1
sem demora	1

Fonte: O autor, 2019.

Frases significativas escritas pelos alunos da turma de nono ano ensino fundamental:

- particular, em hospitais que meu plano de saúde cobre; (E1 – T9EF)
- clínica particular, é melhor atendimento no hospital do meu bairro; (E2 – T9EF)
- clínica particular, porque não teria aquela demora toda; (E3 – T9EF)
- clínica particular, porque as pessoas te tratam melhor, e o atendimento é mais rápido (E4 – T9EF)

Essa visão colabora com o seguinte argumento neoliberal de que o Estado não sabe gerir os bens públicos, ou seja, ao Estado eram pregadas alcunhas de mau gestor, devendo ser enxugado, reduzido, tendo suas grandes empresas públicas privatizadas, onde o comando deveria ser das empresas privadas, em sua maioria multinacionais, que serviriam à globalização, tomando empréstimos no

exterior e remetendo lucros à países externos, beneficiando o capital estrangeiro e contribuindo para o sucateamento do patrimônio público (SODRÉ, 1999).

Desemprego em massa e crescente, criminalidade gerando um quadro de incerteza na sociedade, prostituição em aumento acelerado, enfermidades antigas, algumas já em processo de desaparecimento, e outras, novas, acompanhadas da derrocada da estrutura de saúde, do desmantelamento da rede hospitalar, são mazelas que o neoliberalismo gera ou fomenta (SODRÉ, 1999, p.23)

Keynes (1996) em suas teorias mostra que o Estado não necessitava ser superavitário a todo custo, ou seja, não necessita arrecadar mais do que gasta e investe, quanto mais o Estado investe na economia social, gera níveis elevados de demanda, movimenta a economia, permite a criação de emprego e renda.

Sendo assim, o Estado ativo é essencial para o equilíbrio do sistema capitalista vigente, diferente do que preza a teoria neoliberal, que tem como principal questão de como o emprego é determinado pelos interesses livres e individuais dos agentes econômicos operando livremente no mercado desregulado.

O Estado nasceu, precisamente, do processo de desenvolvimento social quando apareceram as classes. Não há Estado neutro. É uma entidade política [...] é esse aspecto de entidade política que os tecnocratas do neoliberalismo pretendem destruir, quando pregam a sua ausência, em benefício de uma entidade fictícia, a do mercado livre (SODRÉ, 1999, p.26)

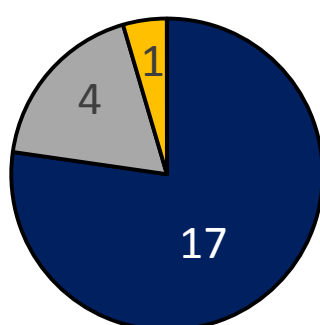
Entretanto, a economia percebida pelos neoliberais como uma técnica dotada de razão, tem sua esfera de entendimento ampliada pela política, dado que a sociedade se divide entre classes sociais, que detém interesses e objetivos diferentes (SODRÉ, 1999).

As escolhas racionais individuais balizadas no modelo neoliberal, faz com que os indivíduos busquem o melhor para si exclusivamente, não pensando na coletividade como seu objetivo final, no que se refere, ao tema da Promoção da Saúde, podemos tender a pensar, que se os indivíduos mudarem apenas seus hábitos de vida, tornando-os mais profícuos em termos de práticas de exercícios e alimentação saudáveis, sem considerar sua posição social, estaria enfatizando apenas sua posição individual, transformando-se assim um possível consumidor de produtos ligados ao mercado privado de Saúde.

A diminuição do papel do Estado na economia e de suas políticas sociais, tende a aumentar o espaço privado de cuidado, e exige um desempenho individual

acima da média, tanto na saúde individual, como em outros setores, já que a racionalidade imposta pelo neoliberalismo, marcou o desempenho como forma de obtenção de prestígio que diferencia as classes sociais, assim as pessoas foram se afastando uma das outras, arrefecendo as relações pessoais para se transformarem em empresas autogeridas guiadas pela égide neoliberal, concorrendo entre si, já que a visão econômica transpassou para outras esferas da sociedade (DARDOT E LAVAL, 2016).

Gráfico 14 – Local de atendimento público x privado – T3EM



■ clínica particular ■ Hospital público ■ não procuro

Fonte: O autor, 2019.

Já na turma de terceiro do ensino médio 17 alunos (77% do total) escolheriam a clínica particular, sendo apenas 04 estudantes (18%) prezando pelos serviços públicos de saúde. Deste modo nota-se que ambas as turmas se pudessem escolher, cada aluno estaria optando por procurar atendimento na clínica particular, os argumentos que corroboram essa resposta, para os escolares da T3EM, são expostos nas frases categorizadas.

Frases significativas escritas pelos alunos da turma de terceiro ano do ensino médio:

- O atendimento seria melhor numa clínica particular; (E1 – T3EM)
- Clínica particular, pois os hospitais públicos são precários; (E2 – T3EM)
- Infelizmente os hospitais particulares são melhores, tem uma estrutura melhor. (E3 – T3EM)
- Vou no hospital público da polícia. (E4 – T3EM)
- Na clínica particular é provável que tenhamos um bom atendimento. (E5 – T3EM)
- Na clínica particular o ambiente é mais desenvolvido. (E6 – T3EM)
- Caso não seja grave, aí vou num hospital público. (E7 – T3EM)
- Clínica particular, a empresa da minha mãe dá plano de saúde. (E8 – T3EM)
- Clínica particular, porque o SUS é um lixo, iniciativa privada wins. (E9 – T3EM)

Diante das frases expostas, pode-se salientar que os alunos de terceiro ano do ensino médio, comungam o mesmo sentido atribuído aos serviços públicos de saúde, considerando-os menos eficientes que na iniciativa privada, a ligação dos planos de saúde com o atendimento particular. De maneira mais expressiva, notamos a frase do alunos E9, ao estabelecer que o SUS para ele seria um “lixo”, e a iniciativa privada *wins*, ou seja, é vencedora.

Ao considerar o SUS precarizado, esse aluno não tomou por base a Reforma Sanitária que para Paim (2009) pode ser analisada nas suas bases conceituais, sendo considerada uma ideia que visa a política Estatal, por meio de uma abordagem histórica e econômica, isso pode ter ocorrido porque o capital se reproduziu também no setor de saúde, garantindo o nível político de legitimação do poder nas classes dominantes, servindo a acumulação capitalista, seria necessário ensinar nas escolas sobretudo no que tange ao tema da promoção da saúde, a luta de movimentos sociais pela hegemonia e pela saúde, de modo a contrapor as necessidades reprodutivas do capital e as carências dos trabalhadores.

Como diz Paim (2009, p.30) “compreendendo a questão da saúde como objeto de ação política das classes dirigentes que controlam o Estado e seus aparelhos, além de ser um espaço de luta pela conquista da hegemonia pelas classes subalternas”.

A despeito da influência do pensamento neoliberal na saúde na década de noventa, o SUS foi implementado como política de Estado, na contramão da ordem internacional, que era dominada pelo uniformismo liberal

Para Harvey (2008) o neoliberalismo provocou a destruição criativa de alguns setores da economia, mas gerou novas maneiras de enfatizar o poder do mercado, que foi se reverberando nas relações sociais, ancoradas em contratos efêmeros, a ética no mercado como mediador de conflitos, a relevância do setor de informação e tecnologia perante os demais, à medida que, para que sejam tomadas decisões no mercado, o homem precisa observar as bases de dados, as inúmeras probabilidades calculadas sobre um fenômeno, que interferem diretamente as escolhas dos sujeitos sobre saúde e os significados que atribuem a mesma.

Neste ponto vemos a importância do debate da Promoção da Saúde e seus sentidos, que extrapolem a égide neoliberal, buscando repostas assim, em teorias multifatoriais, que envolvam ciências humanas, sociais, de saúde, entendendo aqui



a Saúde como um campo multiprofissional, como pode-se perceber os escolares influenciados pela égide neoliberal, tendem a arrefecer a importância estatal em saúde, tornando-os assim meros consumidores privados, sem almejarem a transformação via determinantes sociais.

O pouco interesse com a transformação social só colocava a neoliberalização mais uma vez como uma doutrina utópica que tinha como objetivo de manter acesa a chama da acumulação capitalista, conferindo poder as elites econômicas (HARVEY, 2008).

Nesse sentido, observa-se que as políticas e fatos históricos que ocorrem na sociedade em geral, por tendência afetam a vida das pessoas, no setor de saúde principalmente, em nome de ajustes estruturais, pode-se observar a reorientação dos sentidos atribuídos as práticas de saúde, transferindo para o indivíduo sua parcela de culpa por seu estado de saúde, por sua condição sócio econômica.

Deste modo, pensar o conceito de saúde dentro de um arcabouço teórico estritamente técnico, deixaria de abarcar suas nuances políticas, históricas, ou seja, a saúde seria mais um conceito a serviço da ideologia neoliberal dominante, que tal como disse Sodré (1999) é uma farsa, que sob o mote da modernidade, visa manter o *status quo* social, sem romper com as desigualdades sociais, ou seja o neoliberalismo não foi tão êxito como desejava, embora tenha se transformado em discursos ideológicos e políticos em várias partes do mundo.

