RBCE
Revista Brasileira de Ciências do Esporte

Artigos Originais

A Educação Física nas Residências Multiprofissionais em Saúde no Sul do Brasil: o que mudou em uma década?

Physical Education in Multiprofessional Health Residencies in Southern Brazil: what has changed over a decade?

La Educación Física en las Residencias Multiprofesionales en Salud en el Sur de Brasil: ¿qué ha cambiado en una década?

Felipe Garcia Mallue[a]*, Dianny Caroline Naranjo García[a], Alan Goularte Knuth[a,b]

Palavras-chave:
Sistema Único de Saúde;
Educação Física;
Políticas Públicas em Saúde;
Internato e residência.

RESUMO
O escopo do estudo foi analisar comparativamente a oferta de vagas a profissionais de Educação Física nas Residências Multiprofissionais em Saúde em 2015 e 2025 na região Sul do Brasil, considerando áreas de ênfase, núcleos articulados e ações afirmativas. Trata-se de um estudo documental, baseado no Exame Nacional de Residência e em editais institucionais. Os resultados evidenciam um aumento de vagas de 43 para 54 e a inclusão da Educação Física em novas áreas, indicando a admissão de seus saberes nas equipes multiprofissionais. Conclui-se que a área avança na consolidação de sua legitimidade no Sistema Único de Saúde, sendo as residências um espaço-chave para essa inserção.

Keywords:
Unified Health System;
Physical Education;
Public Health Policies;
Internship and residency.

ABSTRACT
The scope of the study was to comparatively analyze the availability of positions for Physical Education professionals in Multiprofessional Health Residency Programs in 2015 and 2025 in the Southern region of Brazil, considering areas of emphasis, articulated cores, and affirmative actions. This is a documentary study, based on the National Residency Examination and institutional calls for applications. The results show an increase in the number of positions from 43 to 54 and the inclusion of Physical Education in new areas, indicating the acceptance of its knowledge within multiprofessional teams. It is concluded that the field is advancing in consolidating its legitimacy within the Unified Health System, with residency programs being a key space for this integration.

[a]Universidade Federal de Pelotas, Escola Superior de Educação Física e Fisioterapia. Pelotas, RS, Brasil.
[b]Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil.

***Autor correspondente:**
Felipe Garcia Mallue
E-mail: felipegarciamallue23@gmail.com

Recebido em 26 de fevereiro de 2026; aceito em 14 de agosto de 2026.

Editores(as) responsáveis:

Editor Executivo: Pedro Otavio Pimpim Bezerra

Editor Associado: Christiane Macedo

Editor Assistente: Eduardo Klein Carmona

Editor Final: Ari Lazzarotti Filho

DOI: https://doi.org/10.1590/rbce.48.e20260027

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Palabras clave:
Sistema Único de Salud;
Educación Física;
Políticas Públicas de Salud;
Internado y residencia.

RESUMEN
El alcance del estudio fue analizar comparativamente la oferta de vacantes para profesionales de Educación Física en las Residencias Multiprofesionales en Salud en 2015 y 2025 en la región Sur de Brasil, considerando áreas de énfasis, núcleos articulados y acciones afirmativas. Se trata de un estudio documental, basado en el Examen Nacional de Residencia y en convocatorias institucionales. Los resultados evidencian un aumento de vacantes de 43 a 54 y la inclusión de la Educación Física en nuevas áreas, lo que indica la admisión de sus saberes en los equipos multiprofesionales. Se concluye que el área avanza en la consolidación de su legitimidad en el Sistema Único de Salud, siendo las residencias un espacio clave para esta inserción.

INTRODUÇÃO

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), caracterizadas como programas de pós-graduação *lato sensu* na modalidade ensino-serviço destinados à formação prática-teórica e interdisciplinar, têm se apresentado como espaço de inserção de profissionais no Sistema Único de Saúde (SUS), dentre eles o núcleo de Educação Física (EF) (Brasil, 2009). A inserção vem ocorrendo paulatinamente quando comparada a outras profissões, por exemplo, enfermagem, psicologia e nutrição (Silva et al., 2021). Ainda assim, configura-se como uma conquista relevante tanto para a profissão quanto para a população, que passa a se beneficiar das intervenções e dos conhecimentos produzidos por tais profissionais.

Em um contexto geral do SUS, a densidade de Profissionais de Educação Física (PEF) por 10.000 habitantes de 2008 a 2022 aumentou nos três níveis: na Atenção Primária (de 0,0008/10.000 para 0,2887/10.000), na Atenção Hospitalar (de 0,0017/10.000 para 0,0224/10.000) e na Atenção Especializada Ambulatorial (de 0,0016/10.000 para 0,0541/10.000) (Bernardo et al., 2024). Quando tratamos especificamente das RMS, que se articula com todos esses níveis, as últimas produções vêm apresentando um horizonte da distribuição de tais profissionais ao nível nacional (Alves et al., 2025; Paiva et al., 2022), demonstrando uma permanente desigualdade entre as profissões, com mais atuação de PEF na ênfase em saúde da família e com as regiões Nordeste e Sul, respectivamente, com maior quantitativo de RMS.

Em um panorama histórico das residências, Silva (2018) tece a importância de dois conceitos: a integralidade e a interdisciplinaridade como perspectiva de estar consoante com o conceito ampliado de saúde e, consequentemente, com o SUS. Nesse quadro, o fortalecimento da incorporação de PEF e, portanto, das práticas corporais e atividade física (PCAF) faz jus, em um primeiro momento, a esse cuidado multifacetado e ao direito ao acervo cultural do movimento. Nesse âmbito, é fundamental entender como vem ocorrendo a distribuição desses profissionais que, assim como as outras profissões, contribuem para um cuidado integral dos usuários.

Recentemente, Manske et al. (2024) desdobram pistas importantes sobre a EF nas residências multiprofissionais, a saber: (1) os currículos de formação inicial da EF apresentam distanciamento dos princípios do SUS e da Saúde Coletiva, ainda com uma formação predominantemente biomédica; (2) o trabalho em saúde não pode ser considerado puramente técnico, mas compreendido como um trabalho vivo, circundado por saberes, práticas, poderes, afetos e interesses que permitem sempre novas formas de produzir saúde; (3) a tensão entre a macropolítica (leis, regulamentos) e a micropolítica (o sistema real) apresenta a possibilidade de um trabalho criativo e reflexivo, formando um novo tipo de profissional centrado na dimensão humana, com compromisso ético e político alinhado aos princípios do SUS.

