

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
CURSO DE GRADUAÇÃO EDUCAÇÃO FÍSICA COM
HABILITAÇÃO EM LICENCIATURA

ROSEMARI BRUN

OLHAR CRÍTICO SOBRE A PRÁTICA DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA
EDUCAÇÃO EM SAÚDE

FLORIANÓPOLIS, 2009

ROSEMARI BRUN

**OLHAR CRÍTICO SOBRE A PRÁTICA DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA
EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Monografia apresentada à disciplina
Seminário de Monografia como requisito
parcial à conclusão do curso de Licenciatura
Plena em Educação Física, Universidade
Federal de Santa Catarina, como obtenção
do título de Licenciado em Educação Física.

Orientador: Edgard Matiello Júnior

FLORIANÓPOLIS, 2009

ROSEMARI BRUN

**OLHAR CRÍTICO SOBRE A PRÁTICA DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA
EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

TERMO DE APROVAÇÃO

Monografia aprovada como requisito parcial para a obtenção do grau de Licenciatura Plena em Educação Física, da Universidade Federal de Santa Catarina.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dr. Edgard Matiello Júnior (Orientador)
DEF/CDS/UFSC

Prof. Dr. Alexandre Fernandez Vaz (Membro)
MEN/CED/CDS/UFSC

Prof. Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann (Membro)
NFR/CCS/UFSC

Profª. Ms. Cheila Cavalli (Suplente)

Florianópolis, 2 de dezembro de 2009

Dedico este trabalho à minha família e ao meu amor, que de maneiras diferentes fizeram parte desta conquista.

AGRADECIMENTO

Em especial, agradeço ao Prof. Egard Matiello Jr, por ter aceitado ser meu orientador, apesar das minhas idas e vindas durante o curso. Obrigada pelo seu conhecimento, estímulo e força.

Aos integrantes da banca examinadora, Prof. Alexandre Fernandez Vaz, Prof^a. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann e a Prof^a Cheila Cavalli por aceitarem o convite.

Aos amigos e colegas participantes do Projeto de Extensão em Educação em Saúde Rompendo Muros entre a Universidade e a Comunidade, em especial o grupo dos Ingleses.

A todos os amigos que conheci neste período longo de vida universitária.

Aos amigos de morada (Aline, Mariliz, Leda), aos amigos de utopias e ideais (Karina, Dânia), vocês estarão sempre comigo.

As novas amizades, Lúcimara e o Grupo de Mulheres do Campeche.

Quero agradecer à “Pequena”, obrigada pela paciência nestes dias de monografia!

RESUMO

Na atualidade, duas perspectivas disputam a hegemonia da Educação em Saúde, a tradicional, que apresenta um modelo conservador e dominante, e a Educação Popular em Saúde, que se fundamenta no diálogo crítico e reflexivo. A Atividade Física e Saúde, parte hegemônica da Educação Física que atua como o fenômeno saúde, se aproxima do modelo tradicional de educação em saúde. Modelo este, baseado na exposição dos indivíduos a normas e princípios de comportamento com enfoque preventivo, sem refletir nas condições de vida. A prática de Educação Popular em Saúde baseada nas obras de Paulo Freire entende saúde como resultado dos condicionantes sociais e tem no diálogo e na participação popular os seus principais pilares. A aproximação da Educação Física desta prática resultaria na superação do paradigma higienista da área.

Palavras Chave: *Educação Física, Atividade física, Educação em saúde.*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. METODOLOGIA.....	11
3. HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL.....	13
4. EDUCAÇÃO FÍSICA E A CONCEPÇÃO TRADICIONAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	21
5. A CONCEPÇÃO SUPERADORA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	25
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	31

1. INTRODUÇÃO

Iniciamos este trabalho tomando como pressuposto que a relação estabelecida entre a Educação Física e a Saúde, de forma hegemônica, tem desenvolvido concepções de Educação em Saúde bastante criticadas e superadas nos campos da Saúde Pública e Saúde Coletiva brasileiras.

Com a implantação da ditadura no país a assistência à saúde médico centrada, hospitalocêntrica e individualizada ganha força, os investimentos são centrados no complexo médico-industrial, tornando a assistência coletiva à população escassa. É dentro deste contexto que muitos profissionais da saúde, insatisfeitos com as práticas mercantilizadas dos serviços públicos se aproximam dos movimentos sociais em busca de práticas de saúde alternativas e engajadas com a realidade social.

Na atualidade, duas perspectivas disputam a hegemonia da Educação em Saúde, a tradicional, que apresenta um modelo conservador e dominante, e a Educação Popular em Saúde, que se fundamenta no diálogo crítico e reflexivo.¹

Vale dizer, não é fácil perceber claramente e profundamente as diferenças entre as concepções de Educação em Saúde. Em nosso caso, isso só foi possível por experienciar quase que simultaneamente três realidades acadêmicas diferentes: o curso de Fisioterapia concluído em 2007, a realização da Especialização Multidisciplinar em Saúde da Família entre 2008 e 2009 e o curso de Educação Física iniciado em 2001. O interesse pela Educação em Saúde surgiu como possibilidade de unir os conhecimentos e por acreditar que a educação como ferramenta para autonomia é parte fundamental no entendimento do processo saúde-doença do indivíduo e da coletividade.

A partir desta formação ampliada, comparando conteúdos de aulas; dos textos estudados; das atividades práticas vivenciadas e dos projetos de extensão participados, foi ficando mais evidente que a formação do professor de Educação Física tem, em geral, se dedicado a compreender a saúde de forma fragmentada, não levando em conta a sua

¹ Baseada nas obras do educador Paulo Freire.

produção social. Dentro desta visão simplista entende que a relação entre a atividade física e saúde é de causa e efeito, elegendo a mudança de comportamento como principal fator de alteração do estado de saúde.

Matiello Junior e Gonçalves (2001) apontam os aspectos que dimensionam esta formação: a) no eixo central, a aptidão física, a busca pela eficiência motora e adaptação aos efeitos do exercício; b) a compreensão de homem restringindo-se às dimensões biológicas; c) aspectos comportamentais tratados por variáveis passíveis de naturalização; d) desconsideração das dimensões sociais e sua historicidade, privilegiando a intervenção sobre os indivíduos; e e) atuação profissional visa instrumentalização de atletas/praticantes para otimização do uso de técnicas e estímulo para manterem-se fisicamente ativos.

Considerando a existência de duas vertentes predominantes de Educação em Saúde e que na Educação Física a formação profissional tem, de forma geral, as características acima, é possível afirmar que a Educação em Saúde realizada pela Educação Física seja mais próxima da vertente conservadora. Isto se confirma através de leituras feitas sobre o tema Atividade Física relacionada à Saúde onde as mudanças de estilo de vida e os efeitos do exercício sobre o corpo são predominantes.

Isto posto, este trabalho tem o seguinte problema de pesquisa: “Quais são as possibilidades de superação das concepções e práticas de educação em saúde do campo da Educação Física?”

Como objetivo geral, busca-se identificar quais são as possibilidades de superação das concepções e práticas de Educação em Saúde no campo da Educação Física.

Para responder esta pergunta nos confrontaremos com os pensamentos hegemônicos da área da Educação Física, tais como o reducionismo e a fragmentação das práticas, a objetivação do sujeito, o enfoque na doença, e a intervenção para prevenção/promoção.²

Justifica-se este trabalho tendo em vista a forte inserção do fenômeno saúde no contexto de intervenção da Educação Física, seja ele em escolas, clubes, academias, unidades básicas de saúde e em outros dos muitos espaços de atuação profissional de professores. Esta diversidade de espaços e a proximidade com indivíduos de todas as idades fazem do professor de Educação Física um Educador em Saúde, quer ele queira ou não.