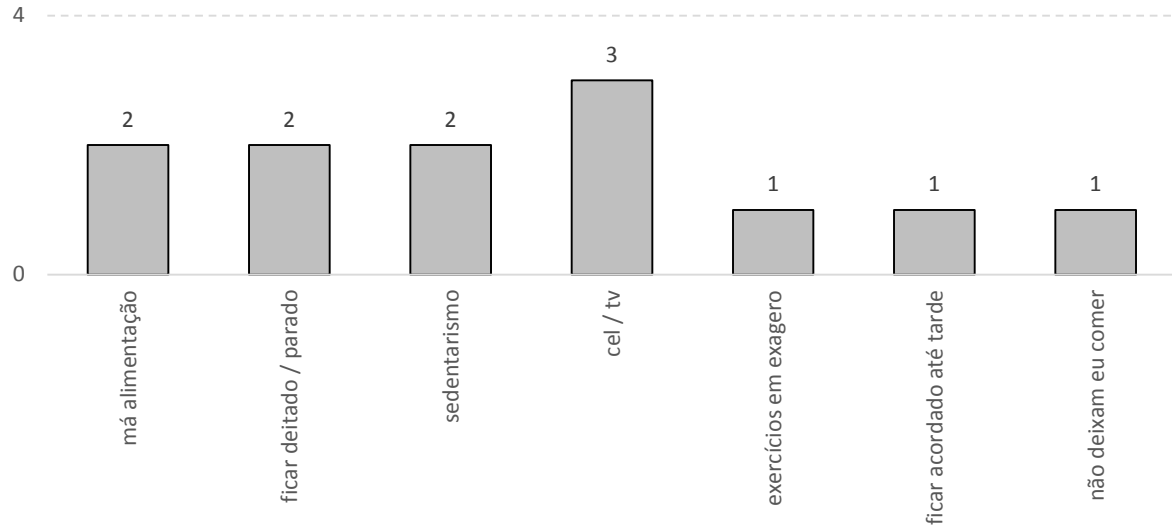
Economicamente, o neoliberalismo fracassou, não conseguindo nenhuma revitalização básica do capitalismo avançado. Socialmente, ao contrário, o neoliberalismo conseguiu muitos dos seus objetivos, criando sociedades marcadamente mais desiguais, embora não tão desestatizadas como queria. Política e ideologicamente, todavia, o neoliberalismo alcançou êxito num grau com o qual seus fundadores provavelmente jamais sonham, disseminando a simples ideia de que não há alternativas para os seus princípios, que todos, seja confessando ou negando, têm de adaptar-se a suas normas (ANDERSON, 1995, p.12)

O neoliberalismo para Bourdieu (1998), não passava de uma abstração feita por economistas, com instrumental matemático, fundada no individualismo racional, como se fosse possível quantificar as decisões dos sujeitos, de maneira que trazendo a teoria pura para os fatos sociais e econômicos, abdicava da explicação histórica dos fenômenos.

Sobre a questão: “Quais comportamentos e atitudes afetam de maneira positiva e negativa sua saúde?” Podemos ressaltar que quando questionam-se aos

alunos que comportamentos podem afetar sua saúde, fica claro para as turmas de nono ano (T9EF) que hábitos alimentares, sedentarismo, privação do sono, podem prejudicar a saúde.

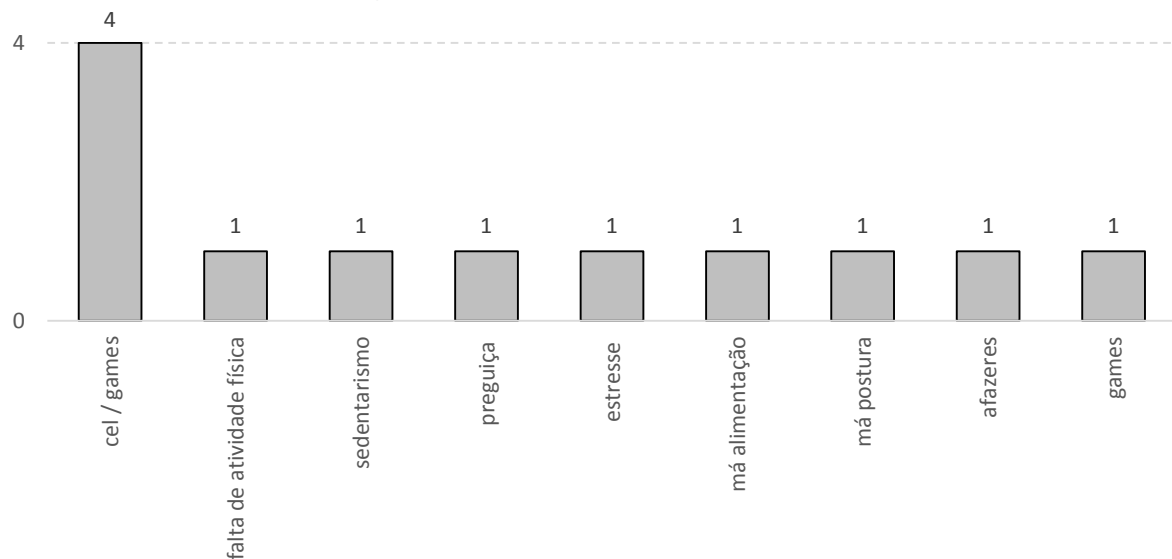
Gráfico 15 – Aspectos negativos – T9EF



Fonte: O autor, 2019.

Bem como para os escolares das turmas de terceiro ano médio, que ressaltam que o uso de tela, falta de atividade física, sedentarismo, preguiça, são comportamentos a serem evitados, pois prejudicam o estilo de vida saudável, atribuído como importante na visão de saúde comportamentalista que eles detêm.

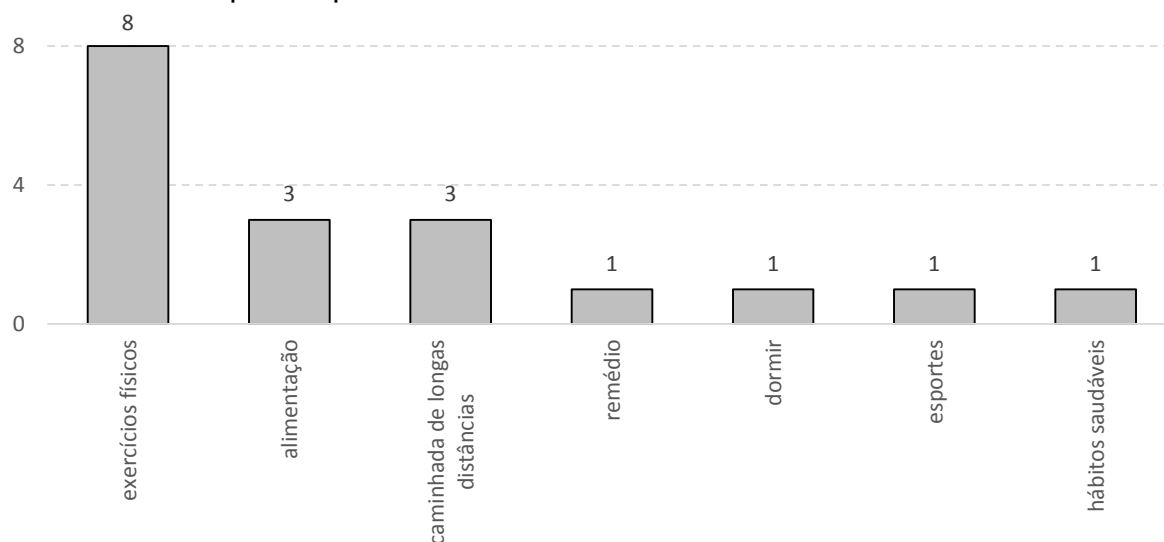
Gráfico 16 – Aspectos negativos – T3EM



Fonte: O autor, 2019.

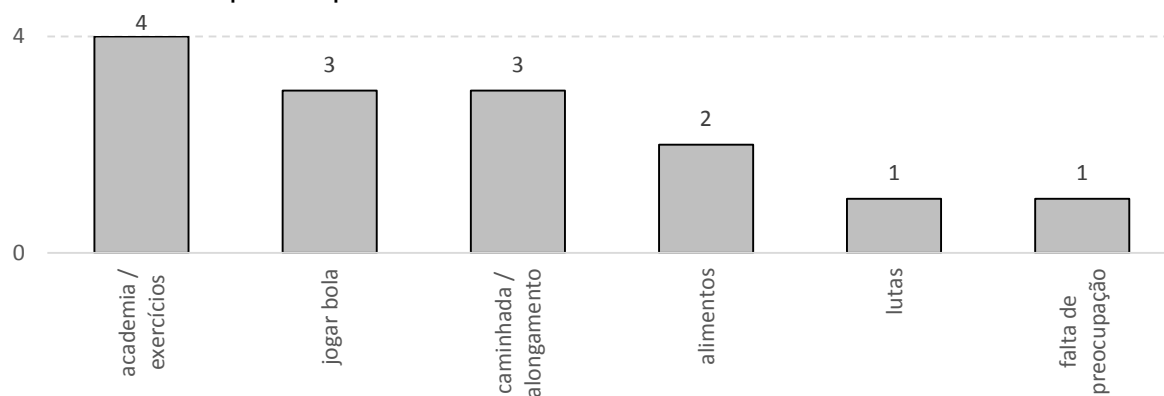
Decerto, que os estudantes de ambas as turmas arrolam como importantes e positivos para a saúde, a prática regular de exercícios físicos, alimentação saudável, a ida a academias de musculação e ginástica, a prática de esportes.

Gráfico 17 – Aspectos positivos – T9EF



Fonte: O autor, 2019.

Gráfico 18 – Aspectos positivos – T3EM



Fonte: O autor, 2019.

