



Educação popular em saúde: Uma forma do cuidar

José Damião Rodrigues

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
Endereço: Campina Grande, PB, Brasil
E-mail: profdamiao@servidor.uepb.edu.br

Filipe Ferreira Costa

Instituição: Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Endereço: João Pessoa, PB, Brasil
E-mail: filipecosta@outlook.com

Iraquitán de Oliveira Caminha

Instituição: Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Endereço: João Pessoa, PB, Brasil
E-mail: caminhairaquitan@gmail.com

RESUMO

O estudo objetivou identificar como o Profissional de Educação Física (PEF) desenvolve suas ações concernentes a Educação Popular em Saúde (EPS) com os usuários da atenção primária à saúde, na cidade de João Pessoa-PB. Realizou-se uma pesquisa qualitativa com 14 PEF de ambos os sexos, com idades entre 27 e 53 anos, trabalhando a mais de 5 anos nos NASF-AB em João Pessoa-PB, escolhidos intencionalmente. Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada para coleta de dados, com categorias definidas a priori e subcategorias a posteriori; para análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Resultados: O PEF é capaz de construir a escuta e o diálogo. Conclusão: A EPS ainda parece um conceito estranho para maioria dos PEF entrevistados. Essa estratégia de inclusão e participação social parece estar um pouco distante de tornar-se realidade na atuação em Educação Física.

Palavras-chave: Profissional de Educação Física, Educação Popular em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Cuidar.

1 INTRODUÇÃO

A Educação Popular em Saúde (EPS) é um marco importante para o progresso na saúde brasileira, dado que o foco não é a doença. Nesse sentido, a portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, institui a política nacional de EPS, no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) (BRASIL, 2013). Portanto, tem seu escopo nas políticas de inclusão social, no fortalecimento do diálogo da amorosidade/vínculo, emancipação/autonomia/protagonismo e processo de humanização. Dando segmento à essa nova estratégia de melhorias no sistema de saúde e sociedade, encontra-se a Resolução nº 9, de 2 de dezembro de 2013 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), que estabelece estratégias para implantação da PNEPS-SUS no âmbito do Sistema Único de Saúde. Essa política sugere metodologias e tecnologias de apoio as diversas formas de gestão no SUS, em uma prática direcionada para promoção, proteção e recuperação da saúde em um contexto interdisciplinar e, a partir do diálogo da diversidade de saberes, dando ênfase ao conhecimento



popular e o inserindo na APS. Portanto, as ações voltadas para EPS devem ser norteadas pela participação social no sentido de encontros entre os usuários e os profissionais de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Para Freire (2018a) é imprescindível focar o novo modo de construir uma educação que esteja alinhada aos valores sociais que incluam os sujeitos como corresponsáveis por si. Portanto, a saúde não pode se divorciar da educação, mas sim, tornarem-se intrinsecamente ligadas em uma homogênea forma de buscar melhorar a vida dos sujeitos. Como não podemos dissociar saúde de educação, podemos então, compreender que a “pedagogia da autonomia” (2018a) pode ser, sem dúvidas, utilizada como contexto do trabalho no SUS, sobretudo, quando os sujeitos são acolhidos nos serviços de APS e são instruídos ao controle e participação social dentro de preceitos éticos.

A partir do pensamento de Sêneca, Foucault (2018) aponta para uma ética que perpassa por um exame de consciência e, é estabelecida pelo sujeito social. Nesse sentido, o PEF em sua atuação, tanto pedagógica como terapêutica na APS, deve se pautar na ética que é intrínseca ao cuidado, não lançando culpa aos sujeitos (ex. estigmatizar como preguiçosos), mas os instruindo.

Deve-se sempre considerar que os usuários da APS são portadores de saberes, além disso, é preciso lembrar que não existe pessoa ou indivíduo no universo humano e integrante de uma sociedade que não tenha conhecimento/saber e uma experiência social que lhe dá suporte. Como disse Freire: “Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa (FREIRE, 1989. p.39)”.

Deve ser gerado entre o PEF e o usuários, um sistema de retroalimentação de conhecimentos e experiências (histórias de vida) pessoais, de modo a criar e fortalecer uma empatia que propicie ao usuário o cuidar de si, não só com a adesão e manutenção de hábitos saudáveis, mas também com novos modos de agir no sentido da promoção da saúde de si e dos outros, além do desenvolvimento da cidadania (GUARDA et al., 2014; TOJAL, 2003).