² A Educação Física confunde os conceitos Prevenção da Saúde e Promoção da Saúde. Sua prática está vinculada a fatores de risco de doenças.

Em termos metodológicos, este trabalho se caracteriza como Ensaio teórico, permitindo maior liberdade por parte do autor, no sentido de defender determinada posição. Para Tobar e Yalour (2001, p. 24), o ensaio envolve uma tomada de posição diante do tema, explicita a subjetividade de seu autor e o compromete. É um exercício crítico de procura, e o que se encontra são maneiras novas de se olhar as coisas.

No capítulo primeiro, serão abordados aspectos históricos a respeito do surgimento e desenvolvimento da Educação em Saúde no Brasil, focalizando o século XX, principalmente.

O segundo capítulo é dedicado à área da Educação Física, em que as principais concepções e práticas de Educação em Saúde serão analisadas.

No último capítulo pretendemos estabelecer relação entre a abordagem de Educação em Saúde que avaliamos como mais apropriada para ser desenvolvida pela Educação Física, estabelecendo como referência alguns eixos político-pedagógicos.

2 METODOLOGIA

Este estudo é fruto da relação de vários questionamentos e desafios experienciados na prática acadêmica e profissional com outras tantas percepções, ansiedades e desejos do meu universo pessoal. Traz também, uma motivação pessoal e a perspectiva de contribuir para o desenvolvimento do conhecimento de determinada área ou de transformar uma dada realidade.

Entendendo a educação em saúde como fato social pertencente ao campo da saúde, ao mundo social, e, portanto, apresenta questões metodológicas das Ciências Sociais (MINAYO, 2008).

O pesquisador é um ator social, com posição política que decifra as forças e interesses que mobilizam confrontos. Este deve ter claro que seu papel é político, e que as ciências sociais não são apenas conhecimento, mas sim a reflexão histórico-social sobre a sociedade. A pesquisa vem para potencializar a capacidade questionadora desse sujeito político, construindo uma comunicação qualificada que supera, e muito, a simples reprodução (DEMO, 2005).

A saúde é entendida pelo método dialético como um campo complexo, onde a teoria e a prática estão sempre influenciando, onde a compreensão é transformadora e a teoria é desafiada pela prática. A saúde segundo seu conceito sociológico traz as dimensões políticas e estruturais da condição humana, onde sua realização é influenciada por aspectos histórico-culturais (MINAYO, 2008).

A proposta desta pesquisa teve como objeto a reflexão sobre a concepção hegemônica da Educação em Saúde na Educação Física. Esta proposta apresenta relevância devida complexidade desta área de conhecimento. Conforme Schall e Struchiner (1999) afirmam, a educação em saúde é um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, das áreas tanto da educação, quanto da saúde, as quais espelham diferentes

compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade

Iniciamos este trabalho contando como a Educação em Saúde acontecia no Brasil em diferentes momentos históricos, e como esta prática é impregnada do discurso sanitário dominante de cada época.

Conforme também anunciamos, na introdução, este trabalho caracteriza-se como ensaio teórico, que Severino (2007) define como “uma exposição lógica e reflexiva e em argumentação rigorosa com alto nível de interpretação e julgamento pessoal”. É um dos tipos de estudo que faz parte da linha de pesquisa denominada teórica ou conceitual e que, segundo Demo (2005), é “aquela que monta e desvenda quadros teóricos de referência”.

Apoiamos nosso estudo em autores da saúde coletiva, da educação em saúde (Eymard Mourão Vasconcelos, Eduardo Navarro Stotz, Victor Vicente Valla, Roberto Bricenõ-León, Paulo Freire) e da educação física relacionada a saúde (Marcos Bagrichevsky, Adriana Estevão, Alexandre Palma, Edgard Matiello Jr., Aguinaldo Gonçalves).

A crítica que aqui fazemos é à Atividade Física e Saúde representada pelos autores desta área, como Turíbio Leite de Barros Neto, Dartagnan Pinto Guedes, Markus Nahas, Abdallah Achour Júnior, Victor K. R. Matsudo.

3 HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

A compreensão da relação entre educação e saúde e suas práticas necessita de uma revisão histórica por ser muito complexa. A biografia da Educação em Saúde no Brasil está intimamente ligada aos problemas de saúde de cada período, não seguindo uma seqüência evolutiva, com o intuito de manter a hegemonia da classe dominante. (ALBUQUERQUE e STOTZ, 2004)

As concepções de saúde e de educação em saúde sempre foram norteadas pelos modelos de atenção presentes em cada momento, com intenção de manter a saúde da classe trabalhadora com fins capitalistas. Para Alves (2004), o campo de práticas da Educação em Saúde tem sido tradicionalmente marcado pelo discurso higienista e por intervenções normalizadoras. Donangelo (1979) e Costa (1987) apud Alves (2004) relacionam a natureza deste discurso com as relações de poder das classes sociais e o reconhecimento de que as práticas de Educação em Saúde quando veiculadas pelo Estado eram práticas sociais com propósitos ideológicos, políticos e econômicos.

Na Europa do século XIX, as cidades cresciam em virtude da industrialização e as classes populares apresentavam condições de trabalho, moradia e nutrição precárias. A classe dominante temia uma rebelião devido a aglomeração de pessoas e o surgimento de organizações políticas nas classes populares. As epidemias não ficavam mais restritas às periferias e já atingiam as moradias dos ricos. Estes acontecimentos, segundo Costa (1987) apud Alves (2004), justificaram a difusão das regras de higiene e de condutas morais, o disciplinamento das classes populares.

O Brasil segue a tendência européia e inicia por volta da metade do século XIX a disciplinarização higiênica concentrada nas cidades e nas famílias da elite. O país tinha a fama de ser um dos países mais insalubres do planeta (MOHR e SCHALL, 1992). A europeização dos costumes e hábitos seria a solução do problema, transformando a família colonial em uma instituição conjugal, com a intenção de legitimar a classe social por meio dos seus atributos físicos, psíquicos e sexuais. Essas ações corroboraram com os preconceitos, ideologias raciais, e explorações que a elite branca já praticava.

As classes populares não eram incluídas nas ações médicas nesta época, restavam apenas os espaços de segregação higiênica das enfermarias improvisadas e hospícios. A única preocupação, por exemplo, com o escravo, era a negatividade que representava sendo veículo de doenças e devassidão para pessoas da família branca de elite. (MANO, 2004)

Nas últimas décadas do século XIX o Brasil vivia a fase “ouro” do café, o poder político do país estava centralizado nas aristocracias do sudeste, Minas Gerais e São Paulo, a política “café com leite”. Esta riqueza impulsionou a urbanização desta região, porém, as ações de saúde mantiveram-se as mesmas (ESCORES E TEIXEIRA, 2008).

Devido a esse descaso com a saúde das classes populares por, volta de 1890, doenças febre amarela, varíola, peste bubônica e cólera mataram milhares de pessoas (MOHR E SCHALL, 1992). Estas doenças afugentavam os navios estrangeiros que vinham até os portos brasileiros buscar os produtos exportados para o mundo. O governo então foi obrigado a montar estratégias para combater essas doenças, principalmente nos espaços de circulação de mercadoria, como portos e estradas. O modelo Campanhista foi a estratégia escolhida para combater as epidemias. As práticas de saúde eram extremamente autoritárias com intervenção médica no corpo individual e social (HOCHMAN, 2006).