A incipiência da literatura entre o enlace da EF e RMS é reconhecida (Manske et al., 2024). Um dos possíveis fatores associados a isto é que, embora as RMS caracterizem-se por uma atuação ensino-serviço e que sejam produzidos os Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR) ao final deste processo, a conversão em artigos científicos é pouco verificada. Aliás, há a ausência de repositórios para armazenar estes trabalhos, que nos confere uma pista para compreender tal limitação. Nesse percurso, é imperativo novas produções de conhecimento, particularmente, com o acompanhamento da distribuição dos PEF, possibilitando a identificação do estado atual do campo e das direções para as quais vem se orientando, de modo a subsidiar novos diálogos e pleitos em defesa desses profissionais no SUS.

Diante do exposto, após uma década de realização do estudo de Xavier e Knuth (2017), que mapearam a EF em programas de RMS no Sul do Brasil no ano de 2015, surge a seguinte inquietação: qual o panorama atual e comparativo da inserção de PEF no SUS a partir das RMS? Nessa linha de raciocínio, o presente estudo teve como escopo realizar uma comparação do mapeamento da oferta de vagas em EF para as RMS na região Sul do Brasil entre os anos de 2015 e 2025, além de buscar compreender quais ênfases em que estes profissionais estão inseridos, os núcleos que se articulam com a EF nas equipes multiprofissionais e a discussão acerca das ações afirmativas.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa documental descritiva-exploratória sobre a inserção da EF nas RMS na região Sul do Brasil (Paraná, Santa

Catarina e Rio Grande do Sul). Além disso, situa-se como um trabalho comparativo na medida em que contrastou os achados com a pesquisa de objetivo similar realizada para o ano de 2015 por Xavier e Knuth (2017).

A busca pelos materiais ocorreu entre os meses de outubro e dezembro de 2025, visando alcançar materiais que consolidem um panorama para o ano de 2025. Nesse caminho, utilizaram-se os seguintes percursos metodológicos: (1) busca no site de Exame Nacional de Residência (ENARE); (2) procura por editais fornecidos pelas universidades, instituições de saúde pública e bancas que realizaram as provas; (3) averiguação das contas institucionais das residências pelo *Instagram* e (4) verificação de todos os programas indicados no estudo anterior e também varredura de outros estudos presentes na literatura (Alves et al., 2025; Paiva et al., 2022). Salienta-se que as residências uniprofissionais foram excluídas deste processo, prevalecendo somente as residências multiprofissionais, para manter a comparabilidade com o estudo original.

Foram priorizadas as variáveis com fins de análise comparativa, ou seja, nome do programa, instituição proponente (instituição de ensino superior e instituição de serviço de saúde), localização geográfica (cidade e estado), número de vagas para PEF, ênfase do programa de RMS e outras profissões articuladas com a EF. No presente estudo, a habilitação de formação do PEF não foi considerada, diferentemente do artigo em comparação, na medida em que o ENARE e os editais, métodos principais adotados de busca, passaram a restringir a atuação nas RMS aos egressos do bacharelado em EF.

Visando garantir a seguridade dos dados, ao final da coleta, realizou-se uma dupla conferência das informações, além da leitura dos materiais por um segundo autor, com vistas à identificação de possíveis divergências, à comparação dos achados e à verificação de outros programas que ainda não estavam instituídos no período inicialmente analisado. Por não haver a presença de coleta de dados com seres humanos, o trabalho em tela não teve a necessidade de tramitar pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Para organização e análise do material, utilizou-se o *software Microsoft Excel* versão 2016® a partir de suas planilhas. Em adição, foram elaborados gráficos, figuras e descrições dos achados.

RESULTADOS

Tendo como referência os editais de ingresso nos programas de residência dos anos de 2015 e 2025, identificou-se, na região Sul do país, uma reconfiguração da oferta de vagas destinadas aos PEF. No período analisado, foram identificadas 11 novas vagas (seja com a criação de novos programas ou acréscimo de vagas em programas já existentes) que passaram a contemplar a EF. Essas novas ofertas, entretanto, ocorreram simultaneamente a reduções e supressões de vagas em programas previamente existentes. Em 2025, o Rio Grande do Sul foi o estado que apresentou maior quantitativo de vagas (N=26), seguido de Santa Catarina (N=16) e Paraná (N=12). Quando contrastado com o ano de 2015, verificou-se um aumento de 5 vagas no Rio Grande do Sul, 8 no Paraná e a diminuição de 2 vagas em Santa Catarina (Quadro 1).

Em relação aos programas que criaram e extinguiram vagas para PEF, observou-se que os municípios de Apucarana, Guarapuava e Ponta Grossa (PR), Balneário Rincão, Imbituba, Videira, São José (SC), Santa Rosa, Pelotas e Passo Fundo (RS) receberam a criação de RMS quando comparados ao ano de 2015. No entanto, também houve extinções, como no caso de Curitiba (PR) e Piçarras, Brusque, Itajaí, Itapema (SC). O estado do Rio Grande do Sul não apresentou supressões (Quadro 1).

A distribuição territorial dos programas de RMS que contemplaram a EF também se modificou no período analisado. Em 2015, observava-se menor dispersão geográfica desses programas na região Sul, enquanto em 2025 houve ampliação do número de municípios/instituições com oferta de programas e, consequentemente, de vagas para PEF, indicando maior interiorização dessa política (Figura 1).

As ênfases dos programas também foram documentadas. Dessa forma, as áreas de Saúde da Família/Atenção Básica (+4), Saúde Mental (+3), Saúde Coletiva (+1) e Saúde da Mulher (+1) contemplaram vagas inéditas aos PEF. Ainda, houve inserções em novas áreas de concentração, como: Saúde do Trabalhador (+1), Reabilitação Psicossocial (+2), Reabilitação (+1) e Saúde Renal (+1). Somente duas ênfases de 2015 não permaneceram, sendo elas: Saúde integral/drogas e hospitalar cardiometabólica (Gráfico 1).

No Gráfico 2, observa-se que, em relação aos núcleos profissionais articulados com a EF, ocorreu aumento nos núcleos da enfermagem, psicologia, nutrição, fisioterapia, serviço social, farmácia, odontologia, terapia ocupacional, biologia, biomedicina, física médica, medicina veterinária, saúde coletiva e fonoaudiologia (Gráfico 2).