Frases significativas para as turmas de nono ano (T9EF) e terceiro ano médio (T3EM), conforme visto a seguir:

Positivo - A pratica de exercícios regulares, negativo - exagero de prática de exercícios. (E1 – T9EF)

Positivo - ando em longas distancias, negativo - fico no sedentarismo (E2 – T9EF)

Positivo - fazer exercício, comer frutas; negativo - ficar acordado até tarde (E3 – T9EF)

Positivo - praticar esportes, negativo - comer alimentos gordurosos (E4 – T9EF)

Negativo - não querem deixar eu comer (E5 – T9EF)

Negativo – não fazer atividade física prejudica (E1 – T3EM)

Negativo – não tenho tempo para exercícios (E2 – T3EM)

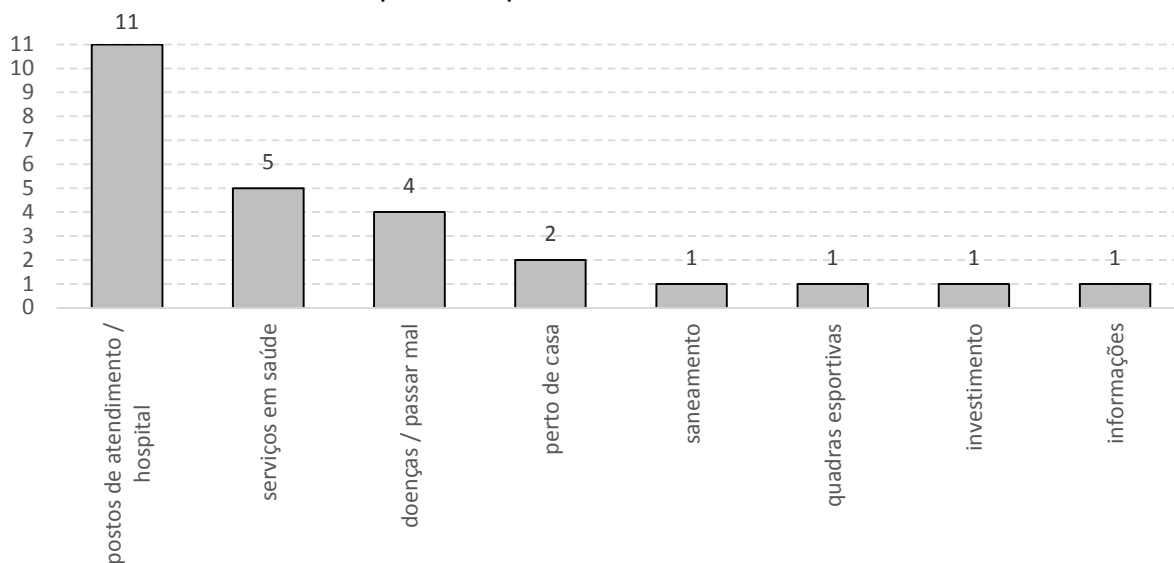
Negativo – tenho muitos afazeres e tarefas (E3 – T3EM)

Negativo – ficar deitado vendo séries (E4 – T3EM)

Através das frases observa-se que esse discurso pela epidemia do *fitness* prevalece, ao se afirmar pela prática de exercícios regulares, prazer pelo exercício exacerbado, prática de esportes, bem como a atribuição de sentido negativo ao descanso, assistir séries de tv, a ingestão de alimentos gordurosos.

No que tangem aos determinantes sociais vale destacar a seguinte questão elaborada em questionário próprio: “Como você acha que uma política do governo (melhor hospital público, construção de hospitais e postos de atendimento perto de sua casa) pode influenciar sua saúde?”

Gráfico 19 – Influência de políticas para a saúde – T9EF



Fonte: O autor, 2019.

#### Frases mais significantes para a turma de T9EF:

construindo melhor saneamento e quadras esportivas (E1 – T9EF)

Pode influenciar totalmente, pois caso eu passe mal se não houver hospital pode ser prejudicial a mim (E2 – T9EF)

melhoras os serviços de hospitais públicos (E3– T9EF)

com postos de atendimento perto de casa (E4 – T9EF)

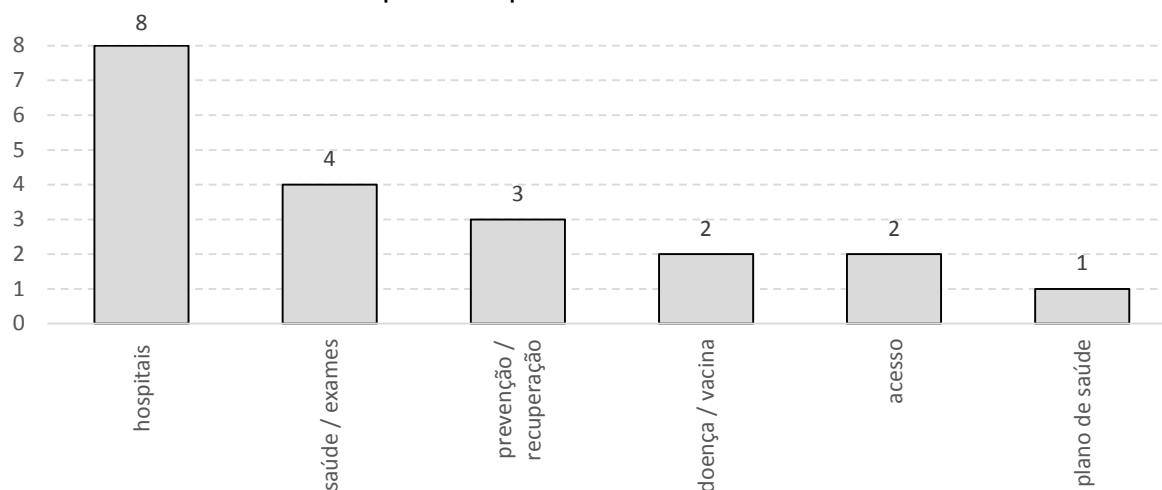
se melhorar os hospitais e criar mais postos irá diminuir as doenças (E5 – T9EF)

pode nos fornecer informações e nos tratar em caso de doença (E6 – T9EF)

Foi possível então verificar diante do gráfico 18, que os alunos de nono ano de ensino fundamental, apesar de em perguntas anteriores, não demonstrarem conhecimento sobre os determinantes sociais da saúde, quando instigados a comentar sobre políticas públicas relacionadas à saúde, ressaltam a importância sociocultural na saúde, destacando a importância da construção de quadras, melhoria no saneamento básico, a necessidade de postos de saúde no bairro, próximo de casa. Porém ainda apresentam uma visão medicalizada de saúde, ao passo que, relacionam a construção de postos de saúde a ausência de doença, sem conjugar com os demais determinantes sociais como renda, trabalho.

Dessa maneira, a visão dos estudantes sobre promoção da saúde pode assumir a roupagem que objetiva a contenção de custos, baseada no modelo economia liberal e nas ideias propagadas por entes internacionais como o Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde, atribuindo maior importância aos comportamentos individuais para proteção de fatores de riscos de doença, mudanças no estilo de vida, jogando para o individual a responsabilidade de manter sua própria saúde e sua vitalidade (FREITAS; CZERESNIA, 2009).

Gráfico 20 – Influência de políticas para a saúde – T3EM



Fonte: O autor, 2019.

A partir do gráfico 20, verificou-se que os alunos de terceiro ano do ensino médio, apresentam uma visão medicalizada da saúde, ligada a exames médicos, vacinas, planos de saúde, a importância dos hospitais, mesma visão encontrada pelos alunos de nono ano, porém os de mais tenra idade, ao serem provocados a

trazerem a contribuição dos determinantes sociais, relataram conhecer a importância do saneamento básico, de hospitais próximos de casa, porém ainda de modo insignificante percentualmente, já que apenas um aluno fez essa menção categórica.

Ao passo que desconsideram a importância do setor público em saúde, pode-se dizer que os alunos estão sob efeito da nova razão e subjetividade neoliberal, para Dardot e Laval (2016) o neoliberalismo não é um misto ideológico de ideias ou de políticas econômicas, já que iniciou um sistema de normas que espalhou por todas as sociedades, pregando a lógica do capital nas relações sociais e na vida.

O neoliberalismo fundaria então uma nova racionalidade no mundo, ditando as condutas dos indivíduos, de maneira que seus discursos e práticas tendem a reforçar a competição como uma forma de organização social, de modo que, o mercado torna-se a arena de luta dos indivíduos entre si.

Sobre essa questão dos sujeitos poderem fazer suas escolhas em saúde, pode-se ressaltar que desde o relatório Lalonde se destacaram mais os aspectos comportamentais individuais sobre a saúde, isto é, behavioristas, que para a Educação Física podemos ressaltar como estilo de vida ativo, ou seja, as ações e atitudes do dia a dia que moldam a vida dos sujeitos, como um padrão alimentar, praticar a atividade física, como se fosse possível que o indivíduo sozinho tivesse total controle e responsabilidade sobre sua vida, desconsiderando mudanças advindas do contexto do indivíduo e sócio econômicas influenciadas pela nova razão neoliberal (DARDOT E LAVAL, 2016), (MORAES, 2017).