Nesta mesma época a Polícia Sanitária Brasileira foi criada para impor normas e medidas de saneamento consideradas científicas pelos técnicos, o seu discurso higiênico desconsiderava a relação entre doenças e condições de vida da população (VASCONCELOS, 2008). As descobertas de Pasteur ajudaram a difundir este pensamento, confiantes que haviam descoberto a forma de controlar as doenças infecciosas.

A repressão era a pedagogia da saúde naquele momento, sendo que o medo e a disciplina forjavam padrões de higiene, moral e produtividade das massas populares.

A população era vista como única causadora dos males de saúde que tomavam conta das grandes cidades, a falta de informação e a ignorância eram as causas das doenças. Junto com as visitas invasivas as pessoas recebiam folhetos avulsos sobre os meios de evitar doenças sem explicações mais aprofundadas. Em casos de medidas coercitivas, os informativos legitimavam tal ação, devido a tentativa anterior de informação (VASCONCELOS, 2008).

A crença que a salvação nacional passava pela europeização e branqueamento da população através da imigração estrangeira e imposição de novos padrões de comportamento começou a ser contestada por intelectuais da classe média das grandes cidades, independentes das oligarquias rurais (VASCONCELOS, 2008). Esta crença tinha

raízes Eugenistas e a única forma de “limpar” o Brasil da herança da escravidão e da miscigenação das raças, era domesticar e moralizar o proletariado (SOUZA, 2009).

O interior do país esteve longe de qualquer ação de saúde até 1910. Este descaso das elites em relação ao interior devia-se ao preconceito em relação à população mestiça, vista com ruína da sociedade. A partir de 1910 várias expedições científicas relataram o abandono das populações interioranas e atribuíam a isso a dificuldade de ampliação da capacidade econômica do país e a causa de nossa eterna inferioridade frente às nações desenvolvidas (ESCORES E TEIXEIRA, 2008).

Por volta da década de 20 a bandeira de luta é sanear as grandes cidades, e o interior do país, a saúde entra na agenda da política nacional. Este fato ocorre porque setores significativos das elites políticas e intelectuais terem passado a compartilhar que as condições de existência dos brasileiros eram precárias (HOCHMAN, 2006).

Monteiro Lobato com a personagem do Jeca Tatu faz uma alusão ao povo brasileiro afirmando que o “Jeca não é assim, ele está assim”, um caipira doente e por isso preguiçoso, pobre e atrasado que o seguir as prescrições da medicina se tornará um fazendeiro saudável (VASCONCELOS, 2002). Dessa forma, no final da Primeira República várias campanhas e serviços voltados para o saneamento dos sertões surgem e as ações médicas e a educação assumem importância central no debate político nacional. Porém a população ainda era vista como incapaz de maiores entendimentos. O modelo de educação em saúde desta época foi denominado por Eymard Mourão Vasconcelos (2002) de toca boiada, antes com o ferrão, agora era com o berrante, ou seja, com as palavras dos educadores sanitários.

No entanto, o movimento sanitarista nessa época, continuava a ser fundamentalmente um movimento de elite, o país em 1920 contava com 70% de analfabetos e foram distribuídos exemplares da história do Jecatuzinho sobre higiene e saneamento (VASCONCELOS, 2002).

Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde Pública. Em 1923 realizou a primeira Reforma Sanitária Brasileira, e a educação sanitária e a propaganda foram introduzidas na técnica rotineira das ações em saúde, inovando o modelo campanhista de Oswaldo Cruz, que era puramente fiscal e policial (POLIGNANO, 2001). Os primeiros Centros de Saúde também foram frutos desse processo, locais onde as ações sanitárias deveriam acontecer.

A educação sanitária surge com um papel de substituir os métodos repressivos das campanhas sanitárias pela persuasão e conscientização dos métodos educativos e

preventivos junto a indivíduos e coletividades. Costa (1985) apud Oliveira (2003) afirma que as escolas assumiram a educação sanitária para as crianças, com o objetivo de ensinar hábitos e atitudes saudáveis para atingir padrões sanitários familiares, tornando a professora a principal agente da educação higiênica, sendo uma educação moralizadora e domesticadora. Este modelo baseava-se na visão de que as doenças não eram só produzidas pelo meio externo, mas também pela consciência sanitária das pessoas, mantinha-se o pensamento biologicista.

Na década de 30 (Era Vargas), o setor saúde foi marcado pela construção do sistema previdenciário, dedicado aos trabalhadores politicamente organizados e a assistência médica individual ampliada. As ações coletivas, para a população que não estava incluída na assistência previdenciária ficaram restritas ao combate de doenças infecciosas e parasitárias, e aos programas materno-infantil, pronto-socorros e saúde mental (VASCONCELOS, 2008).

No período da segunda guerra mundial, o Brasil realiza um convênio com o governo americano e estrutura o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que atuou inicialmente protegendo os trabalhadores da extração de borracha e minérios, que era parte do acordo entre os governos, na região Amazônica e Vale do Rio Doce. Além disso, trouxe novas técnicas e recursos audiovisuais com tendência tecnicista de educação em saúde, e também difundiram nas instituições de saúde do país as propostas de programas de saúde (MEHRY, 1997). Contrariando a política centralizadora e paternalista do Estado foram introduzidas práticas de educação em saúde diferenciadas, tais como a educação em grupos, utilização de recursos áudio-visuais e o desenvolvimento e organização de comunidades, o que desencadeou idéias de participação e mobilização de indivíduos nas ações de saúde. A educação sanitária, até então dirigida somente às crianças e jovens, sofre mudanças e atinge também o adulto.

Melo (1984) apud Oliveira (2000) assinala que a SESP além de introduzir condições médico-sanitárias para a exploração de riquezas ambientais, inovações tecnológicas na educação e a ideologia do desenvolvimento comunitário, também causou mudanças na formação dos profissionais de educação sanitária, incorporando os fatores sociais, econômicos e ambientais na explicação do processo de saúde-doença.

Apesar da mudança na maneira de perceber o binômio saúde-doença, educação sanitária foi introduzida nas escolas ainda com forte influência higienista, buscou a criação de técnicas de regulação e normatização, visando criar sistema fundamental de hábitos higiênicos para educar as crianças (OLIVEIRA 2000).

A Educação em geral e a Educação em Saúde em particular, ficou mais vez encarregada de domesticar e moralizar o proletariado urbano emergente e manter a raça hígida, norteando-se por princípios “eugênicos” (WESTPHAL, 1994).

A Organização das Nações Unidas (ONU), formada hegemonicamente por países do Primeiro Mundo, após a Segunda Guerra Mundial, sugere o desenvolvimento comunitário como forma explícita de mobilizar as populações carentes contra a miséria e, implicitamente, como forma de conter o avanço do comunismo (VALLA 1981 apud OLIVEIRA, 2003).

Assim, a partir da década de 50, a educação em saúde, é denominada educação para a saúde, com o papel de desenvolvimento comunitário como forma de intervenção social, informando e planejando modos de modificar comportamentos e gerar mudanças culturais. (WESTPHAL, 1994)

A educação para a saúde entre os anos 1950 e 1960 tinha como finalidade retirar os obstáculos culturais e sociais e introduzir as inovações tecnológicas de controle das doenças, com o intuito de manter o domínio estrutural da sociedade brasileira.