Apurou-se, a partir dos editais disponíveis e do ENARE, as ações afirmativas com reserva de vagas para pessoas negras e pardas (PNP), pessoas com deficiência (PCD), indígenas e quilombolas. Nesse sentido, Apucarana (PR), Pelotas, Rio Grande e Santa Cruz do Sul (RS) ofertaram uma vaga para PNP, enquanto Londrina (PR) disponibilizou duas vagas. Para PCD, Apucarana (PR), São Lourenço do Sul (RS) e Santa Cruz do Sul (RS) destinaram uma vaga cada, enquanto Londrina (PR) novamente disponibilizou duas vagas. Por fim, apenas Londrina (PR) ofertou vagas para pessoas indígenas, totalizando duas vagas. Ademais, quando se analisa o valor de inscrição para a realização das provas das residências, o menor valor foi de R$ 175,35 (Criciúma-PR) e o maior de R$ 360,00 (Porto Alegre-RS e Ponta Grossa-PR). Ressalta-se que todos os editais preveem o pagamento de taxa de inscrição, exceto nos casos em que há possibilidade de solicitação de isenção, desde que o candidato se enquadre nos critérios.

Quadro 1. Descrição dos programas de RMS que incluem a Educação Física na Região Sul do Brasil, respectivas ênfases e número de vagas ofertadas em 2015 e 2025.

Estado	Cidade	Ênfase (2025)	Vagas em 2015	Vagas em 2025	Variação
Paraná	Apucarana (MAS)	Atenção Básica	SP	5	+5
	Curitiba (PUCPR)		1	SP	-1
	Guarapuava (UNICENTRO)	Saúde da Família	SP	2	+2
	Londrina (UEL)	Saúde da mulher	2	2	
		Saúde da Família	1	1	0
	Ponta Grossa (HU-UEPG)	Reabilitação	SP	2	+2
Total Paraná			4	12	+8
Santa Catarina	Criciúma (UNESC)	Saúde Coletiva	3	2	+2
		Atenção Básica		1	
		Reabilitação psicossocial		2	
	Florianópolis (UFSC)	Saúde da Família	7	1	-2
	Florianópolis (ESP)	Saúde da Família		4	
	São José (IPQ)	Saúde mental		1	
	São José (UFSC)	Saúde da Família		1	
	Balneário Rincão, Imbituba, Videira, São José (ESPSC)[1]	Saúde da Família e da comunidade	SP	4	+6
	Piçarras, Brusque, Itajaí, Itapema (ESP)	Saúde da Família	8	SP	-8
Total Santa Catarina			18	16	-2
Rio Grande do Sul	Santa Rosa (FUMSSAR)	Saúde da Família	SP	1	+1
	Passo Fundo (HC)	Saúde mental	SP	1	+1
	Pelotas	Saúde da criança	SP	2	+5
		Saúde da mulher	SP	1	
		Saúde da Família	SP	1	
		Saúde mental	SP	1	
	Porto Alegre (HCPA)	Saúde da criança	8	2	-2
		Saúde do adulto e idoso		1	
		Saúde mental		1	
		Reabilitação psicossocial		1	
		Saúde renal		1	
	Canoas[1], Esteio, Porto Alegre, Sapucaia do Sul (ESP)[2]	Saúde Coletiva	4	1	-2
		Saúde mental		1[3]	
	Rio Grande (FURG)	Saúde da Família	1	1	0
		Atenção hospitalar	2	2	
	Santa Cruz do Sul (UNISC)	Saúde do trabalhador	1	2	+1

[1]Os municípios foram agrupados por compartilharem o mesmo processo seletivo da RMS. [2]Em 2015, os municípios de Canoas, Esteio, Porto Alegre e Sapucaia do Sul foram contemplados pela Escola de Saúde Pública. Em 2025, mantiveram-se Sapucaia do Sul, São Lourenço e um município não especificado. Para fins comparativos, São Lourenço foi apresentado isoladamente na tabela; [3]A seleção baseia-se em classificação geral, exigindo do candidato EF pontuação elevada para garantir sua inserção e a representatividade da área na residência; O quadro sistematiza os Programas de RMS que contemplam a EF na Região Sul do Brasil, apresentando as respectivas ênfases, instituições, número de vagas ofertadas em 2015 e 2025 e a variação observada no intervalo analisado, considerando tanto a criação de novas ofertas/programas quando reduções e supressões em programas previamente existentes; SP: Sem Programa identificado/oferta de vagas aos PEF;
Fonte: Enare, editais específicos das instituições e mídias sociais, 2025.

Quadro 1. Continuação...

Estado	Cidade	Ênfase (2025)	Vagas em 2015	Vagas em 2025	Variação
Rio Grande do Sul	Santa Maria (UFSM)	Saúde da Família	2	2	0
	São Lourenço do Sul (ESP)	Saúde mental coletiva	1	2	+1
	Uruguaiana (UNIPAMPA)	Saúde Coletiva		1	
		Saúde mental	2	1	0
Total Rio Grande do Sul			21	26	+5
Total Região Sul			43	54	+11

[1]Os municípios foram agrupados por compartilharem o mesmo processo seletivo da RMS. [2]Em 2015, os municípios de Canoas, Esteio, Porto Alegre e Sapucaia do Sul foram contemplados pela Escola de Saúde Pública. Em 2025, mantiveram-se Sapucaia do Sul, São Lourenço e um município não especificado. Para fins comparativos, São Lourenço foi apresentado isoladamente na tabela; [3]A seleção baseia-se em classificação geral, exigindo do candidato EF pontuação elevada para garantir sua inserção e a representatividade da área na residência; O quadro sistematiza os Programas de RMS que contemplam a EF na Região Sul do Brasil, apresentando as respectivas ênfases, instituições, número de vagas ofertadas em 2015 e 2025 e a variação observada no intervalo analisado, considerando tanto a criação de novas ofertas/programas quando reduções e supressões em programas previamente existentes; SP: Sem Programa identificado/oferta de vagas aos PEF;
Fonte: Enare, editais específicos das instituições e mídias sociais, 2025.