Segundo Nunes (1996), em 1979, os profissionais da saúde pública e medicina preventiva e social buscavam criar uma maneira de fazer saúde que incluísse a participação social como um meio de fortalecer o campo da saúde, ou seja, privilegiasse o social como categoria analítica. Para esse pesquisador, a ideia de saúde coletiva foi discutida em 1978, em dois encontros de pós-graduação, um em Salvador e outro em Ribeirão Preto, com o objetivo de redefinir a formação de pessoal para o campo da saúde. Contudo, apenas em 1979 foi oficializado o termo Saúde Coletiva, momento no qual também foi criada a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), a partir de uma reunião na qual foi reconhecido que deveria haver um equilíbrio entre os conteúdos técnicos e teóricos conceituais que buscassem evitar o tecnicismo e o biologicismo existentes na saúde pública.



Quase dez anos após as discussões que culminaram com a criação da ABRASCO e a continuidade do desejo de tornar mais amplas as ações em saúde, o cenário começou a se concretizar de forma mais robusta a partir da Constituição Brasileira de 1988, que deu origem ao SUS e vislumbrou a participação social que gerou a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, pertinente a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

Compreende-se que o modelo biomédico atual tem sua importância histórica, mas, vivemos um novo momento com intensas adversidades em todas as esferas sociais, portanto, não devendo ser esse o padrão hegemônico para atuação dos profissionais de saúde. Nesse sentido, é necessário saber qual a responsabilidade que o Profissional de Educação Física (PEF) tem com os sujeitos, individualmente, e com a comunidade, quanto aos cuidados na Atenção Primária à Saúde (APS), considerando o processo que deve envolver respeito a subjetivação dos sujeitos. Teria o PEF, conhecimentos sobre Educação Popular em Saúde (EPS)? Quais as implicações de o PEF conhecer ou não a EPS? Como ele pode inserir em suas ações, uma maneira de cuidar que envolva a Educação Popular em Saúde?

O presente estudo justifica-se pelo fato da necessidade de cada membro das equipes de APS ter conhecimentos acerca da EPS e, essa ser uma temática bastante recente para a Educação Física, e ainda pouco estudada, se tornando uma lacuna a ser melhor preenchida. Como objetivo, buscou-se identificar como o PEF desenvolve suas ações concernentes a Educação Popular em Saúde com os usuários da APS na cidade de João Pessoa-PB. Deste modo, consideramos que essa temática pode ser discutida e analisada com base nas teorias de Foucault (2018) e Freire, apesar de eles não terem realizado trabalhos específicos no âmbito da saúde, têm dado suporte teórico para pesquisas, também na área da saúde. Além disso, tomamos como suporte epistemológico conceitual para EPS, a concepção de Vasconcelos, que a considera como “uma prática sanitária integrada a uma ação coletiva e solidária voltada a superar as raízes políticas, culturais e econômicas do sofrimento humano.” (VASCONCELOS, 2004. p.81).

2 MÉTODOLOGIA

Consiste em um estudo de natureza qualitativa, um recorte da tese intitulada Atuação do Profissional de Educação Física e o Cuidado de si na Atenção Primária à Saúde: processos e construções. Quatorze PEF (universo) participaram do estudo, nove do sexo masculino e cinco do sexo feminino, com idade de 39.9 (Dp \pm 7.5), lotados na ESF/NASF-AB da cidade de João Pessoa-PB, com escolha intencional. Os profissionais estavam na atenção primária à saúde a mais de um ano e haviam concluído a graduação a mais de 5 anos; oito tiveram formação em licenciatura plena em Educação Física; quatro realizaram apenas o curso de licenciatura, e dois realizaram o curso de bacharelado. Foi utilizado um gravador e reproduzidor de voz da marca Sony® Digital Voice Recorder 4GB - ICD-PX240, que possibilitou registrar as entrevistas com êxito, além disso, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada. As categorias da pesquisa foram



definidas a priori, com subcategorias a posteriori; para análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin (BARDIN, 2016).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO FÍSICA: PERCEPÇÕES DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Para a categoria investigada, quanto as percepções dos entrevistados em relação a Educação Popular em Saúde (EPS), identificou-se, a princípio, que alguns entrevistados a desconhecem, e ocorre uma falta de orientação. Portanto isso exige a necessidade de discussão sobre essa temática.

Pertinente ao desconhecimento sobre a EPS, esse fato, provavelmente exista pela falta de orientação nas Unidades Básicas de Saúde, pois, dos 14 entrevistados, 9 disseram não conhecer a EPS, como vemos em algumas narrativas a seguir:

S1m: “Não, isso aí pra gente ainda é uma novidade.”