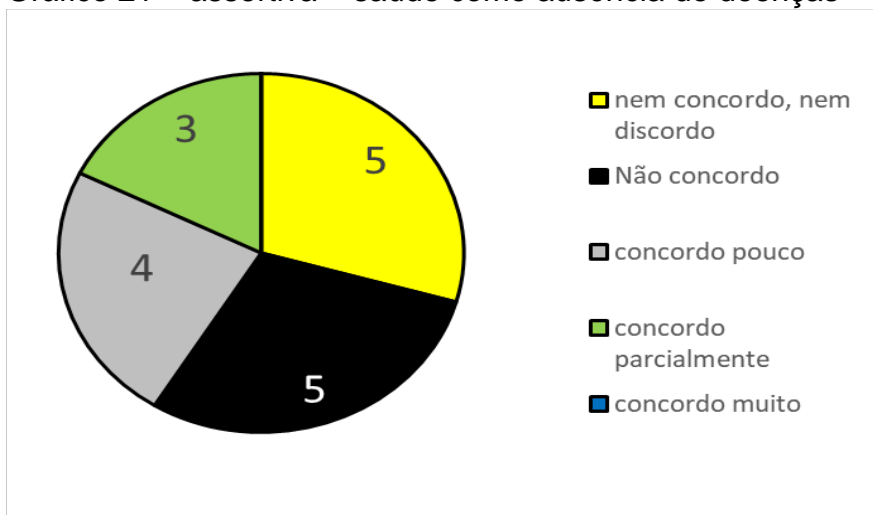
A neoliberalização para Harvey (2008) nada mais é que um meio de substanciar as desigualdades sociais, dando novamente as elites a condição de liderança das massas, restaurando seu poder enquanto classe dominante. Embora algumas classes sociais tiveram suas posições ameaçadas, na Grã Bretanha de Thatcher, novos empreendedores foram se sobrepondo a antiga elite, assim como o surgimento da figura dos diretores presidentes ou *chief executive officer* (CEOs) norte americanos de empresas do ramo digital e tecnológico.

Desta maneira, o neoliberalismo continua a preponderar um modelo que preza pensamento único, inquestionável, tocando em noções e valores fundamentais da sociedade, como dignidade humana e liberdade, para ter argumentos para se perpetuar em políticas econômicas pelo mundo, num processo

que restaurou o poder de para classes de elite na sociedade, sobretudo o mercado financeiro se propagou por toda a economia, devido à forte desregulação.

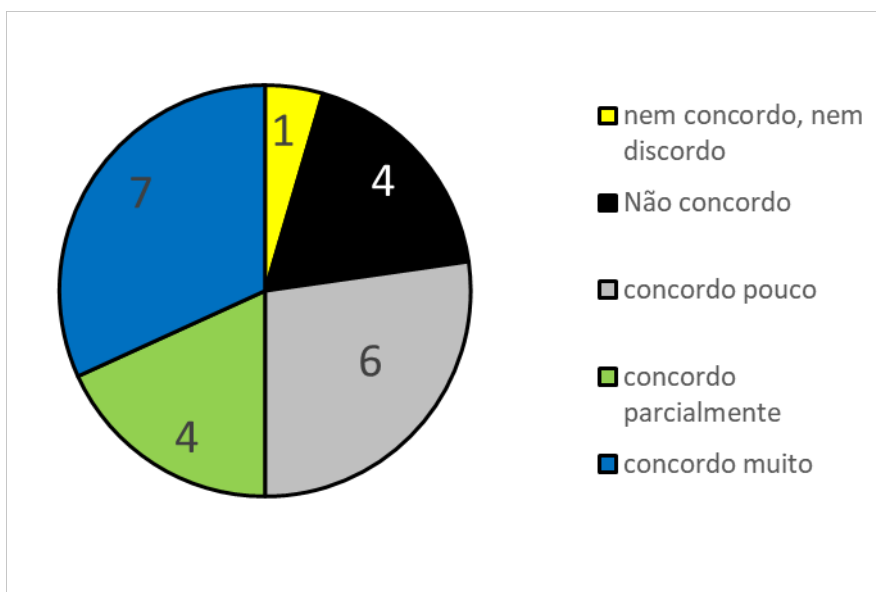
Já nos gráficos da escala de Likert, sobre as Concepções acerca da saúde, pode-se ressaltar que, na assertiva: “Saúde é ausência de doença.”, cinco alunos da turma de nono ano não concordaram, 05 (27%) se mostraram indiferente (nem concordo, nem discordo), porém os alunos de terceiro ano já apresentaram 07 (31%) alunos concordando com a assertiva, corroborando com uma visão conservadora sobre a saúde.

Gráfico 21 – assertiva – saúde como ausência de doenças – T9EFM



Fonte: O autor, 2019.

Gráfico 22 – assertiva – saúde como ausência de doenças – T3EM



Fonte: O autor, 2019.

Para Lechopier (2015), não podemos analisar a saúde apenas como um estado de negação das doenças, ou algo que só gera atenção do indivíduo quando este sente sua vitalidade fora do normal ou como prenúncio de um problema médico.

Para que entendamos o conceito de Promoção da Saúde, é preciso que voltemos aos sentidos que a saúde veio tomando ao longo do debate histórico sobre o tema, a Promoção da Saúde visa refutar a ideia de saúde como um estado de ausência de doenças, concebido pelo paradigma biomédico, dessa forma a saúde vista positivamente estaria relacionada ao modo de vida e de produção social, ao meio ambiente, aos comportamentos das populações em termos de estilo de vida (LEFEVRE e LEFEVRE, 2004).

Ao passo que a saúde se relaciona com diversas áreas da sociedade, a transformação dos meios de vida e de produção social é um caminho para que a Promoção da Saúde almeje a erradicação total de uma doença, tendo como utopia balizadora de seu ideário, a ideia que através do setor de saúde por meio de conhecimentos sanitários seja possível intervir nos desarranjos sociais, nas condições de vida das pessoas, melhorando suas moradias, o saneamento básico, rompendo com a visão biomédica de saúde fatalista, que baseada na sociedade pós moderna tende a colocar a saúde numa prateleira como um produto a ser comprado pelos cidadãos (CZERESNIA, 2009).

Dessa maneira, vemos que a saúde não se limita unicamente ao componente biológico *per se*, sendo a saúde um resultado de uma síntese da biologia corporal, relacionada às relações sociais, à política, à economia, além de representar um índice marcador de bem estar de uma sociedade (Palma, Nogueira, 2003)

Sendo assim, salientamos que o conceito de saúde se amplia quando consideramos seus determinantes macrossociais, conforme visto por Palma e Nogueira (2003), a concepção de saúde listada na VII Conferência Mundial da Saúde arrola que a saúde, é ligada a vários condicionantes sociais, tais como: habitação, renda, acesso aos serviços de saúde gratuitos, ou seja, a saúde pode ser alterada pela conjuntura sócio econômica, é fruto também de desigualdades e geradora de equalização social.



## CONCLUSÃO

Portanto, observamos que o entendimento dos alunos da educação básica sobre o tema da saúde tende a se alinhar com posições comportamentais da saúde, influenciada pelo modelo neoliberal, que não abarca o reconhecimento das múltiplas dimensões que afetam a constituição da noção de saúde, desde suas interferências sociais e políticas provenientes do sistema capitalista atual, bem como a inserção desse tema no âmbito escolar, ocorrendo uma necessidade de maior debate na academia.

Em que pese, a literatura consultada perpassar sobre questões relacionadas a promoção da saúde, ao seu contexto escolar, como concepções da educação física, estudos que façam a junção sobre as bases teóricas da Reforma Sanitária, o contexto histórico neoliberal e como esses temas reverberam no ensino da promoção da saúde na Educação Física ainda são incipientes, necessitando de aporte teórico que debata as múltiplas dimensões da saúde na escola. Sendo assim, esse estudo torna-se relevante, de modo que é possível estabelecer uma relação imbricada entre a Educação Física, as políticas sobre Reforma Sanitária, SUS e o neoliberalismo.

Por isso é necessário observar as relações de sentido que os alunos estabelecem sobre o tema da saúde e a disciplina da Educação Física na escola, avaliar as possíveis consequências da intervenção do professor de Educação Física sobre esta temática para entendimento dos alunos.

Esses resultados encontrados na pesquisa podem gerar alguns pontos fulcrais de discussão na área da educação física escolar: primeiro, o aspecto positivo do avanço conceitual do termo saúde na escola. Por outro lado, o não entendimento múltiplo da saúde em coadunação com a Educação Física e sociedade, implicam um cenário preocupante, pois dá margem a possibilidade dos estudantes serem culpabilizados por suas ações em saúde, e terem como base de pensamento em suas ações na sociedade a dinâmica individualista do modelo neoliberal.

Acredita-se que seja mister para a educação física escolar repensar de que modo o conceito de saúde é ensinado na escola. De modo que mudança nas estratégias de ensino do tema possam gerar uma ampliação da visão do campo da

saúde e sua interdisciplinaridade na escola, para que os estudantes de educação básica reconheçam as possibilidades de intervenções públicas em saúde, bem como, as suas responsabilidades diante da saúde coletiva, em detrimento da culpabilização do indivíduo, tangenciada pelo modelo neoliberal.

Certamente, existem limitações no presente estudo, já que observa como alunos de uma rede privada de ensino da educação básica da baixada fluminense atribuem sentido ao tema da saúde, porém se soma a literatura da área que versa sobre artigos e ensaios de maior abrangência na área escolar.

Portanto, devemos pensar ações conjuntas e articuladas sobre o ensino da saúde na escola, apesar dos problemas de condições de trabalho que enfrentam os professores da rede particular ou pública do estado do Rio de Janeiro.

Além disso, pensamos ser importante a preparação continuada de professores da educação básica, divulgando estratégias de ensino para o tema da saúde para serem trabalhados de acordo com as turmas do ensino fundamental e médio.