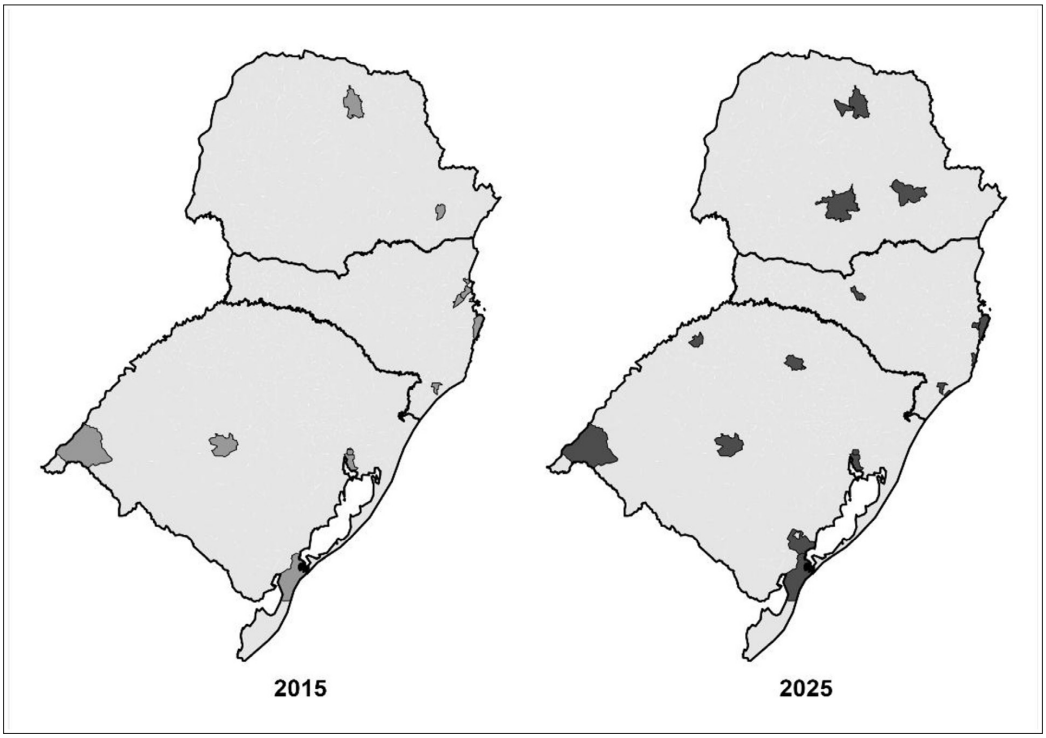

Figura 1. Municípios com EF nas RMS. Estados de Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul com demarcações dos municípios com EF nas RMS em 2015 e 2025.
Fonte: Autores, 2025

DISCUSSÃO

Os resultados indicam a ampliação da inserção dos PEF nas RMS da região Sul entre 2015 e 2025, expressa pelo aumento do número de vagas (43 para 54), pela diversificação das ênfases (inclusão da Saúde do Trabalhador, Reabilitação Psicossocial, Reabilitação, Saúde Renal e Atenção hospitalar) e pela descentralização territorial dos programas (ampliação das cidades de Apucarana, Guarapuava, Ponta Grossa, São José, Balneário Rincão, Imbituba, Videira, Santa Rosa, Passo Fundo e Pelotas).

Dentre as regiões, destaca-se o papel do estado do Rio Grande do Sul pelo maior quantitativo de vagas e pela ausência de supressões no período analisado, em contraste com os movimentos de criação e extinção observados nos estados do Paraná e de Santa Catarina.

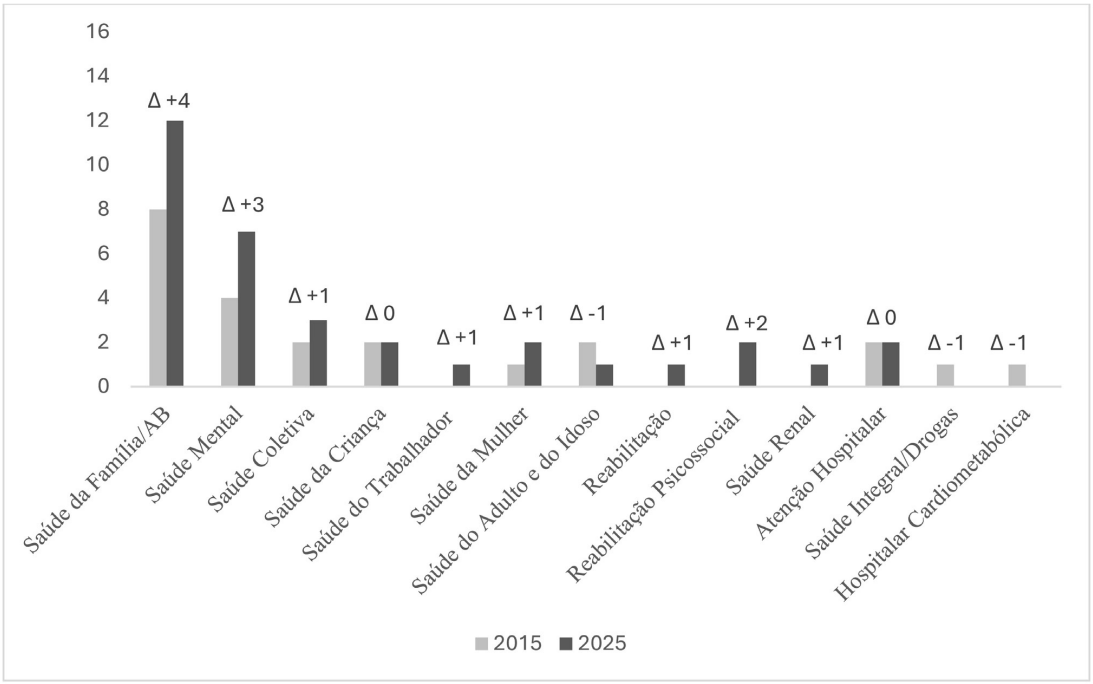

Gráfico 1. Ênfase dos programas de RMS nos anos de 2015-2025. O gráfico compara as ênfases dos Programas de RMS nos anos de 2015 e 2025, permitindo identificar tendências de expansão, redução ou manutenção das áreas de atuação ao longo do período. Δ = diferença absoluta entre 2025 e 2015.
Fonte: autoria própria.