S2m: “Olh... Não! [...] mas a gente não teve uma orientação.”

S8m: “Educação popular em saúde? Já ouvi fala... Mas não tenho conhecimento.

S12m: “Educação popular em saúde ... não! Mas vou procurar saber, viu?”

Percebe-se a falta da noção sobre EPS, por grande parte dos PEF entrevistados. E dada a importância dessa ferramenta quanto ao controle e participação social nas questões de saúde, alguns entrevistados percebem a necessidade de discussão sobre a temática, como vemos a seguir:

S7m: “Sim, Educação Popular de Saúde, ela precisa... É algo que é discutido de forma um pouco reduzida, mas que acredito que deveria ampliar.”

S4f: “[...] Educação Popular em Saúde é, justamente, trazer esse conhecimento popular, discutir esse conhecimento.”

Esses profissionais tiveram suas respostas no sentido de que compreendiam EPS como qualquer atividade que envolvesse o conhecimento das pessoas. Contudo, Vasconcelos (2004) diz que essa é uma associação errônea em relação ao conceito de educação popular, pois o nome educação popular não se refere a algo que se tornou comum à população ou ao alargamento do conhecimento por parte dela, mas corresponde a uma perspectiva política na construção de uma sociedade mais justa e igualitária, de modo que os sujeitos de classes sociais consideradas inferiores, alcancem dignidade e se tornem importantes nas decisões em relação aos aspectos culturais, políticos e econômicos. As considerações trazidas por Vasconcelos pactuam com o conceito ampliado de saúde, bem como de saúde coletiva, voltados para integralidade do cuidado.



O método de educação popular, proposto por Paulo Freire e, adotado pelos profissionais de saúde, enxerga esses profissionais, bem como os sujeitos por eles atendidos, como construtores da sua própria saúde, por outro lado, a pedagogia biomédica se operacionaliza vendo apenas um corpo e seus males que podem ou não, serem curados especificamente por medicamentos e cirurgias. A educação popular, contudo, vê o sujeito no seu contexto de vida, de modo que a doença pode ser tratada não apenas tradicionalmente pela cura do ferimento, como mera técnica insensível, mas indo além, a partir da reflexão crítica e problematizadora que define os sujeitos pelo seu modo de viver.

Nesse modo de viver, a própria vida é levada em conta e os sujeitos devem ser integrados como protagonistas da sua saúde, assim, os PEF e demais profissionais de saúde devem agir no sentido de minimizar ou suturar os espaços existentes entre os serviços de saúde e a vida cotidiana da população.

Para Vasconcelos (2015), concernente aos enfrentamentos dos problemas de saúde, a maioria dos profissionais de saúde têm pouco conhecimento sobre como se processa a dinâmica das famílias e das comunidades, sobretudo, das vulneráveis. Acredita-se que esse fato gera paternalismo, autoritarismo e pode interferir negativamente no fazer cotidiano dos profissionais desse serviço.

Considerando a EPS como um instrumento do cuidar, entende-se que urge a necessidade de incorporá-la permanentemente ao cuidar de si, de modo que as teorias de Paulo Freire (educação) e Michel Foucault (cuidar de si) se entrelacem nos processos e construções de uma nova maneira de aprender e fazer saúde. Para que isso ocorra, é imprescindível uma ampla discussão, como citado por S7m e S4f, pois não pode ficar apenas no campo teórico, uma vez que a aprendizagem ocorre predominantemente na práxis, a partir da experiência para posteriores correções. Então! O que o PEF pode fazer?

O PEF pode fazer muito mais que prescrição de exercícios, ele pode juntamente com os demais profissionais da APS, direcionar à realização de atividades, também na forma de EPS, voltadas para a imersão dos usuários ao contexto proposto pela saúde coletiva (inclusão). Neste estudo foi encontrado que: dos entrevistados, apenas um (1) afirmou realizar EPS e, dois (2) demonstraram ter uma noção do que seja EPS, conforme preconiza o Ministério da Saúde, por outro lado, treze (13) PEF entrevistados nunca realizaram EPS.

Nesse contexto de busca por soluções dos problemas do cuidado em saúde, podemos nos espelhar no legado pedagógico deixado por Paulo Freire, dentre outros. Uma vez que o conceito de saúde se (con)funde com o de qualidade de vida, a EPS deve proporcionar aos usuários da APS, ambientes com aspectos ecológicos-geográficos e emocionais que fomentem um processo de construção sociocultural favorável a emancipação e a modos de vida dignos.