O Golpe militar de 1964 impôs ao Brasil um governo autoritário na administração e a piora da saúde, principalmente para a população pobre. A previdência social sofreu intervenção do Estado e os trabalhadores tornaram-se somente financiadores do sistema de previdência. Na saúde houve a expansão dos serviços médicos privados, principalmente hospitais, com o desenvolvimento do complexo médico industrial, para acúmulo de capital na área de equipamento e medicamentos. A prática médica foi orientada para a lucratividade compatível com a expansão do capitalismo no Brasil. O governo passa a comprar serviços de assistência médica, e as condições dos brasileiros tornaram-se ainda mais críticas. Mano (2004) assinala para este período o surgimento dos convênios e o aumento do mercado da indústria farmacêutica, onde drogas de eficiência duvidosa e até proibidas em outros países, começaram a ser vendidas. Da Ros (2006) caracteriza as políticas públicas de saúde no Brasil da década de 1960/70, como uma proposta positivista, unicausal, “Flexneriana”³, voltada aos interesses do capitalismo e que se sustentava na base da ditadura militar.

No campo da educação em saúde, segundo Alves (2005), este período correspondeu ao controle dos sujeitos, onde os espaços interinstitucionais para a prática de educação em saúde foram limitados, tornando a área inexpressiva. Porém, a partir da década de 70 o

³ Modelo americano que traz uma proposta de atenção à saúde hospitalocêntrico, biologicista, fragmentado em especialidades. Este modelo foi financiado pela Rockefeller Foundation, ícone do capitalismo americano

regime autoritário e a crise econômica que assolou todos os setores públicos (educação, saúde, habitação) despertaram na população resistência e insatisfação e os movimentos sociais se reorganizaram reivindicando melhores condições de vida (VASCONCELOS, 2008).

Os intelectuais da área da saúde uniram-se aos movimentos sociais formando o Movimento da Reforma Sanitária, que se opunha ao complexo médico-industrial. Diante da instabilidade social, o Estado foi obrigado a preocupar-se com os problemas sociais. Na saúde a Medicina Comunitária foi a proposta mais adequada às necessidades políticas do momento, proposta com baixo custo e já praticada em outros países do mundo (VASCONCELOS, 2008). Assim, são introduzidos no Brasil os princípios dos cuidados primários de saúde, baseados na Conferência de Alma-Ata,⁴ dando uma nova direção às políticas de saúde, enfatizando a participação comunitária, a cooperação entre diferentes setores da sociedade e os cuidados primários de saúde em seus fundamentos conceituais (VASCONCELOS, 2002).

A medicina comunitária surgiu para cobrir um buraco na assistência, sendo considerada uma medicina de e para marginalizados urbanos ou rurais. Os profissionais que trabalhavam nos serviços de medicina comunitária passam a conviver com os problemas das classes populares e muitos começaram a reorientar suas práticas buscando maneiras mais globais para o enfrentamento dos problemas de saúde (VASCONCELOS, 2008). Entretanto esta prática médica tinha poucos recursos financeiros, o que resultou em profissionais com baixos salários, sem acompanhamento educativo, sem adaptação às novas funções, deixando-os desmotivados. Vasconcelos (2008) ressalta que ocorriam constantes interferências de políticos nos serviços, que transformando os locais em espaços de arrecadação de votos.

Com o fracasso da gestão da medicina comunitária a população ficou novamente desamparada, este cenário fez com que associações de bairro, sindicatos, comunidades eclesiais de base e profissionais de saúde unirem-se na luta pela melhoria dos serviços e para uma atenção à saúde mais próxima das classes populares. Novas experiências no campo da educação em saúde são criadas com base no método dialógico de Paulo Freire, as soluções para os problemas de saúde são construídas através da relação do saber popular e saber científico (VASCONCELOS, 2008).

⁴ Conferência realizada na antiga URSS, em setembro de 1978, estipulou a meta Saúde para todos no ano 2000.

Diante disso, a participação de profissionais de saúde nas experiências de educação popular a partir dos anos 70 trouxe para o setor de saúde uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde. A educação popular em saúde caracterizada pela livre participação das classes populares com direito e poder de pensarem, produzirem e dirigirem o uso de seus saberes. Esta prática permitiu novos olhares que possibilitaram abordagens mais eficientes em defesa da saúde e da vida da população (VASCONCELOS, 2008).

A segunda metade da década de 80 é marcada por uma grave crise de caráter político, social e econômico, tendo enormes repercussões sobre a vida e a condição de saúde das populações, agravando as condições de vida, aumentando o desemprego, a desnutrição e a mobilidade dos grupos sociais menos protegidos (OLIVEIRA, 2003). O Movimento da Reforma Sanitária cresce e difunde a democratização da saúde e apresenta suas propostas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, em Brasília, sendo divisor de águas dentro do movimento pela reforma sanitária. O relatório da conferência destaca entre outras propostas, o conceito ampliado de saúde, colocado como direito de todos e dever do Estado. Boa parte das propostas da VIII Conferência foram incorporadas na nova Constituição de 1988, conhecida como Constituição-cidadã. A saúde como direito de todos e dever do Estado e a diretrizes que moldaram o Sistema Único de Saúde (SUS) foram incluídos no capítulo da Seguridade Social.

A promulgação da Constituição-cidadã ocorreu contrariando todo o cenário político e econômico do país. O Estado enfrentava uma crise fiscal, hiperinflação, instabilidade econômica e a ideologia neoliberal disseminava-se rapidamente. Havia muito descrédito contra o SUS, derivado da mídia, das ações corporativas dos trabalhadores de saúde e dos governantes (prefeitos e governadores). Apesar disso, em 1990 a Lei Orgânica da Saúde (8.080 e 8.142) foi aprovada pelo Congresso Nacional.

O modelo de assistência proposto, de caráter universal, vai de encontro à tendência econômica mundial para os países da América Latina⁵, mas apesar destas contradições a população conquistou o direito à saúde e à participação social e hoje, as diretrizes do SUS (universalidade, equidade e integralidade) precisam ser efetivamente implantadas para que alcancem a maior parte da população do país.

Dentre as alternativas para consolidar as diretrizes do SUS, temos na educação em saúde um papel fundamental, como instrumento para construção e ampliação da

⁵ Fundo monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial, organismos financeiros internacionais, definem políticas de ajustes, com cortes de gastos na área social.

participação comunitária e reorientação das políticas públicas de saúde. Atualmente, encontramos nos serviços de saúde brasileiros duas maneiras de realizar educação em saúde, sendo: a tradicional e a popular em saúde.

O modelo tradicional hegemônico, fortemente influenciado pelo positivismo, centraliza o poder nos profissionais de saúde, que são detentores de todo o saber necessário para se ter um vida saudável, ou seja, não se busca a autonomia, mas ao contrário, se enfraquece a população na medida em que prescreve educação de uma forma vertical. Esta educação preconiza a adoção de hábitos e a persuasão dos indivíduos. Estes devem adotar comportamentos saudáveis (deixar de fumar, aceitar a vacinação, ter práticas higiênicas, fazer exames preventivos...) mediante o contato com veículos de comunicação em massa, como televisão, cartazes e jornais, ou mesmo mediante o acesso às informações, propiciado pelo educador/profissional de saúde. Sob esta perspectiva a educação em saúde passa a promover saúde através da tomada de decisão consciente por parte da população, que é informada sobre os riscos de certos comportamentos e torna-se inteiramente responsável pela sua condição de saúde, num processo denominado por Valla (1998) de culpabilização da vítima, esta prática esconde a ineficiência dos serviços públicos e descompromisso dos governos. Historicamente vivi-se uma época que a saúde e a vida saudável é uma escolha individual, e não mais um direito social.