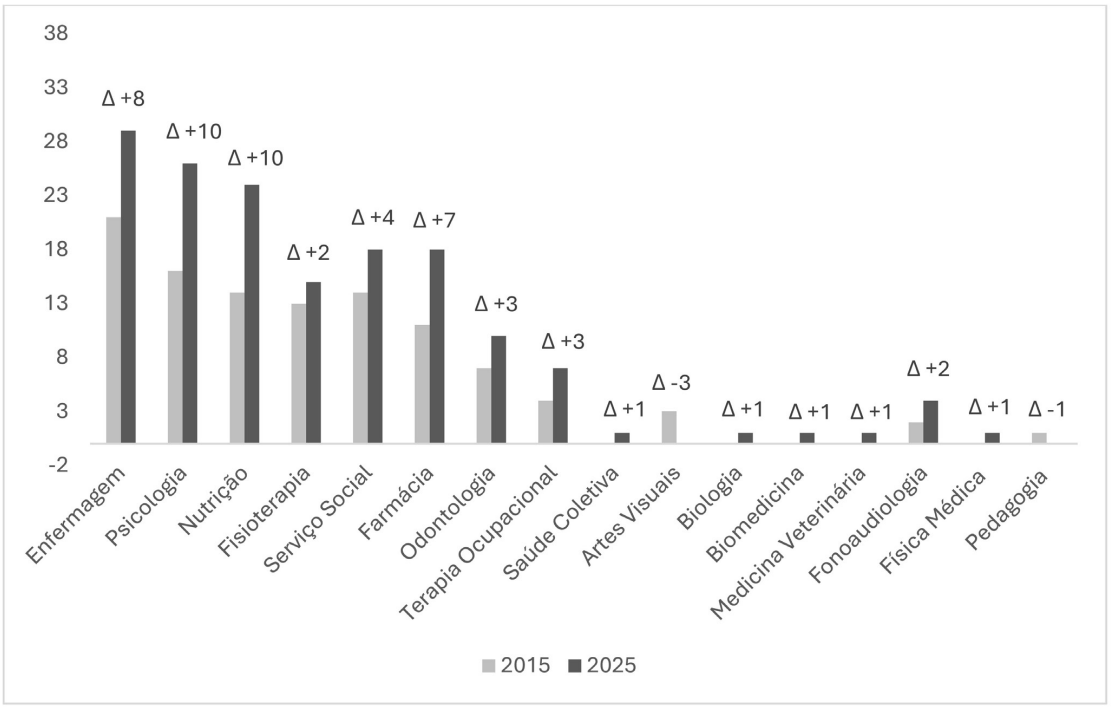

Gráfico 2. Comparativo dos núcleos articulados com a EF. Distribuição e comparação dos núcleos articulados com a EF nos programas de residência analisados. Δ = diferença absoluta entre 2025 e 2015.
Fonte: autoria própria.

Mantiveram-se em foco as áreas de Saúde da Família e Saúde Mental, enquanto outras novas áreas foram incorporadas, ampliando o campo de atuação de PEF. Identificou-se também a ampliação da articulação com outros núcleos profissionais (Saúde Coletiva, Biologia, Biomedicina e Medicina Veterinária), indicando a diversificação do escopo multiprofissional das RMS. No que se refere às ações afirmativas, estas permanecem

concentradas em poucos municípios. Dos 28 analisados, apenas seis previam reservas de vagas, totalizando 13 das 54 que incluíam a EF. Soma-se a isso o valor elevado das taxas de inscrição, elemento que pode representar barreira adicional de acesso. Esses aspectos sinalizam limites importantes na consolidação de estratégias de democratização e equidade no ingresso às RMS.

A descrição e comparação da oferta de vagas para EF nas RMS na região Sul do Brasil possibilitam indicar consolidações, oportunidades e defasagens nesta área após um período de uma década. Além disso, é evidente o movimento propositivo de inserção de PEF no SUS, como a criação da agenda da Política Nacional de Atividade Física e Práticas Corporais (CBCE, 2026). Logo, torna-se necessário investigar as residências, ainda incipientes na literatura, como parte integrante dessa rede de cuidados.

A partir disso, os achados desse estudo, como o aumento no número de vagas para PEF nas RMS na região Sul, corroboram com outros levantamentos nos quais essa região se encontra entre as maiores fornecedoras de espaços para estes profissionais (Alves et al., 2025; Paiva et al., 2022; Vieira et al., 2023). Estudo de Santos et al. (2021) demarcou que em regiões com maior poder aquisitivo, como a Sul, frequentemente concentram mais profissionais de saúde no SUS, respaldando o achado. Em especial, ao Rio Grande do Sul, pressupõem-se alguns motivos, a saber: (1) este estado projetou a primeira residência multiprofissional no ano de 1978 a partir da Escola de Saúde Pública; (2) confere a implementação em polos dispersos pelo estado, não concentrando-se exclusivamente nas capitais; (3) universidades públicas (UFPEL, FURG, UFSM, UNIPAMPA) com trajetórias consolidadas no campo da saúde, em políticas de indução e formação de trabalhadores e, assim, com uma aproximação maior do trabalho multiprofissional.

No contraste com 2015, percebe-se que, no Rio Grande do Sul, houve movimento de descentralização dos programas anteriormente concentrados na capital, com expansão para municípios da região Norte, como Passo Fundo e Santa Rosa, e na região Sul, como o exemplo de Pelotas. O estado do Paraná, por sua vez, incorporou o município de Apucarana, na região Centro-Norte, e Ponta Grossa ao Centro-Leste, bem como Guarapuava, localizada na região Centro-Sul, totalizando 8 novas vagas para a EF neste estado. Em contrapartida, deixou de destinar vagas à capital, Curitiba. Em Santa Catarina, manteve-se praticamente a mesma dinâmica observada em 2015, com ofertas concentradas na região litorânea do estado, à exceção do acréscimo do município de Videira, situado em área mais central.

As supressões de vagas em Santa Catarina e no Paraná podem ser compreendidas a partir das decisões de gestão dos programas e das disputas simbólicas e concretas no interior do campo da saúde. À luz de Bourdieu (1989), entende-se que as profissões e os profissionais ocupam posições desiguais nesse campo, conforme acumulam capitais científico, cultural e social, os quais, quando reconhecidos, convertem-se em capital simbólico, conferindo prestígio e legitimidade. Nesse sentido, uma das hipóteses é que núcleos profissionais como enfermagem, nutrição e psicologia, pelo maior número de vagas e pelo maior tempo de inserção na saúde pública, tendem a deter maior legitimidade nas RMS. A EF, por sua vez, parece ocupar uma posição mais vulnerável às mudanças institucionais, possivelmente em razão de sua trajetória mais recente no SUS. Reconhece-se, no entanto, que podem existir outros fatores envolvidos, os quais extrapolam os limites deste trabalho.