## REFERÊNCIAS

- ÁGUILA, C.; SICILIA, A. La actividad física en España ante la dialéctica modernidad-posmodernidad: el caso de los centros fitness. *Movimento*, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 1223-1242, jul./set. 2014.
- ALMEIDA-FILHO, N.; COUTINHO, D. Causalidade, contingência, complexidade: o futuro do conceito de risco. *Physis*, v.17, n.1, p.95-137, 2007.
- ALVES, J. Violência e religião na Baixada Fluminense: uma proposta teórico-metodológica. *Revista Rio de Janeiro*, n. 8, p. 59-82, set./dez. 2002.
- ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs.) *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-23.
- AROUCA, A. *A reforma sanitária brasileira*. Tema/Radis, Rio de Janeiro, n.11, p.2-4. 1988.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 1 ed. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BASTOS, W. et al. Epidemia de fitness. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.22, n.2, p.485-496, 2013.
- BAUMAN, Z. *Tempos líquidos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar 2007
- BENTURA, J.; MARIATTI, A. La metamorfosis del trabajo y los procesos de activación. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 131, p. 89-108, jan./abr. 2018
- BETTI, I., BETTI, M. Novas perspectivas na formação profissional em Educação Física. *Motriz - Volume 2, Número 1, Junho/1996*
- BETTI, M. Educação física como prática científica e prática pedagógica: reflexões à luz da filosofia da ciência. *Rev. bras. Educ. Fís. Esp.*, São Paulo, v.19, n.3, p.183-97, jul./set. 2005
- BETTI, I. Esporte na escola: mas é só isso, professor? *Motriz*. v.1, n.1, p. 25 -31, junho. 1999
- BORGES, C.; JESUS, L.; SCHNEIDER, D. Prevenção e promoção da saúde: revisão integrativa de pesquisas sobre drogas. *Psicol. pesq.*, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 5-13, jul. 2018
- BOURDIEU, P. *A economia das trocas simbólicas*. Ed. Perspectiva, São Paulo. 2009
- BOURDIEU, P. *Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998

BRAGRICHEVSKY, M.; et al. Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.15, n.1, p. 1699-1708, 2010

BRACHT, V. Educação Física e ciência: cenas de um casamento (in)feliz. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v.22, n.1, p. 53-63, set. 2000.

BRACHT, V. *Educação Física & ciência: cenas de um casamento (in) feliz*. 4. ed. Unijuí, 2014.

BRACHT, V. et. al. Prática pedagógica em Educação Física: a mudança a partir da pesquisa-ação. *Rev. Bras. Cienc. Esporte, Campinas*, v. 23, n. 2, p. 9-29, jan. 2002.

BRAGRICHEVSKY, M. A formação profissional em educação física enseja perspectivas (críticas) para atuação em saúde coletiva?. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. *Educação Física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção*. Porto Alegre: Ed. da UFRS, 2007.

BRAGRICHEVSKY, M. et al. Sedentário “sem-vergonha”, saudável “responsável”?: problematizando a difusão do “estilo de vida ativo” no campo sanitário. In: BRAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A.; PALMA, A. (Org.). *A saúde em debate na Educação Física*. Ilhéus: Editus, 2007. v. 3, p. 209-229.

BRASIL. Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 23 dez. 1996

BRASIL. Lei nº.9.696, de 01 de setembro de 1998. Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física. *Diário Oficial da União*. nº.168 de 02/09/98. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Superior. Parecer CNE/CES n. 0138/2002. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Educação Física. Brasília, DF:MEC/CNE,2002

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Superior. Resolução nº6, de 18 de dezembro de 2018. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Educação Física. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF. 19 dez. 2018

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura Secretaria de Educação Básica. Parâmetros Curriculares Nacionais do Ensino Médio. Brasília, 2000

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988

BRASIL. *Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: Educação física /Secretaria de Educação Fundamental. Brasília :MEC/SEF, 1997

BELLUZZO, L. Intérpretes do pensamento desenvolvimentista. *Cadernos do desenvolvimento*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 9, p. 420-441, jul.-dez. 2011

BRESSER-PEREIRA, L. Assalto ao Estado e ao mercado, neoliberalismo e teoria econômica. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 23, n. 66, 2009.

BRESSER-PEREIRA, L. Capitalismo Financeiro-Rentista. *Estudos Avançados*, São Paulo, v.32, n.92. p. 17-29, 2018.

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

BUSS, P.; FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 77-93, 2007.

CAMARGO JR., K. As Armadilhas da "Concepção Positiva de Saúde". *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.76, n.1, p.63-76, 2007.

CAMARGO JR, K. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.29, n.5, p.844-846, maio, 2013.

CAMPOS, G.; BARROS, R.; CASTRO, M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.9, n.3, p.745-749, 2004.

CÂNDIDO, C. et al. A representação da Educação Física na 18ª temporada da telenovela *Malhação*. *Rev Bras Educ Fís Esporte*, São Paulo, v.29, n.1, p. 95-106, janeiro-março, 2015.

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

CARVALHO, F. Is this 'it'? An outline of a theory of depressions. *Rev. Econ. Polit.*, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 451-469, set. 2016.

CARVALHO, M.; LUZ, M. Health practices, constructed meanings and senses: theoretical instruments to help the interpretative analysis. *Interface: Comunic., Saúde, Educ.*, v.13, n.29, p.313-26, abr./jun. 2009.

CARVALHO, M.; LUZ, M. Simbolismo sobre "natural" na alimentação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.1, p.147-154, p.2011.

CARVALHO, M.; LUZ, M. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação. *Interface*, Botucatu, v.13, p.29, p.313-326, 2009.

CASEMIRO, J.; FONSECA, A. SECCO, F. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 829-840, março, 2014.

CASTELLANI FILHO, L. *Educação física no Brasil: a história que não se conta*. 19. ed. Campinas: Papirus, 2011.

CASTELLANI FILHO, L. *Política educacional e Educação Física - polêmicas do nosso tempo*. Editora Autores Associados, 1998.

CASTIEL, L.; FERREIRA, M.; MORAES, D. Os riscos e a promoção do autocontrole na saúde alimentar: moralismo, biopolítica e crítica parresíasta. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.5, p. 1523-1532, 2014

CASTIEL, L. *A medida do possível: saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

CELUPPI, I. et al. 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 302-313, abril, 2019 .

CHAMMÉ, S. Corpo e saúde: inclusão e exclusão social. *Saúde e Sociedade*, v.11, n.2, p.3-17, 2002.

CLARINDO, M. *Medicina popular e comunidades rurais do Região da Serra das Almas, Paraná: o amálgama cosmo-mítico-reliogioso tradicional*. 2014. 124f. Dissertação (Mestrado em Gestão do Território - Área de Concentração: Gestão do Território: Sociedade e Natureza) Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2014.

CNDSS. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes sociais da saúde*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz; 2008.

COHN, A. "Caminhos da reforma sanitária", revisitado. *Estudos avançados*. São Paulo , v. 32, n. 93, p. 225-241, agosto. 2018

COHN, A. Reformas da saúde e desenvolvimento: desafios para a articulação entre direito à saúde e cidadania". In: COHN (org.). *Saúde, cidadania e desenvolvimento: pensamento Crítico*. Rio de Janeiro, Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento. 2012

CONFED - CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. *Código de Ética dos profissionais de Educação Física*. Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Educação Física registrados no Sistema CONFED/CREFs. Resolução CONFED n.307. 09 de novembro de 2015. Disponível em: <https://www.confef.org.br/confef/resolucoes/381>

CONFED - CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. *Dispõe sobre a Intervenção do Profissional de Educação Física e respectivas competências e define os seus campos de atuação profissional*. Resolução CONFED n. 046/2002. 18 de Fevereiro de 2002. Disponível em: <https://www.confef.org.br/confef/resolucoes/82>

CORSETTI, B. A análise documental no contexto da metodologia qualitativa: uma abordagem a partir da experiência de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Educação da Unisinos. *UNIrevista*, v. 1, n° 1: 32-46, Unisinos, RS, janeiro 2006

COSTA, T. et al. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. *Interface - Comunicac., Saúde, Educ.*, v.10, n.20, p.363-380, jul/dez, 2006.

CRUZ, M.; OKAMOTO, M.; FERRAZZA, D. O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 20, n. 58, p. 703-714, setembro 2016 .

COSTA, M.; SANTOS, M.; BROTAS, A. A saúde do idoso na televisão: prescrição de estilo de vida saudável. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v.42, n.2, p.262-274, outubro, 2018.

CZRESNIA, D. *Categoria vida: reflexões para uma nova biologia*. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012

CZERESNIA, D., FREITAS, CM. (org). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2009

DAHLGREN G, WHITEHEAD M. *Policies and Strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.

DANTAS, André Vianna. Saúde, luta de classes e o ‘fantasma’ da Reforma Sanitária Brasileira: apontamentos para sua história e crítica. *Saúde debate*, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe3, p. 145-157, Nov. 2018 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000700145&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000700145&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 02 set. 2019.

DARDOT, P. e LAVAL,C. *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. Boitempo, 2016.

DARIDO, S.; RODRIGUES, A.; SANCHES NETO, L. Saúde, educação física escolar e a produção de conhecimentos no Brasil. In: *Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte*, 15, 2007, Pernambuco/, 2007, Anais. Disponível em: <http://www.cbce.org.br/cd/resumos/026.pdf>.

DEATON, Angus. *A grande saída*. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2017

DEVIDE, F.; OLIVEIRA, G.; FERREIRA, M. Ampliando o campo de intervenção da Educação Física escolar a partir da análise da escada da aptidão para toda a vida. *Pensar a Prática*, v.8, n.1, 2005.

DURKHEIM, E. *Sociologia e filosofia*. São Paulo: Ícone, 1994.

ETO, J.; NEIRA, M. Em defesa de uma teoria pós crítica de educação física. *Pensar a Prática*, Goiânia, v. 20, n. 3, jul./set. 2017.

FAIAL, L. et al. A saúde na escola: percepções do ser adolescente. *Rev Bras Enferm* v.72, n.4, p.1017-1026, 2019.