Na oposição ao modelo hegemônico, a educação popular em saúde se posiciona contra o autoritarismo da história sanitária e ao modo tradicional de intervir na área da saúde, luta em favor da autonomia, da participação das pessoas comuns e da interlocução entre saberes e práticas. Para Vasconcelos (2009) educação popular em saúde é uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social. Ela parte do pressuposto de que as classes populares têm uma dinâmica própria sobre as doenças e seus processos de cura, adquirida no seu cotidiano e que este saber deve ser respeitado e incorporado às práticas de saúde. O profissional de saúde é um mediador que através do diálogo educativo fortalece a comunidade.

A Educação em Saúde nas últimas décadas foi palco de novas reflexões teóricas e metodológicas, porém Gazzinelli et al (2005) apontam que estas reflexões não são traduzidas na prática dos serviços acarretando um hiato entre a teoria e prática. A educação popular em saúde é realizada por parte de alguns profissionais voluntariamente que investem nela porque acreditam na sua força transformadora para os indivíduos e para a organização global da sociedade. A prática hegemônica de educação em saúde ainda é a

tradicional, a prescritiva. Gazzinelli et al (2005) defendem que esta prática é a educação para a saúde, herança cartesiana, que trata o público alvo como objeto de transformação.

4. EDUCAÇÃO FÍSICA E A CONCEPÇÃO TRADICIONAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Educação Física, hegemonicamente, se aproxima da prática tradicional de Educação em Saúde. Esta visão conservadora de nossa área tem suas origens no Movimento Higienista do início do século XX, cujas principais características eram: casamento entre os indivíduos mais aptos; esterilização; divulgação de hábitos higiênicos; normas profiláticas; e cuidados com o corpo (GÓIS JR. E LOVISOLO, 2003).

O Movimento Higienista na Educação Física ganhou força com a influência dos médicos na construção das bases desta área. Mendes e Nobrega (2008) afirmam que o início da Educação Física no Brasil foi marcado por um período no qual se buscava a afirmação da ciência em meio à luta contra epidemias que assolavam o país. O positivismo era o método hegemônico da época, prometia que a ciência traria ordem e progresso. A antropometria quantificou os conhecimentos sobre o corpo e medidas como altura, peso e diâmetro do tórax determinavam e classificavam os corpos. Cálculos eram realizados para definir o índice de robustez do indivíduo, o brasileiro era considerado inferior perante o homem estrangeiro. Comparações das medidas eram feitas entre as distintas regiões do país, servindo para hierarquizar as populações por critérios de saneamento e perfeição corporal. As pessoas que não se submetiam a hábitos higiênicos eram consideradas primitivas, incultas ou retrógradas, e os que apresentavam defeitos e imperfeições orgânicas, débeis e tarados (MENDES E NÓBREGA, 2008).

No início do século XX, ainda se acreditava que as características adquiridas poderiam ser transmitidas para os descendentes. Este foi um dos trunfos utilizados na época para legitimar a prática de exercícios físicos. A Educação Física se torna um elemento importante para regenerar a raça brasileira, modelando indivíduos belos e sem defeitos. Modelos de alimentação e ginástica são difundidos para sociedade (MENDES E NÓBREGA, 2008).

Foi nesse contexto epistemológico do final século XIX e início do XX, que as bases científicas da educação física brasileira construíram-se, amparadas no pensamento médico-higienista.

Para alguns autores da Educação Física brasileira, o movimento higienista na área não findou entre as décadas de 30 e 40. Góis Jr e Lovisolo (2003) defendem que princípios e objetivos do movimento continuam em voga até o fim do século XX. Os autores apontam que talvez a única diferença entre o Movimento Higienista do início do século XX para o Movimento da Saúde⁶ do fim do século XX seria o princípio de ação que antes era o “coletivo” e agora é o “individual”. A continuidade do movimento higienista que se estende até os dias de hoje é apontada pelos autores através de características que não sofreram grandes alterações do seu início até agora, como: utilização de parâmetros antropométricos; supervalorização das atividades físicas na promoção da saúde; tratamento do corpo como uma máquina; semelhanças entre os hábitos higiênicos do início do século e os fatores de risco; fadiga x estresse⁷; a legitimidade da ciência; incutir hábitos saudáveis: educação higiênica e a educação para a saúde; e higienistas sociais intervencionistas sociais (GÓIS JR; LOVISOLO, 2003).

Este “novo higienismo” no Brasil é influenciado pela cultura norte americana, principalmente a partir da década de 50. A “saúde do físico” baseava-se na prevenção de doenças cardiovasculares, repelindo os maus hábitos como sedentarismo, má nutrição e vícios. As atividades físicas, a boa nutrição e a abstinência de álcool e fumo são os novos hábitos higiênicos a serem difundidos, assim como o banho, a escovação dos dentes e a lavagem das mãos foram divulgados pelos antigos higienistas (GÓIS JR; LOVISOLO, 2003).

Góis Jr. (2007) aponta alguns pesquisadores como principais expoentes deste “novo higienismo” brasileiro, que seriam: Turíbio Leite de Barros Neto, Dartagnan Pinto Guedes, Markus Nahas, Abdallah Achour Júnior, Victor K. R. Matsudo e o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano (CELAFISCS).

Este grupo de pesquisadores, entre outros espalhados pelo Brasil, representam a hegemonia da Atividade Física relacionada à Saúde, defendem a neutralidade científica, a relação funcional (ou causa-efeito) entre atividade física e saúde, e a saúde como objetivo individual e não coletivo.

⁶ Berço nos Estados Unidos chamado de Health Moviment (Goldstein, 1992 apud Góis Jr. e Lovisolo, 2005)

⁷ No início do século precisávamos realizar exercícios para combater a fadiga e produzir mais, atualmente o exercício físico combate o sedentarismo, o estresse (Góis Jr. e Lovisolo, 2005)

Segundo Silva (2005) a neutralidade científica deste grupo não existe, pois defendem o mercado de material esportivo e prestações de serviços (fitness e estético), assim como o sistema CREF/CONFED que domina todas as práticas corporais. Estas práticas refletem uma ideologia de saúde capitalista.

A relação de causa-efeito entre atividade física e saúde representa uma visão simplista e reducionista da saúde. Nesta ótica podemos compreender que a atividade física seria então o “medicamento perfeito” para alcançar uma saúde sem doenças. Esta relação linear já é há muito tempo criticada por vários autores progressistas da Educação Física e da Saúde Coletiva, como uma visão simplista e reducionista de saúde.

Tal posicionamento reducionista reflete a adoção de um olhar parcial ou distorcido da realidade, que não leva em conta outros fatores relevantes que as pessoas são submetidas em seus cotidianos, como a distribuição da renda, nível de emprego, condições sanitárias básicas, condições de moradias e alimentação, grau de escolaridade, disponibilidade de tempo livre, acesso a serviços de saúde e educação, entre outros.

Uma visão ampliada de saúde é apresentada por Della Fonte e Loureiro (1997),

a saúde é o arranjo de relações sociais que o homem estabelece com o meio natural (natureza e próprio organismo humano) e com o meio social. Essas relações sociais não são relações abstratas, iguais em todos os momentos históricos. Elas dependem intrinsecamente da forma como os homens, em um dado momento histórico, produzem os meios para sua sobrevivência. Portanto, a saúde nos remete às condições concretas da existência humana, à produção social.

Quanto ao caráter individual e não coletivo, observamos desconsideração com as questões sociais. Góis Jr. e Lovisolo (2003) abordam esta característica como sendo a única diferença entre os higienistas do século passado e os “novos higienistas”. O personal training é apontado como ícone deste individualismo e da centralização do cuidado no próprio corpo em detrimento ao coletivo. Esta característica torna-se produto de consumo, sendo amplamente difundida na mídia (MATIELLO JR. E GONÇALVES, 2001; BAGRICHEVSKY E ESTEVÃO, 2005).