O caso do município de Curitiba ilustra essa dinâmica. Embora a residência com ênfase em Saúde do Idoso tenha permanecido ativa, o núcleo da EF, presente em 2015, deixou de ser contemplado após o edital de 2022 (Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2022). Assim, a extinção ou supressão de vagas, sejam por questões financeiras, reorganização dos serviços e/ou mudanças nas gestões, pode respingar em áreas menos consolidadas e ainda em disputa nesse campo. No entanto, quando comparado a si mesmo, o aumento de 11 vagas, embora de maneira paulatina, nos leva a crer em uma certa ampliação do capital simbólico da EF, isso decorrente da inserção desse profissional em diversas políticas públicas, do aumento da produção da EF articulada ao SUS, e da defesa de pesquisadores e profissionais da área para que o conhecimento dessa profissão seja entregue à sociedade.

Para além disso, o processo de interiorização das residências nos estados é fundamental. Por exemplo, quando se examina o Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil (AtlasBR, 2013), constata-se que as capitais apresentam melhores índices de desenvolvimento humano (IDH). À guisa de exemplo, Porto Alegre e Florianópolis registraram, respectivamente, 0,805 e 0,847 (muito alto). Contudo, à medida que os territórios se desconcentram desses centros urbanos, alcançam-se municípios como São Lourenço do Sul, que apresentou o pior índice dentre os municípios analisados, de 0,687, enquadrando-se na faixa de desenvolvimento médio. Ademais, nenhum dos municípios do estudo figurava entre os 100 piores índices dos seus respectivos estados. Pelo exposto, ainda que existam avanços, é necessário continuar ampliando o alcance das RMS, para que sujeitos localizados em territórios menos desenvolvidos também tenham seu direito à saúde e ao lazer concretizados.

Recentemente, foi instituída a Política Nacional de Residências em Saúde (PNRS) (Brasil, 2025), após amplo processo de requerimento nacional pelas coordenações e residentes. Seus princípios e diretrizes dialogam com a necessidade territorial apontada acima, a saber: equidade na distribuição territorial e das vagas de residência em saúde, bem como atenção a territórios prioritários. Nesse sentido, após a consolidação dessa política, indica-se a importância da sequência

de estudos comparativos locais e nacionais, visando identificar possíveis impactos dessa portaria.

A presença acentuada dos PEF concentra-se na ênfase de Saúde da Família, perspectiva apontada também ao nível nacional (Alves et al., 2025; Paiva et al., 2022). Conforme demonstrado por Bandeira et al. (2022), a predominância dos PEF no SUS encontra-se na APS, movimento impulsionado pela criação do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2011). Além disso, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (Brasil, 2006), marco histórico para a inserção das PCAF em estratégias de promoção da saúde, já indicava a centralidade do cuidado integral nesse nível de atenção. Nesse mesmo nível, pode-se citar o Programa Academia da Saúde (PAS) (Brasil, 2013a), o Programa Saúde na Escola (PSE) (Brasil, 2007) e o Incentivo Financeiro à Atividade Física (IAF) (Brasil, 2022), em que, em todos esses espaços, as PCAF aparecem como foco principal, ou complementar, estão inseridos na lógica da estratégia da Saúde da Família, respaldando tal achado.

Nessa ótica, considerando a inserção do PEF na ênfase de Saúde da Família, sua atuação tende a ser orientada, diante dos princípios do SUS, na construção de vínculos entre profissional, usuário e unidade, orientando-se por um olhar ampliado em direção à saúde. Tal perspectiva pressupõe a construção de um cuidado contínuo ao longo do tempo, com acesso a práticas contextualizadas e socialmente significativas para a população, buscando tensionar intervenções estritamente centradas na racionalidade biomédica e na culpabilização do indivíduo, pouco pertinentes aos princípios do SUS (Carvalho et al., 2017; Carvalho et al., 2022; Knuth e Antunes, 2021). Verifica-se, ainda que de forma incipiente, a presença da EF na ênfase de Saúde Coletiva, o que pode constituir um espaço direcionador para uma oferta de PCAF mais coerente com a realidade da sociedade brasileira, visto que suas bases epistemológicas se orientam pela concepção ampliada de saúde, incorporam os determinantes sociais e valorizam a subjetividade e a cultura dos territórios.

No entanto, elenca-se que as RMS exigem, de forma unânime, a formação em bacharelado para atuação em contraponto com o estudo de comparação no qual ambas as formações (licenciatura e bacharelado) possuíam direito legal para exercer o trabalho nas RMS (Brasil, 2013b). É necessário reconhecer que as pressões mercadológicas e políticas (Ramalho e Cardoso, 2021) obtiveram êxito também nas RMS ao restringir o acesso aos bacharéis neste cenário. Essa delimitação, embora em conformidade com a lei, é passível de questionamento quando nos propomos a comparar seus referenciais com os valores do SUS. Em consonância, Castellani (2016) indica que a formação em bacharel pouco se coaduna com a concepção de saúde das políticas públicas, permanecendo, em grande medida, marcada pelo tecnicismo e afastada das realidades dos territórios e dos usuários do SUS (Bandeira et al., 2022). Este é um território vivo de disputa, também permeado pelas recentes alterações nas diretrizes curriculares da EF, e que ainda evoca debates sobre a formação mais apurada para contemplar o SUS e as políticas públicas.

Essa crítica torna-se ainda mais relevante quando articulada às novas ênfases identificadas nas RMS, como Reabilitação psicossocial, Saúde do Trabalhador, Saúde Renal e Atenção Hospitalar. Essas áreas demandam competências que ultrapassam a prescrição de exercícios físicos, exigindo compreensão ampliada do processo saúde-doença, atuação territorial, trabalho interprofissional e articulação em rede. No entanto, em busca complementar realizada nos currículos dos cursos de bacharelado em EF de universidades da região Sul, como UFPel, FURG, UFRGS, UFSC e UEL, identificou-se apenas a disciplina "Educação Física, Território e Rede Intersetorial em Saúde" (ofertada pela UFRGS) como componente curricular que parece dialogar mais diretamente com essas novas ênfases. Para além dessa disciplina, a presença de componentes voltados ao SUS e/ou à Saúde Coletiva, embora necessária, parece insuficiente para preparar o bacharel para a complexidade do trabalho no SUS e, particularmente, nas RMS. Esse cenário sugere um possível descompasso entre a formação profissional e as exigências concretas do trabalho em saúde.