FERREIRA, M. Aptidão física e saúde na educação física escolar: ampliando o enfoque. *Rev. Bras. Cienc. Esporte*, v. 22, n. 2, p. 41-54, jan. 2001

FERREIRA, M.; CASTIEL, L. CARDOSO, M. Sedentarismo mata? Estudo dos comentários de leitores de um jornal brasileiro on-line. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.26, n.1, p.15-28, 2017

FERREIRA, H.; OLIVEIRA, B.; SAMPAIO, J.. Análise da percepção dos professores de educação física acerca da interface entre a saúde e a educação física escolar: conceitos e metodologias. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, Florianópolis, v. 35, n. 3, p. 673-685, jul./set. 2013.

FIGUEIREDO, T.; MACHADO, V. ABREU, M. A saúde na escola: um breve resgate histórico. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.15, p.2, p.397-402, 2010

FIORI, J. *60 lições dos 90: uma década de neoliberalismo*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: o nascimento da prisão*. 38. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

FRAZÃO, P.; MINAKAWA, M. Medicalização, desmedicalização, políticas públicas e democracia sob o capitalismo. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 407-430, maio/agosto 2018

GIDDENS, Anthony. *A transformação da intimidade*. São Paulo: Ed. Unesp, 1994.

GIDDENS, Anthony. *As conseqüências da modernidade*. São Paulo: Ed. Unesp, 1991.

GHIRALDELL, P. *Educação Física progressista; a pedagogia crítico social dos conteúdos e a Educação Física brasileira*. São Paulo: Loyola, 1988.

GHIRALDELLI, P. *Educação Física progressista: a pedagogia crítico-social dos Conteúdos e a Educação Física Brasileira*. 3. ed. Edições Loyola, São Paulo: Brasil, 1991

GOIS JUNIOR, E.; LOVISOLO, H. A educação física e concepções higienistas sobre raça: uma reinterpretação histórica da educação física brasileira dos anos de 1930. *Rev. Port. Cien. Desp., Porto*, v. 5, n. 3, p. 322-328, set. 2005.



GONZALES, N. et al. Projeto EF+: Implicações pedagógicas e nível de conhecimento sobre saúde. *J. Phys. Educ.*, Maringá, v. 29, e2949, 2018.

GRAY, D. E. *Pesquisa no mundo real*. 2.ed. Porto Alegre: Penso, 2012

HARVEY, D. *O neoliberalismo: história e implicações*. São Paulo: Loyola, 2008.

HALLAL, P.C. Promoção da atividade física no Brasil: uma questão que vai além da saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, v.27, n.4, p.620-1, 2011.

IPPOLITO-SHEPARD, J. *Escolas Promotoras de Saúde-Fortalecimento da Iniciativa Regional Estratégias e linhas de ação 2003-2012*. Washington, D.C: OPAS, 2006.

JESUS, R. *Educação física e saúde: conhecimentos e concepções advindas no contexto de ensino médio*. 88 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2018.

KEYNES, J. *A teoria geral do emprego, do juro e da moeda*. São Paulo: Editora Nova Cultural Ltda., 1996.

KNUTH, A.; LOCH, M. “Saúde é o que interessa, o resto não tem pressa”? Um ensaio sobre educação física e saúde na escola. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*, Pelotas/RS, v.19, n.4, p.429-430, julho, 2014

KUNZ,E. A relação teoria/prática no ensino/pesquisa da Educação Física. *Motrivivência*. UFSC, Florianópolis, SC, Brasil. Ano VII, nº 8 Dezembro/1995

KUNZ, E. *Educação Física: ensino e mudanças*. 4. ed. Ijuí, RS: Unijuí, 2012.

LAGOS, R. Sedentarismo, deporte y la presión biopolítica de vivir saludbale: análisis del discurso del sistema élige vivir sano em Chile. *Movimento*, Porto Alegre, v. 22, n. 2, 391-402, abr./jun. de 2016.

LEBARON, F. Sociologia e ciências sociais em tempos de austeridade. *Revista Sociedade e Estado*, v.33, n.22, mai/ago. 2018

LECHOPIER, N. Quatro tensões na saúde pública. *Estudos avançados*, v. 29, n. 83, 2015.

LEFEVRE, F. e LEFEVRE, A. *Promoção da saúde, a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

LEHER, Roberto. A ideologia da globalização na política de formação profissional brasileira. *Revista Trabalho e Educação*, Belo Horizonte, v. 4, p. 119-134, ago. 1998.

LUPTON, Deborah. *Revolting Bodies: the Pedagogy of Disgust in Public Health Campaigns*. Sydney *Health & Society Group Working Paper No. 3*. Sydney: Sydney Health & Society Group, 2013.

LUPTON, D. "Desenvolvendo-me por inteiro": cidadania, neoliberalismo e saúde contemporânea no currículo de Educação Física. *Movimento*, Porto Alegre, v.9, n. 3, p.11-31, set./dez. de 2003.

LUPTON, D. *Medicine as culture, illness, disease and the body*, Londres: Sage, 2012.

LUPTON, D. *Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives*. Cambridge University Press. 1999.

LUZ, M. Educação física e saúde coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. *Educação Física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção*. Porto Alegre: Ed. da UFRS, 2007.

LYOTARD, J. *A condição pós-moderna*. 12a ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2009.

MALTA, D. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiologia Serviço Saúde*, Brasília, v.18, n.1, p.79-86, jan-mar 2009

MARX, K. *O capital*. 3. ed. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 1980.

MATTOS, R.; LUZ, M. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. *Physis*, v.19, v.2, p.489-507, 2009.

MATTOS, R. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface comun. saúde educ*. 2009

MAZZUCHELLI, F. O pioneirismo de Smith. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 11, n. 1 (18), p. 185-192, jan./jun. 2002.

MENDES, A. et al. A contribuição do pensamento da saúde coletiva à economia política da saúde. *Saúde Soc*, São Paulo, v.26, n.4, p.841-860, 2017.

MENICUCCI, T.; BRASIL, F. Construção de agendas e inovações institucionais: análise comparativa da reforma sanitária e reforma urbana. *Revista Estudos de Sociologia*. Araraquara, v. 15, n. 29, p. 369-396

MIAGUSKO, E. Esperando a UPP: Circulação, violência e mercado político na Baixada Fluminense. *Rev. bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 31, n. 91, 2016.

MINAYO, M. C. D. et al. *Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. & SOUZA, E. R. Violência para todos. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 65-78, jan/mar, 1993

MONTEIRO, P.; BIZZO, N. A saúde na escola: análise dos documentos de referência nos quarenta anos de obrigatoriedade dos programas de saúde, 1971-2011. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, n.2, abr.-jun. 2015, p.411-427. v.22, n.2, abr.-jun. 2015.

MORAES, M. Promoção da saúde: visitando conceitos e ideias. *REFACS*, v.5, n.1, p.75-79, 2017.

MORÉS, F.; SILVEIRA, E. Desvelando a concepção de saúde em um grupo de crianças inseridas em atividades de promoção da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 241-250, abr./jun. 2013

MOSQUERA, D.; VILLAMIL, L.; GONZÁLEZ, A. Análisis de publicaciones em promoción de la salud: una mirada a las tendencias relacionadas con prevención de la enfermedad. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá, Colombia, v.14, n.28, p.32-47, 2015.

NAHAS, M. e CORBIN, C. Educação para a aptidão física e saúde: justificativa e sugestões para implementação nos programas de educação física. *Revista Brasileira de ciência e movimento*.1992

NEVES, R. et al. Educação Física na saúde pública: Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, v.23, n.2, p.163-177, 2015.

NOGUEIRA, J.; BOSI, M. Saúde Coletiva e Educação física: distanciamentos e interfaces. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.22, n.6, p. 1913-1922, 2017.

OBSERVATÓRIO SEBRAE. Painel regional: Baixada Fluminense I e II / Observatório Sebrae/RJ. Rio de Janeiro: SEBRAE/RJ, 2016.

OLIVEIRA, V.; MARTINS, I.; BRACHT, V. Projetos e práticas em educação para a saúde na educação física escolar: possibilidades. *Rev. educ. fis.* Maringá , v. 26, n. 2, p. 243-255, junho 2015.

OREIRO, J. “Apoio minhas proposições no conceito de economia monetária de produção”. *Brasil. J. Polit. Econ.*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 561-567, set. 2019

PAIM, J. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.29, n.10, p. 1927-1953, out, 2013

PAIM, J. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008.

PAIM, J. *Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira: Saúde e democracia: a luta do CEBES*. Bahia: Lemos Editorial, 1997.

PAIM, J. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador; EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J.; TEIXEIRA, C. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v.42, n. especial 2, p.11-21, 2018.

PAIM, J. Uma análise sobre o processo da reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009

PAIS, S.; MENEZES, I.; NUNES, J. Saúde e escola: reflexões em torno da medicalização da educação. *Cadernos de Saúde Pública*, v.32, n.5, setembro 2016.

PALMA, A.; ABREU, R.; CUNHA, C. Comportamentos de risco e vulnerabilidade entre estudantes de Educação Física. *Rev Bras Epidemiol*, v.10, n.1, p.117-26, 2007.

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, jan. 2001

PALMA, A. NOGUEIRA, L. Reflexões acerca das políticas de promoção de atividades físicas e saúde: uma questão histórica. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, Campinas, v.24, n.3, p.103-119, 2003.

PEDRAZ, M. La construcción de una ética médico-deportiva de sujeción: el cuerpo preso de la vida saludable. *Salud Pública de México*, v.49, n.1, janeiro/fevereiro 2007.

PÉREZ GÓMEZ, A. Aprender a educar. Nuevos desafíos para la formación de docentes. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, v.68, n.24,2, p. 37-60, 2010.

PETTRES, A.; DA ROS, M. A determinação social da saúde e a promoção da saúde. *Arq. Catarin Med*, v.47, n.3, p.183-196, julho, 2018.