Passando então a tratar da Educação em Saúde dentro desta prática hegemônica e conservadora, é possível afirmar de forma global que esta proposta é muito limitada para atender as necessidades da população, pois é dedicada prioritariamente à manutenção da aptidão física dos indivíduos, para que a população produza mais, adoça menos e custe menos ao Estado. A prática de educação em saúde pelos teóricos da Atividade Física e Saúde está alicerçada sobre o “estilo de vida saudável” e controle sobre os fatores de risco à

saúde. A principal estratégia é a mudança de comportamento, concentrando-se nas mudanças no indivíduo e ignorando as mudanças estruturais (condições de vida).

Esta realidade é verificada em estudo de Guedes (1999), um dos principais teóricos da Atividade Física e Saúde, que aponta os índices atuais de doenças hipocinéticas e crônico-degenerativas como alarmantes, e defende que é principalmente na infância e na adolescência que a Educação Física deve atuar. Os fatores de risco serão prevenidos com a conscientização dos educandos de que níveis adequados de aptidão física relacionada à saúde devem ser cultivados e perseguidos por toda vida, individualmente. Percebemos que o conceito de saúde deste autor limita-se a prevenção de doenças da atualidade através do estilo de vida ativo e em nenhum momento relaciona condições de trabalho, renda, educação, moradia, lazer, saneamento e acesso a serviços de saúde como fatores determinantes da saúde.

Os discursos e as ações da educação para a saúde são ancorados no “combate ao sedentarismo”. O indivíduo é informado sobre quais atitudes adotar para libertar-se do sedentarismo para conquistar uma vida saudável e economicamente ativa. Outro elemento importante para ser debatido, é o risco à saúde, maneira encontrada pela epidemiologia tradicional de supor de forma mensurável quais as chances de um indivíduo adoecer. Matiello Jr. et al (2008) apontam que pelo “estabelecimento dos riscos e projeções das ocorrências se prescrevem tentativas de prevenção, retroalimentando políticas públicas e buscando influenciar comportamentos individuais”.

A Atividade Física e Saúde incorpora esses conceitos e prescreve os exercícios de acordo com o grupo de risco que o indivíduo faz parte, como por exemplo, hipertensos, diabéticos, gestantes, entre outros.

Após todas as informações quanto ao tipo de atividade física, o tempo e a quantidade a serem praticadas, são entregues ao indivíduo a responsabilidade pela conquista e manutenção de sua saúde, independente do contexto em que estão inseridas. Pois segundo essa teoria o exercício físico é gerador de saúde, e não os diversos fatores determinantes da condição de saúde (por exemplo, nível de renda e tempo/espaço para lazer) que conduzem as pessoas à prática de exercícios. Dentro desta lógica, adoecer seria algo impensável, caso isso ocorra, o indivíduo é o culpado⁸, por não ter cumprido todas as recomendações. Geralmente este artifício é usado para esconder o mau funcionamento dos

⁸ O processo de culpabilização da vítima consiste em depositar no cidadão, a responsabilidade por sua saúde individual, ignorando os múltiplos fatores que atuam sobre sua saúde e dos quais ele não possui controle.

serviços públicos e o descompromisso do governo (VALLA, 1998), no caso da Educação Física esconde a simplificação do conceito de saúde.

5. A CONCEPÇÃO SUPERADORA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde dos teóricos da Atividade Física e Saúde, na verdade é educação para a saúde, ainda com características higienistas, pautada na transmissão do conhecimento para a mudança de comportamento através de um enfoque preventivo.

Neste contexto, entendemos que a educação em saúde não deve se um processo de convencimento que almeje a modificação do comportamento, mas uma estratégia pedagógica que se baseia na troca de conhecimentos entre os profissionais de saúde e a população com a intenção de aumentar as potencialidades do indivíduo e da coletividade, condição importante para a mudança social. A abordagem de educação em saúde deve ter como eixo: a formação de uma consciência crítica voltada à transformação da realidade social; o reconhecimento do caráter histórico e os condicionantes sociais, políticos e econômicos do processo saúde/doença; valorização do saber popular e do diálogo na relação profissionais de saúde/população; e recusa do tecnicismo e fragmentação das ações e sua subordinação ao modelo médico.

A partir disso, entendemos que a Educação Popular em Saúde, que tem como base a educação popular sistematizada por Paulo Freire, é a abordagem mais apropriada para prática de Educação em Saúde.

Segundo Vasconcelos (2009), no campo da saúde,

a Educação Popular em tem sido utilizada como um estratégia de superação do grande fosso cultural existente entre os serviços de saúde e o saber dito científico, de um lado, e a dinâmica de adoecimento e cura do mundo popular, de outro. Atuando a partir de problemas de saúde específicos ou de questões ligadas ao funcionamento global dos serviços, busca entender, sistematiza e difundir a lógica, o conhecimento e os princípios que regem a subjetividade dos vários atores envolvidos, de forma a superar as incompreensões e mal-entendidos ou tornar conscientes e explícitos os conflitos de interesse.

A Educação Popular em Saúde é uma forma de despertar a autonomia do indivíduo, de perceber-se sujeito na construção de seu processo histórico, de reagir às desigualdades sociais e assumir uma postura de luta por aquilo que lhes é apropriado. Existindo relação

direta com a liberdade de ser sujeito e não aceitar as diferenças de classes como intransponível.

Paulo Freire, segundo Vasconcelos (2001), organizou muitas idéias sobre o papel da educação e da aprendizagem, dizia: a educação deve permitir ao educando ficar mais sabido, não só para ter saber, mas para usar este saber para tornar sua vida e a dos outros melhor. Para ele, a educação é um instrumento de conscientização, organização e transformação.

Para expor de maneira mais clara os motivos que nos levaram a acreditar que a Educação Popular em Saúde é a metodologia mais significativa de ensinar e aprender saúde refletiremos saúde como uma prática social. Imaginemos a prática de educação em saúde de um professor de Educação Física que tem a sua atuação alinhada a corrente da Atividade Física e Saúde e o outro professor que construiu a sua formação com os preceitos da Educação dialógica de Paulo Freire, frente a uma história de vida⁹.

Dona Cleusa, 67 anos, procurou a Unidade de Saúde (US) do bairro com a queixa de sentir muita dor e inchaço nas pernas no fim do dia, dor de cabeça freqüentemente e perda de peso e cansaço. Nega etilismo. Fumante. Sua pressão foi aferida pela enfermeira que constatou a pressão arterial elevada (160mmHg x 100 mmHg). Encaminhada ao médico para avaliação apresentava muitas veias varicosas nas pernas, os pés inchados e alguns machucados com cicatrização demorada. O médico solicitou exames radiológicos (Raio x das articulações dos membros inferiores) e laboratoriais (sangue e urina), e recomendou que viesse com freqüência a US para acompanhamento da sua pressão arterial sistêmica, receitou medicamentos para dor de cabeça e para HAS e informou a usuária a existência do “Grupo de Hipertensos” que se reunia uma vez por mês na US, e do grupo de atividade física que se reunia três vezes por semana.