Quando observamos a revisão sobre a integração entre Saúde Coletiva e os currículos da licenciatura desenvolvida por Dahlke e Fraga (2025), percebe-se que as raízes desse problema vão além da divisão entre licenciatura e bacharelado, pois o retrato é unívoco, uma vez que o trato da saúde se ancora na perspectiva do esporte e do treinamento físico, orientados por uma racionalidade biomédica independente do curso. A Saúde Coletiva, com sua perspectiva crítica e humanista, é um caminho propício para aproximar os futuros profissionais do SUS, no entanto, sua consolidação nos cursos de EF, seja na licenciatura ou no bacharelado, ocorre de maneira pontual e isolada, restrita em grande parte à disciplina optativa, dificultando seu processo formativo (Dahlke e Fraga, 2025). Nesse sentido, cabe modificar a lente pela qual esse objeto vem sendo tratado, transferindo-se de uma perspectiva mercadológica para outra que vise à formação crítica em saúde desses profissionais, sejam licenciados ou bacharéis.

Outro ponto crucial destina-se às ações afirmativas, tema pouco abordado nos estudos referentes às RMS. Sabe-se que o acesso à educação e ao trabalho de pessoas negras, pardas e indígenas é, ainda, inferior ao de pessoas brancas (IBGE, 2022), cenário que se relaciona às marcas históricas de mais de três séculos de escravidão e às persistentes desigualdades estruturais no país. Nesse contexto, entre os programas que ofertavam vagas para PEF, observou-se que apenas 13 vagas eram destinadas a ações afirmativas, isto é, 6 destinavam-se a PNP, 5 para PCDs e 2 vagas para indígenas, representando 24,07% do total analisado. Além disso, em alguns casos, como nos municípios de Londrina e Santa Cruz, essas vagas não eram exclusivas para a EF, disputadas

com outros núcleos profissionais. Também se verificou concentração territorial dessas reservas, restritas apenas a 6 municípios, sendo eles: Londrina, Apucarana, Pelotas, Santa Cruz do Sul, São Lourenço do Sul e Rio Grande.

Esse cenário apontado pode ser agravado pela ausência de uma normatização que garanta a obrigatoriedade de vagas para ações afirmativas, principalmente nos hospitais e instituições de ensino privadas, possibilita que o *status quo* de desigualdades de acesso permaneça inalterado. O processo seletivo demarcado por provas, currículo e entrevistas denota o caráter meritocrático, que, em um país extremamente desigual como o Brasil, é usado como mecanismo de perpetuação das injustiças sociais. Nesse ínterim, as vagas de EF escassas no SUS e nas RMS se tornam inalcançáveis para pessoas negras, pardas, indígenas e com deficiência.

Ainda, dificultando tal questão, podemos acrescentar a essa discussão o alto valor da inscrição dos processos seletivos, sendo o valor mínimo de R$ 175,00 e o mais alto de R$ 360,00. No entanto, parcela dos editais fornece a opção de isenção mediante alguns critérios, a exemplo: (1) possuir o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (cadÚnico); (2) pertencer à família de baixa renda; (3) ser doador de medula óssea, entre outros. Embora esses mecanismos sejam fundamentais para universalizar o acesso a estes concursos, não são garantias unânimes de que a população menos economicamente favorecida seja atendida. Dessa forma, o questionamento que permanece é: quem é a força de trabalho do SUS e das RMS? A equidade deve sim estar condicionada aos usuários, mas as equipes de trabalho também demandam dessa atenção.

Retornando à questão central do estudo, o discreto aumento no número de vagas para PEF nas RMS, ao longo de uma década, germina algumas implicações teóricas e práticas para o campo. Na perspectiva teórica, denota-se uma manutenção ou, de maneira otimista, até certo avanço do PEF no SUS. Isto pode ser um indicativo de maior capital simbólico por parte da EF, que parece conquistar, paulatinamente, o reconhecimento como campo fundamental na promoção da saúde e no cuidado integral aos usuários. Em termos práticos, é uma via de mão dupla, ao mesmo tempo em que amplia e fortalece mais um espaço de atuação para o PEF, possibilita também à população o acesso às PCAF, muitas vezes entendida como um privilégio que parcela significativa dos brasileiros não tem direito (Knuth e Antunes, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo objetivou comparar a oferta de vagas para PEF nas RMS entre os anos de 2015 e 2025 na região Sul do Brasil, bem como discutir a territorialidade das residências, as ênfases, composição das equipes multiprofissionais, ações afirmativas, etc. Desse modo, no Sul, o campo da EF cresce paulatinamente, diante das dificuldades de legitimação dentro do SUS. Ainda assim, suas intervenções e *expertises* se encontram presentes em um maior número de ênfases, indicando um caminho de reconhecimento desse campo e de seus profissionais nas equipes multiprofissionais. A constatação dos achados nos permite indicar a RMS como um espaço-chave de inserção dos PEF no SUS.

Dessa forma, o artigo tem como principal contribuição a sequência, o acompanhamento e a atualização da EF nas RMS, possibilitando a identificação de avanços e desafios no campo estudado. Além disso, foi executado em um momento ímpar, juntamente com a PNRS, que será um novo e essencial marco para estudos nas RMS. Para pesquisas futuras, sugere-se a sequência de estudos comparativos locais e nacionais visando identificar possíveis impactos dessa política nacional.

No que tange às limitações desse estudo, haja vista que a análise dos documentos possibilita uma "previsão" da inclusão de PEF no SUS mediante as RMS e não exatamente se todas essas vagas de fato serão preenchidas ou por diversos motivos estarão ociosas.