PIÑEIRO, R. Los proyectos de caminata rumbo a la escuela para el conocimiento del entorno y favorecer actitudes y hábitos saludables desde educación infantil. *Educación*, v.27, n.53, p. 177-202, set. 2018.

PRADO, C. Physical activity opportunities in public and private schools from Curitiba, Brazil. *Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.*, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 290-299, maio 2018.

PREFEITURA DE SÃO JOÃO DE MERITI. *O município*. Disponível em: <http://www.meriti.rj.gov.br/a-cidade/>, acessado em 30 de agosto de 2018.

PRÓCHNO, C.; BESSA, W. Os efeitos da contemporaneidade nos centros de atenção psicossocial (CAPS). *Revista Subjetividades*, Fortaleza, v.16, n.3. p. 21-33, dezembro, 2016.

REMONTE, J. A educação física tradicional sofre, mas ainda vive. *Acta Scientiarum. Education*, Maringá, v. 36, n. 1, p. 143-149, janeiro, 2014.

REZENDE, Fernando. *Finanças Públicas*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2010

RIZZOTO, M. As propostas do Banco Mundial para as reformas do setor de Saúde no Brasil nos anos 1990. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v.29, n.70, p.140-147, maio/ago. 2005

ROCHA, M. et al. As teorias curriculares nas produções acerca da educação física escolar: uma revisão sistemática. *Currículo sem Fronteiras*, v. 15, n. 1, p. 178-194, jan./abr. 2015

ROCHA, V. M. CENTURIÃO, C. H. Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. *Educação Física e saúde coletiva*. Políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2007.

ROSSONI, E. Residência na atenção básica à saúde em tempos líquidos. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 1011-1031, setembro 2015.

SADER, E. et al. *10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma*. São Paulo, SP: Boitempo; Rio de Janeiro: FLACSO Brasil 2013.

SALVADOR, E. *A Distribuição da Carga Tributária: quem paga a conta?* In: Seminário do Instituto Rosa Luxemburgo; São Paulo; 2006.

SANTOS, R. SUS: um novo capítulo de lutas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.23, n.6, p.1719-1720, 2018

SANTOS, S.; DA ROS, M. Ressignificando Promoção de Saúde em Grupos para Profissionais da Saúde. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 189-196, junho, 2016.

SEVALHO, G. O “homem dos riscos” e o “homem lento” e a teorização sobre o risco epidemiológico em tempos de globalização. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v.16, n.40, p.7-19, jan./mar. 2012.

SILVA, C; BORBA, P. Encontros com a diferença na formação de profissionais de saúde: juventudes, sexualidades e gêneros na escola. *Saude soc.*, São Paulo , v. 27, n. 4, p. 1134-1146, out. 2018.

SILVA, M. et al. Processo de Acreditação das Escolas Promotoras de Saúde em âmbito mundial: revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 24, n. 2, p. 475-486, fevereiro, 2019.

SILVA-PENA, I. PENA-SANDOVAL, C. Desregulación de la formación inicial docente. Una experiencia neoliberal. *Rev.hist.educ.latinoam.*, Tunja , v. 21, n. 32, p. 137-154, junho 2019.

SILVA, T.; TEIXEIRA, C. Significado político do Mobiliza SUS na Bahia nos óculos de Gramsci, pela lente da reforma sanitária brasileira. *Interface: comunicação, saúde, educação*, v.18, n.2, p.1283-1297, 2014.

SILVA, V. *et al.* O Programa Mais Médicos: controvérsias na mídia, *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v.42, n.117, p.489-502, abr/jun, 2018.

SOARES, C. L. *et al.* *Metodologia do ensino de Educação Física*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2012.

SODRÉ, N. *A farsa do neoliberalismo*. 6 edição – Rio de Janeiro, Graphia, 1999.

SOUSA, P.; MACIEL, S.; MEDEIROS, K. Paradigma biomédico X psicossocial: onde são ancoradas as representações sociais acerca do sofrimento psíquico? *Trends Psychol.*, Ribeirão Preto, v.26, n.2, p. 883-895, junho. 2018.

SOUTO, L; OLIVEIRA M. Movimento da Reforma Sanitária brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde Debate*. v. 40, n. 108, p.204-18. 2016.

SOUZA, L. *et al.* Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2783-2792, agosto, 2019.

SOUZA, N. *et al.* A (des)nutrição e o novo padrão epidemiológico em um contexto de desenvolvimento e desigualdades. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2257-2266, julho 2017.

SPERONI, A. A Era da Vitalidade: uma cartografia do presente. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p.357-367, 2016

TEIXEIRA, L. Do trigo ao trabalho: o caráter instrumental da teoria do valor em Ricardo. *Leituras de economia política*, Campinas, n.13, p.1-27, jan/julho, 2008.

TEIXEIRA, C.; SOLLA, J. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: *Edufba*, 2006.

TESSER, C.; BARROS, N. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 5, p. 914-920, 2008.

TEIXEIRA, S., (org.). Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez Editora, Rio de Janeiro: ABRASCO; 1989.

UNESCO. Um tesouro a descobrir – Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. 2010.

VAGO, T. Início e fim do século XX: Maneiras de fazer educação física na escola. *Cadernos CEDES*, Campinas, v. 19, n. 48, p. 31-50, ago. 1999

VASCONCELLOS-SILVA, et al. As novas tecnologias da informação e o consumismo em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.8, p.1473-1482, ago, 2010.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Revista Temáticas*, Campinas, v.22, n.44, p.203-220, ago./dez. 2014

WARMLING, C.; FAJARDO A.; MEYER DE, B. Práticas sociais de medicalização e humanização no cuidado de mulheres na gestação. *Cad Saúde Pública*, v.34, n.4, 2018;

ZORZANELLI, R.; CRUZ, M. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 70. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22. n. 66, p. 721-31, 2018.

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Institucional



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO INSTITUCIONAL

(Resolução CNS nº 466/2012)

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado(a), declaro ter sido informado(a) dos motivos desta pesquisa.

Entendo que as informações prestadas por mim, pelos alunos do Colégio Fluminense Central serão utilizadas no projeto de pesquisa "Significados atrelados à Promoção da Saúde no contexto escolar: da Reforma Sanitária ao Neoliberalismo", desenvolvido por Ary Sergio Coutinho Barbosa Júnior, aluno do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Exercício e Esporte (PPGCEE) do Instituto de Educação Física e Desportos (IEFD) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Declaro ter compreendido as explicações transmitidas pelo pesquisador, que tem por objetivo analisar os sentidos atribuídos à Promoção da Saúde pelos alunos de Educação Física escolar de 9º ano do Ensino Fundamental e 3º ano de Ensino Médio de uma unidade escolar da rede particular de ensino da região da Baixada Fluminense do estado do Rio de Janeiro.

Compreendo que todas as respostas dos questionários serão utilizadas somente para coleta de dados e produções científicas, resguardando o anonimato dos participantes. Fica claro que a participação dos estudantes do Colégio Fluminense Central totalmente voluntária e que seus responsáveis têm ciência da pesquisa, vide Termo de Consentimento Livre e Esclarecido enviado aos responsáveis. A recusa a participar do estudo não implica qualquer ônus ou prejuízo aos alunos do Colégio. A pesquisa não terá nenhum custo para mim ou para o Colégio, e não receberei qualquer vantagem financeira para participar deste estudo.

Entendo que os resultados poderão contribuir para propostas de melhoria da compreensão da disseminação de conteúdos pedagógicos curriculares sobre o tema da Promoção da Saúde na escola por parte dos professores de Educação Física, das questões que permeiam o entendimento dos estudantes de educação básica sobre o tema da Saúde.

Fica acordado que o pesquisador está ao dispor da direção do Colégio Fluminense Central, sempre que necessário, para esclarecer as nossas dúvidas e responder às perguntas que desejamos fazer, para nos ajudar a compreender quaisquer questões que possam surgir relacionadas ao tema da pesquisa.

Sendo assim, declaro que autorizo a participação dos estudantes do Colégio Fluminense Central nesta pesquisa, ciente que o seu direito de não responder a qualquer pergunta será respeitado, se esta for sua decisão, não importando o(s) motivo(s). Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido Institucional e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) diretor(a) do Colégio  
Fluminense Central

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisador

Qualquer dúvida, entrar em contato com a pesquisador Ary Sergio Coutinho Barbosa Júnior, telefones (21) 98932-2884 ou e-mail [arysergiojr@yahoo.com.br](mailto:arysergiojr@yahoo.com.br).

Caso não consiga encontrar o pesquisador, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-HUPE no telefone (21) 2868-8253 ou e-mail [cep-hupe@uerj.br](mailto:cep-hupe@uerj.br).



## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Responsáveis



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS RESPONSÁVEIS

(Resolução CNS nº 466/2012)

Eu, \_\_\_\_\_ abaixo assinado(a), declaro ter sido informado(a) dos motivos desta pesquisa.

Entendo que as informações prestadas por mim serão utilizadas no projeto de pesquisa "Significados atrelados à Promoção da Saúde no contexto escolar: da Reforma Sanitária ao Neoliberalismo", desenvolvido por Ary Sergio Coutinho Barbosa Júnior, aluno do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Exercício e Esporte (PPGCEE) do Instituto de Educação Física e Desportos (IEFD) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Declaro ter compreendido as explicações transmitidas pelo pesquisador, que tem por objetivo analisar os sentidos atribuídos à Promoção da Saúde pelos alunos de Educação Física escolar de 9º ano do Ensino Fundamental e 3º ano de Ensino Médio de uma unidade escolar da rede particular de ensino da região da Baixada Fluminense do estado do Rio de Janeiro.