A D. Cleusa conta que é viúva, mãe de 5 filhos (1 homem e 4 mulheres), avó de 8 netos, moradora do Alto da Ribeira, aposentada e coletora de material reciclável. Mora em casa própria (posse) com duas filhas e 4 netos, com idades entre 6 e 11 anos. Suas filhas estão desempregadas há 6 meses ajudam a mãe na coleta. Trabalham todos os dias das sete horas da manhã às sete horas da noite. Chegou ao bairro aonde mora aos 17 anos, veio com os pais e irmãos da região oeste do estado em busca de mais oportunidades. A comunidade apesar de antiga apresenta ainda muitos problemas de infra-estrutura, sistema de água e esgoto precários, falta de opções de lazer para as crianças e os adultos. A prefeitura promete a anos regularizar o abastecimento de água da região, que hoje só acontece de

⁹ História de vida baseada em experiências pessoais, apresentada com nomes, espaços e indivíduos fictícios.

madrugada e no verão falta por vários dias. O esgoto corre a céu aberto, os moradores que tentam organizar para diminuir o mal cheiro e a proliferação de animais. Para lazer, as crianças brincam nas ruas, soltam pipas entre os fios, se escondem entre as casas, aos adultos resta descansar o corpo do trabalho dentro de casa, assistindo televisão.

D. Cleusa retornou à US outras vezes conforme combinado com o médico, a sua pressão arterial sempre estava acima dos padrões e os resultados dos seus exames foram positivos para diabetes II e colesterol alto. Então segundo o médico a D. Cleusa é portadora de duas doenças: Has, diabetes tipo II. O médico receitou os medicamentos e orientou que a usuária fizesse atividade física regular, diminuísse a ingestão de açúcar e sal, parasse de fumar e evitasse a ingestão de álcool, salientado que a usuária era portadora de fatores de risco que podiam resultar num Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) ou um Acidente Vascular Encefálico (AVE). D. Cleusa seguindo as recomendações procurou o grupo de hipertenso e também o grupo de atividade física. O grupo de atividade física dois dias da semana, às terças-feiras às 7hs da manhã para a caminhada e as quinta-feira às 15hs para a dança.

No primeiro dia do grupo de atividade física, Alexandre o professor de Educação Física recebeu a usuária, perguntou sobre seus exames e reforçou as orientações do médico. A usuária foi submetida a uma avaliação antropométrica, aferição da pressão arterial sistêmica e a testes físicos para avaliar sua aptidão física. D. Cleusa apresentou diâmetro abdominal acima dos padrões, mais um fator de risco para doenças cardiovasculares, o professor perguntou sobre sua vida, onde morava, mas sem maiores interesses.

O professor reforçou as orientações médicas e acrescentou mais algumas: explica que a hipertensão arterial geralmente é causada pela excesso de sal na comida e pelo estresse; que a diabetes é causada pelo excesso de açúcar e de carboidratos; o colesterol é causado pelo excesso de gordura na alimentação; e sedentarismo é um dos principais fatores de risco destas doenças e de outras. Então recomendou que a D. Cleusa diminuísse o sal na comida, a ingestão de carboidratos, açúcar e gorduras, e orientou a realização da prática de exercícios físicos, como caminhada, dança ou natação por 45 minutos, três vezes na semana no mínimo.

A caminhada com o grupo foi realizada dentro do estacionamento do supermercado próximo a US, pois o bairro não tem área de lazer que possa ser utilizada. D. Cleusa participou das atividades do dia.

D. Cleusa que gosta muito de dançar, resolveu retornar ao grupo na quinta-feira. O professor de Educação Física era outro, o Luís, ele pediu que D. Cleusa se apresentasse para ele e para o restante do grupo (4 mulheres e 1 homem). D. Cleusa contou sua história de vida ao grupo e disse que gostaria muito de participar do dia da dança, mas que não poderia por conta do horário (no meio do horário de trabalho). D. Cleusa adorou as atividades do dia, além da dança teve muitas conversas e brincadeiras, pode se aproximar de pessoas que já conhecia do bairro, mas que nunca tinha falado.

Ao final o professor se aproximou da D. Cleusa e conversaram sobre a dificuldade do horário, contou que outras pessoas também não participavam devido o mesmo problema e queria encontrar outro espaço e horário para atividade. A D. Cleusa fala sobre seus problemas de saúde e o professor comenta que geralmente os problemas de saúde estão ligados ao jeito como as pessoas vivem, os dois concordam sobre a falta de espaços de lazer para os moradores do bairro e sobre as difíceis condições de vida das pessoas daquela região. D. Cleusa e Luís combinam de irem juntos a uma reunião do Conselho Local de Saúde¹⁰ e da Associação de Moradores do bairro para conseguirem outro espaço para as aulas de dança e exporem as dificuldades dos moradores.

Vamos refletir sobre o entendimento de Saúde e Doença manifestado pelos dois professores de Educação Física.

Partimos do pressuposto que o significado de saúde e doença vai se construindo ao longo do tempo e varia de acordo com a época e cultura. O professor Alexandre diz a D. Cleusa que seus problemas de saúde são fruto da ingestão errada de alimentos e do sedentarismo. Já o professor Luís tenta conhecer a vida daquela senhora e percebe que seus problemas de saúde são causados em parte por sua condição de vida.

Os profissionais de saúde, com formação tradicional e essencialmente técnico-científica, olham a saúde das pessoas e explicam o adoecimento apenas pelo olhar do biológico, do corpo e apresentam posturas normativas nos serviços em saúde. Ou seja tem saúde, quem não tem doença.

Outra forma de olhar é perceber que saúde não é só estar doente, é sim, resultado das condições de vida das pessoas, que inclui alimentação, moradia, salário, educação, justiça social.

Alexandre desenvolveu suas ações com D. Cleusa a partir da sua concepção de saúde doença baseada somente nos sinais, sintomas, medidas e exames do indivíduo. Sua

¹⁰ Espaços de caráter consultivo e fiscalizador, é formado por representante dos usuários eleitos pela comunidade e por profissionais de saúde da ULS

abordagem é limitada, procura modificar comportamentos e condutas da população. Este método é chamado por Paulo Freire de “educação bancária”, ou ainda por Eymard Vasconcelos (2001), de educação “toca boiada”, citada no primeiro capítulo deste trabalho. Com intuito de depositar conhecimento e impor normas e comportamentos. Esta abordagem está baseada na idéia de que o profissional é o detentor do conhecimento a ser transmitido/ensinado, estabelece uma relação vertical e autoritária.

Luís desenvolveu um diálogo com a senhora, conheceu sua vida e seus problemas e percebeu que suas dificuldades vinham das suas condições de vida. Esta forma de trabalhar tem a ver com a visão ampliada de saúde do profissional. Esta concepção se aproxima da educação popular em saúde: que considera o ponto de partida do processo educativo, o saber comum das pessoas sobre adoecimento e cura, adquirido através de sua história de vida e de sua cultura (VASCONCELOS, 2002).

Podemos dizer, então, que a educação popular em saúde implica um diálogo entre as diversas concepções de saúde, doença. Por isto, no processo educativo, devemos privilegiar a experiência e o saber daqueles que sofrem situação de exploração, vulnerabilidade e opressão.

Para STOTZ (1993), o traço fundamental da educação popular em saúde está no método: tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior das classes populares. Na saúde isto significa considerar as experiências das pessoas sobre seu sofrimento e dos movimentos sociais e organizações populares em sua luta pela saúde nas comunidades. Ponto de partida significa reconhecimento, palavra que tem o sentido de admitir um outro saber, tão válido no âmbito do diálogo quanto o saber técnico.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como proposta identificar quais são as possibilidades de superação das concepções e práticas de Educação em Saúde no campo da Educação Física. Para realizarmos isso, buscamos as raízes da Educação em Saúde e as raízes da Educação Física e encontramos nas concepções da Educação Popular em saúde subsídios para transformar a atual prática hegemônica

A educação em saúde fundamentada nas concepções da Educação Popular representa um caminho para promover saúde de forma crítica, permitindo uma transformação na atual prática do professor de Educação Física com a saúde, já declarada como simplista, reducionista e biologicista. Os princípios básicos desta teoria favorecem a compreensão da importância de se estabelecer uma relação com a população baseada no diálogo.