Em um país marcado por severas desigualdades sociais, no qual as PCAF ainda se configuram como um privilégio e permanecem distantes da realidade da maioria da população brasileira, cabe a pesquisadores, formuladores de políticas públicas e profissionais de saúde engajarem-se na luta pela consolidação da atuação dos profissionais de PEF no SUS. Nesse contexto, as RMS constituem-se como um dos principais polos estratégicos para garantir que todos, de alguma forma, tenham assegurado o direito ao lazer e às PCAF, contribuindo para a efetivação de uma promoção da saúde que faça sentido às diferentes realidades sociais.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo está disponível mediante solicitação ao autor correspondente.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Felipe Garcia Mallue responsabilizou-se pela conceituação, investigação, curadoria de dados, metodologia, escrita – rascunho original, escrita – revisão e edição, validação; Dianny Caroline Naranjo García responsabilizou-se pela curadoria de dados, validação, visualização e escrita – revisão e edição; Alan Goularte Knuth responsabilizou-se pela investigação, metodologia,

supervisão, validação, visualização, escrita – revisão e edição.

REFERÊNCIAS

Alves LG, Oliveira JCS, Spósito LAC, Andrella JL, Lemos EC, Trapé ÁA. Oferta edistribuição de vagas para profissionais de Educação Física em Programas de Residência Multiprofissional. Ativ Fis Saude. 2025;30:e0392. https://doi.org/10.12820/rbafs.30e0392.

Bandeira ROM, Magnago C, Freire JR Fo, Forster AC. Inserção de profissionais de Educação Física no Sistema Único de Saúde: história, avanços e desafios. Movimento. 2022;28:e28048. https://doi.org/10.22456/1982-8918.122874.

Bernardo D, Carvalho FFB, Martins FM, Andrade DR, Schmitt ACB. Tendência temporal da densidade de profissionais de educação física no Sistema Único de Saúde no Brasil, 2008–2022. Movimento. 2024;30:e30030. https://doi.org/10.22456/1982-8918.135622.

Bourdieu P. O poder simbólico. 1. ed. Lisboa: Difel; 1989.

Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE. Diário Oficial da União; Brasília; 6 dez. 2007.

Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União; Brasília; 12 nov. 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.105, de 15 de maio de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir o incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde (APS). Diário Oficial da União; Brasília; 15 maio 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a Estratégia Saúde da Família, incluindo os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da União; Brasília; 21 out. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; Brasília; 7 nov. 2013a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 256 de 11 de março de 2013. Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Diário Oficial da União; Brasília; 11 mar. 2013b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União; Brasília; 30 mar. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial MS/MEC nº 8 995, de 28 de novembro de 2025. Institui a Política Nacional de Residências em Saúde – PNRS no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União; Brasília; 1 dez. 2025.

Carvalho AS, Abdalla PP, Bueno Júnior CR. Atuação do profissional de educação física no Sistema Único de Saúde: revisão sistemática. Rev Bras Promoc Saude. 2017;30(3):1-11. https://doi.org/10.5020/18061230.2017.6316.

Carvalho FFB, Freitas DD, Akerman MO. "novo normal" na atividade física e saúde: pandemias e uberização? Movimento (Porto Alegre). 2022;27:e27022. https://doi.org/10.22456/1982-8918.105524.

Castellani L Fo. A formação sitiada: diretrizes curriculares de Educação Física em disputa: jogo jogado? Pensar Prát. 2016;19(4):758-73. https://doi.org/10.5216/rpp.v19i4.42256.

CBCE: Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte. CBCE participa de reunião no Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Práticas Corporais e Atividades Físicas [Internet]. Uberlândia: CBCE; 2026 [citado 2026 Fev 9]. Disponível em: https://www.cbce.org.br/noticias/diretoria-nacional

Dahlke AP, Fraga AB. Revisão de escopo: Saúde Coletiva nos currículos de Licenciatura em Educação Física no Brasil. Rev Bras Ciênc Esporte. 2025;47:e20240114. https://doi.org/10.1590/rbce.47.e20240114.

Paiva FT No, Streb AR, de Almeida Siqueira J Jr, Del Duca GF, Rech CR. Caracterização da área profissional da educação física nos programas de residências multiprofissionais em saúde do Brasil. J Phys Educ (Maringá). 2022;33(1). https://doi.org/10.4025/10.4025/jphyseduc.v33i1.3352.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais 2022: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.

Knuth AG, Antunes PC. Práticas corporais/atividades físicas demarcadas como privilégio e não escolha: análise à luz das desigualdades brasileiras. Saude Soc. 2021;30(2):e200363. https://doi.org/10.1590/s0104-12902021200363.

Manske GS, Knuth AG, Silva ALF. Educação Física e residências em saúde: entre ecos e pistas sobre a formação do profissional de Educação Física. In: Santo G, Wachs F, Oliveira V, Carvalho F, organizadores. Formação em Educação Física e Saúde. Manaus: Edua; 2024. p. 245-63.

Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Hospital Universitário Cajuru. Edital nº 013/2022: processo seletivo de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso [Internet]. Curitiba: Hospital Universitário Cajuru; 2022 [citado 2026 Jun 29]. Disponível em: https://www.pucpr.br/comunidade/concursos.

AtlasBR: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. FJP: Fundação João Pinheiro. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [Internet]. Brasília: AtlasBR; 2013 [citado 2025 Dez 17]. Disponível em: https://www.atlasbrasil.org.br

Ramalho CC, Cardoso FS. A adequação à exploração do mercado de trabalho via segmentação da Licenciatura e Bacharelado em Educação Física. Pensar Prát. 2021;24:e65902. https://doi.org/10.5216/rpp.v24.65902.

Santos AL, Manzano M, Krein A. Heterogeneidade da distribuição dos profissionais de saúde no Brasil e a pandemia Covid-19. Cadernos de Desenvolvimento. 2021;16(28):197-219. https://doi.org/10.29327/2148384.16.28-9.

Silva LB. Residência multiprofissional em saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. Rev Katálysis. 2018;21(1):200-9. https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200.

Silva MB, Souza EMS, Coelho PBP, Silva PSG, Vasconcelos CM. Caracterização das residências multiprofissionais em saúde do Brasil. Rev Eletr Acervo Saúde. 2021;13(2):e5491. https://doi.org/10.25248/reas.e5491.2021.

Vieira LA, Caldas LC, Lemos EC, Malhão TA, Carvalho FFB. Análise temporal da inserção de Profissionais e Residentes de Educação Física no Sistema Único de Saúde de 2009 a 2021. Cien Saude Colet. 2023;28(3):837-50. https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.14092022. PMid:36888867.

Xavier D, Knuth A. Mapeamento da Educação Física em programas de Residência Multiprofissional em Saúde no sul do Brasil. Ativ Fis Saude. 2017;21(6):551-60. https://doi.org/10.12820/rbafs.v.21n6p551-560.