Compreendo que todas as respostas dos questionários serão utilizadas somente para coleta de dados e produções científicas, resguardando o anonimato dos participantes. Fica claro que a participação do meu filho (a) ou enteado (a) é totalmente voluntária. A recusa a participar não implica qualquer ônus ou prejuízo a minha pessoa ou ao meu filho (a) ou enteado (a). A pesquisa não terá nenhum custo para mim e não receberei qualquer vantagem financeira para participar deste estudo.

Entendo que os resultados poderão contribuir para propostas de melhoria da compreensão da disseminação de conteúdos pedagógicos curriculares sobre o tema da Promoção da Saúde na escola por parte dos professores de Educação Física, das questões que permeiam o entendimento dos estudantes de educação básica sobre o tema da Saúde.

Fica acordado que o pesquisador está ao meu dispor, sempre que necessário, para esclarecer as minhas dúvidas e responder às perguntas que eu deseje fazer, para me ajudar a compreender quaisquer questões que possam surgir relacionadas ao tema da pesquisa.

Sendo assim, declaro que autorizo a participação do meu filho (a) ou enteado (a) nesta pesquisa, ciente que o seu direito de não responder a qualquer pergunta será respeitado, se esta for sua decisão, não importando o(s) motivo(s). Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) pai, mãe ou responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisador

Qualquer dúvida, entrar em contato com a pesquisador Ary Sergio Coutinho Barbosa Júnior, telefones (21) 98932-2884 ou e-mail [arysergiojr@yahoo.com.br](mailto:arysergiojr@yahoo.com.br).

Caso não consiga encontrar o pesquisador, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-HUPE no telefone (21) 2868-8253 ou e-mail [cep-hupe@uerj.br](mailto:cep-hupe@uerj.br).

## **APÊNDICE C – Questionário**

Este questionário se destina a uma pesquisa no nível de dissertação de Mestrado em Ciências do Exercício e do Esporte, realizada na Universidade UERJ, pelo mestrando Ary Sergio Coutinho Barbosa Júnior, orientado pelo professor Dr. Rafael da Silva Mattos. Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins científicos, sendo as respostas dos pesquisados consideradas pelo seu anonimato, portanto não é necessário colocar seu nome em nenhuma das folhas, nem assinar o documento. Não existem respostas corretas ou erradas, para isso pedimos que responda de acordo sua percepção, entendimento, e vivencia cada reposta.

### **Questionário**

#### **Parte I. Perfil sócio demográfico**

Turma:

Idade:

Sexo: ( ) masculino , ( ) feminino

Profissão do pai:

Escolaridade do pai: ( ) ensino fundamental; ( ) ensino médio ( ) ensino superior

Profissão da mãe:

Escolaridade da mãe: ( ) ensino fundamental; ( ) ensino médio ( ) ensino superior

Cidade:

Bairro:

#### **Questionário perguntas abertas**

##### **Parte II conceito de saúde**

1. Quais palavras lhe vem à cabeça quando se pensa no conceito de “Saúde”?
2. Como você conceitua a palavra “SAÚDE”?

##### **Parte III. Saúde do ponto de vista neoliberal**

1. O que você acha ser preciso para se ter uma boa saúde?
2. Como seus comportamentos em casa (uso de celular, assistir televisão, séries) afetam sua saúde?
3. Caso você passe mal ou tenha alguma doença, você e sua família iriam procurar um hospital público ou uma clínica particular? Onde seria melhor o atendimento médico?
4. Quais comportamentos e atitudes afetam de maneira positiva e negativa sua saúde?
5. Você se acha o único responsável por saúde?
6. Quais produtos você compra ou utiliza para melhorar sua saúde?
7. Está satisfeito com seu estado de saúde atual? Como poderia melhorá-lo?

#### Parte IV. Determinantes sociais da saúde

1. Como você acha que uma política do governo (melhor hospital público, construção de hospitais e postos de atendimento perto de sua casa) pode influenciar sua saúde?
2. O meio ambiente (casas, bairros, acesso a esgoto) melhora ou piora sua saúde de alguma maneira?
3. No seu bairro existem hospitais ou postos de saúde públicos de fácil acesso? Dê exemplo.
4. Onde você mora existem ciclovias?  
 Sim  
 Não
5. Onde você mora existem academias populares?  
 Sim  
 Não
6. Você acredita que sua saúde aumentaria com a construção de uma ciclovia / vila olímpica próximo a sua residência?

Resposta

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Indiferente - Nem concordo, nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

#### Parte V. Saúde na escola

1. Quais matérias / disciplinas da escola você acha que abordam o tema da saúde?
2. Em alguma aula ou projeto na escola você pode aprender mais sobre o tema da saúde? Explique como.
3. Como a disciplina Educação Física faz com que você entenda melhor sua saúde?
4. Você busca informações sobre a palavra saúde no seu dia a dia? Quais temas ligados a saúde você procura?
5. Em quais locais você recebe ou procura informações sobre saúde?  
 jornal  
 rede social (facebook, whatsapp)  
 livros escolares  
 perguntas aos professores da escola  
 informações com meus colegas de classe  
 com parentes ou responsáveis

#### Parte VI. Qualidade de vida e Atividade física, exercício físico

1. O que é qualidade de vida pra você?
2. Como você pensa em ter uma boa qualidade de vida no futuro após se formar na escola?
3. Você pratica atividades físicas regulares?
4. Onde você pratica exercícios físicos?  
a) na rua  
b) na academia  
c) na associação cultural ou ONG  
d) na sua igreja ou organização religiosa

4. Suas atividades físicas são: ( ) gratuitas ( ) pagas

5. Quais atividades você costuma fazer no seu lazer?

( ) uso de celular (jogos, redes sociais)

( ) assistir séries de televisão ou em celular

( ) jogar bola ou praticar esportes com amigos

( ) cochilar, descansar, dormir

( ) ir em shopping, cinema, com família ou amigos

6. Qual sua opinião sobre a prática de exercícios em grupo, com colegas ou amigos?

( ) acho chato

( ) acho muito legal

7. Eu prefiro:

( ) praticar exercício sozinho numa academia de ginástica ou clube (aula de balé, natação, musculação)

( ) praticar esportes de equipes (futebol, vôlei, basquete)

( ) jogar games eletrônicos em casa sozinho

( ) jogar games eletrônicos online em equipes ou em duplas

7.1. Me sinto mais animado/ motivado brincando e fazendo exercícios físicos individuais ou em grupo? Por quê?

8. Vamos supor que a prefeitura do seu bairro estará lançando um programa de promoção da saúde para adolescentes na sua cidade. Dentre as opções listadas abaixo, enumere por ordem de preferência, (onde 01 significa muito importante e 04 menos importante), indique qual equipamento de lazer você acha que deve ser construído primeiro.

.....Quadra de futebol society

.....Quadra de esportes poliesportiva

.....ciclovias

.....academia popular com equipamentos de musculação

outros, quais?.....



9. Você se acha sedentário? Caso sim, explique o porquê.

10. Você acha que pratica exercícios o tempo necessário para sua saúde? Por que?

## Parte VII. Concepções acerca da saúde (Escala Likert)

	Não concordo	concordo pouco	nem concordo, nem discordo	concordo parcialmente	concordo muito
Assinale para cada uma das afirmações o seu grau de concordância.	1	2	3	4	5
1. Saúde é a ausência de doenças.					
2. Saúde se relaciona com meu organismo, minha biologia interna.					
3. Nosso corpo é uma máquina, quando uma peça (órgão) dá problema, vou ao médico.					
4. A pessoa mais preocupada com minha saúde sou eu.					
5. Eu sozinho sou o maior responsável por cuidar da minha saúde.					
6. Se eu não me cuidar, eu ficaria doente.					
7. O governo, as políticas públicas influenciam minha saúde atual.					
8. Onde eu moro afeta minha saúde?					
9. Minha condição financeira determina se minha saúde será boa ou não.					
10. As pessoas que estão ao meu redor, pais, amigos, colegas me ajudam a cuidar da minha saúde?					
11. Existem produtos médicos que se eu comprar irei melhorar minha saúde?					
12. Meu estilo de vida determina como será minha saúde?					
13. Sedentarismo é o maior causador de doenças do Brasil?					
14. Confio em hospitais públicos para cuidar da minha saúde?					
15. No meu bairro existem informações sobre a saúde?					
16. Procuo na internet notícias, páginas em redes sociais, sobre a saúde dos adolescentes?					
17. O sistema público de saúde é eficiente?					
18. Os governantes se preocupam com a saúde da população adolescente?					
19. Atividades de cultura e lazer para jovens são positivas para sua saúde?					

## ANEXO A – Comprovante de aprovação do Comitê de Ética – Plataforma Brasil

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA	
<p>– DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA</p> <p><b>Título da Pesquisa:</b> Significados atrelados à Promoção da Saúde no contexto escolar: da Reforma Sanitária ao Neoliberalismo  <b>Pesquisador Responsável:</b> Ary Sergio Coutinho Barbosa Junior  <b>Área Temática:</b>  <b>Versão:</b> 1  <b>CAAE:</b> 07616818.6.0000.5259  <b>Submetido em:</b> 04/12/2018  <b>Instituição Proponente:</b> Hospital Universitário Pedro Ernesto  <b>Situação da Versão do Projeto:</b> Aprovado  <b>Localização atual da Versão do Projeto:</b> Pesquisador Responsável  <b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio</p>	
	
Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1254666	



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Significados atrelados à Promoção da Saúde no contexto escolar: da Reforma Sanitária ao Neoliberalismo

**Pesquisador:** Ary Sergio Coutinho Barbosa Junior

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 07616818.6.0000.5259

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário Pedro Ernesto

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.177.117