A aproximação da Educação Física com esta prática educativa emancipatória favorecerá ao desenvolvimento de uma nova visão do indivíduo, e conseqüentemente uma prática mais próxima da população.

Entende-se, que para esta mudança ocorrer será necessário a superação do paradigma higienista tão presente na prática do professor de Educação Física. Já é hora de estabelecermos uma relação dialógica com os outros campos do saber, principalmente aqueles debatem e atuam nas questões marcadas pelas desigualdades sociais dos tempos atuais, não as aceitando com acontecimentos naturais da humanidade.

Assim, acreditamos necessária a criação de espaços, dentro de cada disciplina, para a discussão e reflexão sobre a prática educativa em saúde visando uma prática que possibilite a troca de conhecimentos entre profissionais de saúde e usuários, de maneira que ambos sejam atores do processo de conquista do direito à saúde em seu conceito ampliado, ou seja, como resultado das condições de vida.

Desta forma, espera-se que a discussão apresentada sobre o tema possa favorecer a descoberta de estratégias facilitadoras dessa mudança, possibilitando o aprimoramento do olhar da Educação Física sobre o fenômeno saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Un modelo de educación en salud para el Programa Salud de la Familia: por La integralidad de la atención y reorientación del modelo asistencial, *Interface - Comunic.,Saúde, Educ.*, v. 9, n.16, p. 39-52, set.2004/fev. 2005.

ALBUQUERQUE, P. C., STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface (Botucatu)** [online]. 2004, vol. 8, n.15, p. 259-274. ISSN 1414-3283.

BAGRICHEVSKY, M. E ESTEVÃO, A.. Os sentidos da saúde e a Educação Física: apontamentos preliminares. **Arquivos em Movimento**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 65-74, janeiro/junho 2005

BUSS, Paulo Machiori. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNA, D., FREITAS, C. M. Promoção da saúde: reflexões, conceitos e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003

CARVALHO, Y. Educação Física e saúde: releitura e perspectivas. In: Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte, 12, 2001, Caxambu. **Anais...** Caxambu. MG: CBCE, out. 2001. 1 CD-ROM.

COSTA, N. R. Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1985. In: Oliveira, R. M. A Construção do conhecimento nas práticas de Educação Em Saúde: Repensando a relação entre profissionais dos serviços e a população. **Perspect. ciênc. inf.**, Belo Horizonte, n. especial, p. 22-45, jul./dez. 2003

DELLA FONTE, S. S., LOUREIRO, R. A Ideologia da Saúde e a Educação Física. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 8, n. 2, janeiro 1997.

DEMO, P. **Pesquisa**: princípio científico e educativo. 11 ed. São Paulo: Cortez; 2005.

DEVIDE, F. P. Educação Física, Qualidade de Vida e Saúde: campos de intersecção e reflexões sobre a intervenção. **Movimento**, Porto Alegre, V. 8, n. 2, p. 77-84, maio/agosto2002

DA ROS, M. A. Políticas Públicas de Saúde. In: BAGRICHEVSKY, M., PALMA A, ESTEVÃO, A., DA ROS, M. A saúde em debate na Educação Física. Vol. 2 Blumenau: Nova Letra, 2006.

ESCORES, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 333-384.

GAZZINELLI, M. F., GAZZINELLI, A., REIS, D. C., PENNA, C. M. M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiência da doença. **Cad. Saúde Pública**. 21(1), 2005, 200-206

GÓIS JR, E. In: Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte, 2007, Recife, PB. O Novo Higienismo dos anos de 1980 e 90: Um pensamento brasileiro sobre Educação Física e Saúde. **Anais...** Campinas: CBCE, 2007.

GÓIS JR. E. e LOVISOLO, H. R. Descontinuidades e continuidades do movimento higienista no Brasil do Século XX. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. Campinas, v. 25, n.1, p. 41-54, set. 2003

GUEDES, D. P. Educação para a Saúde mediante programas de Educação Física Escolar **MOTRIZ** - Volume 5, Número 1, Junho/1999

HOCHMAN G. **A era do sanitarismo**. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

LIMA, A. L., PINTO, M. M. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciência, Saúde** 2003, 10 (3): 1037-51.

MANO, M. A. A Educação em Saúde e o PSF: resgate histórico, esperança eterna. **Boletim da saúde**. Porto Alegre. v. 18, n. 1, jan/jun 2004.

MATIELLO JÚNIOR, Edgard; GONÇALVES, Aguinaldo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 2001, Caxambu, MG. Entre a bricolagem e o personal training ou a atividade física e saúde nos limites da ética. **Anais...** Campinas: CBCE, 2001.

MATIELLO JR., E., GONÇALVES A., MARTINEZ, J. F. N. Superando riscos na atividade física relacionada à saúde. **Movimento**, Porto Alegre, v. 14, n. 01, p. 39-61, janeiro/abril de 2008.

MENDES, M. I. e NÓBREGA, T. P. O Brazil-Médico e as contribuições do pensamento médico-higienista para as bases científicas da educação física brasileira. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro v. 15, n.1, p. 209-219, jan.-mar. 2008

MERHY E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy E E, Onocko, R, (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

MINAYO, M. C. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOHR A, SCHALL, V. T. Rumos da Educação em Saúde no Brasil e sua Relação com a Educação Ambiental. **Caderno de Saúde Pública** 1992; 8(2): 199-203.

OLIVEIRA, R. M. A Construção do conhecimento nas práticas de Educação Em Saúde: repensando a relação entre profissionais dos serviços e a população. **Perspect. ciênc. inf.**, Belo Horizonte, n. especial, p. 22-45, jul./dez. 2003

POLIGNANO, M. V. **Histórias das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**, 2001. Disponível em: HTTP://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf, acessado em outubro de 2009.

SOUZA, V. S. **A Eugenia no Brasil: ciência e pensamento social no movimento brasileiro do entre guerras**. Acessado em novembro de 2009. Disponível em: <http://www.anpuh.uepg.br/xxiiisimposio/anais/textos/Vanderlei%20Sebasti%C3%A3o%20de%20Souza.pdf>

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23 ed. rev. e atual. São Paulo (SP): Cortez, 2007.

STOTZ, E. M. Enforque sobre educação e saúde. 1993. Texto publicado na página da internet: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_10993.pdf, acessado em novembro de 2009.

WESTPHAL, Márcia Faria. Movimentos sociais e comunitários no campo da saúde como sujeitos e objetos de experiências educativas. **Saude soc.** [online]. 1994, vol. 3, n. 2, p. 127-148. ISSN 0104-1290.

SCHALL, V. T. e STRUCHINER, M.. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública** [online]. 1999, vol. 15, supl. 2.

TOBAR, F., YALOUR M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2 ed. 2001.

VALLA V V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**, 14(Sup. 2): 7 – 18, 1998.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec. 4 ed., 2008

VASCONCELOS, E. M. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: Vasconcelos Eymard Mourão. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões das redes de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2002. Texto publicado na página da internet: http://www.edpopsaude.net/edpopsaude/Palavras_Gestos.html, acessado em novembro de 2009.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular, um jeito especial de conduzir o processo educativo no setor saúde**. acessado novembro de 2009. Disponível em <http://www.redepopsaude.com.br>