Uma das principais estratégias que os profissionais de saúde tomam como base para inserir a comunidade na EPS, é a conquista, em primeiro lugar, das lideranças populares locais, uma vez que elas já estabeleceram vínculos com a comunidade (VASCONCELOS, 2015).



Alguns PEF ainda têm uma concepção equivocada do que seja a prática da EPS, como podemos identificar na fala de S14m:

“[...] eu estou dentro da educação popular na saúde, a partir do momento que a gente atende aqui diversas culturas, a gente já atendeu índio, já atendeu negro, pessoas com doenças falciformes, a gente atende pessoas cadeirantes, a gente atende pessoas com sequelas de AVC, então quando a gente une toda essa população eu acho que é a educação popular propriamente dita.”

Essa fala nos remete ao que muitos pensam ser EPS, dado o cenário do trabalho realizado ser caracterizado por diversas etnias e diferentes patologias, mas isso não é EPS. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde do Sistema Único de Saúde Brasileiro (PNEPS-SUS), compromissada com a universalidade, integralidade e equidade, traz a educação popular com sua compreensão ancorada em 4 pilares, os quais são: i) participação, controle social e gestão participativa; ii) formação, comunicação e produção de conhecimento; iii) cuidado em saúde; iv) intersetorialidade e diálogos multiculturais (BRASIL, 2013). A parceria da ESF com o os demais profissionais é imprescindível para operacionalização desses pilares, bem como para proporcionar a multidisciplinaridade na prática educativa demandada pelos usuários (FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2012).

Como análise, identificamos que a realização da EPS implica conhecimentos por parte das equipes de saúde da qual o PEF faz parte, diante disso, acreditamos que ainda é insuficiente a capacitação dos profissionais para desenvolverem uma pedagogia voltada para dialeticidade e objetividade-subjetividade visando a autonomia e a inserção crítica dos sujeitos, (FREIRE, 2018b).

Dado que as “elites” têm o desejo de que as massas não pensem, a EPS se torna uma ameaça devido conter fortes traços que conduzem a reflexão e a crítica que causam a “rebeldia”. Entretanto, esperamos que seja gerada uma livre vontade dos PEF que atuam na APS, no sentido de possibilitarem ambientes e afetos necessários à inserção crítica da classe oprimida, como sujeitos ativos no seu processo histórico, não esquecendo que a EPS “pode ser uma estratégia de cuidado, muito explorada pelos profissionais de saúde” (JAHN et al., 2012, p.550).

Os usuários da APS não apenas podem, mas também, devem ser corresponsáveis pelos seus modos de vida, e pelo participar ativamente do processo de corresponsabilização para construção de um viver mais integrado à própria saúde e à sociedade. Nesse sentido, vejamos as respostas dos entrevistados:

S8m: “É essa autonomia dele, de si cuidar, não esperar só o profissional pra poder fazer. É ele ter a consciência de que pode fazer uma caminhada, pode fazer um alongamento. Ele não precisa esperar o dia pra falar com o profissional pra fazer atividade.”

S9m: “Eu apoio que ela faça em casa, que ela tenha autonomia em fazer, mas que ela procure primeiro um profissional.”

S10f: “A gente tenta empoderar eles, trazer pra eles ... conhecimento. Olha! Isso é assim ... essa hipertensão, ela se dá por isso, por isso e por isso, se você não fizer assim ... pode acarretar isso e



isso, para que ele tenha conhecimento e, a partir do conhecimento ele possa elaborar o processo de autorresponsabilidade ... de autocuidado.”

A EPS, como vimos discutindo neste artigo, é uma estratégia importante e necessária à autonomia, empoderamento e protagonismo dos usuários na APS, como percebemos nas falas dos entrevistados. Contudo, concordamos com S9m, no sentido da maior segurança na autonomia dos sujeitos, quando eles escutam e seguem as orientações dos profissionais. Neste sentido, parafraseando Paulo Freire e, substituindo a palavra criança por usuários da APS, é necessário que os usuários aprendam que as vezes, sem nenhum desrespeito à sua autonomia, faz-se necessário atender a expectativa dos profissionais de saúde para autenticar sua autonomia acatando a autonomia dos outros, implicando escolha, decisão e ausência de neutralidade no mundo (FREIRE, 2000a).

Podemos identificar que a narrativa de S10f expressa naturalmente o discurso epidemiológico contingencial da causa-efeito. “Se você não fizer assim” ... dizem as evidências, ficará doente. Outras evidências como as dos níveis socioeconômicos e às ambientais têm se associado e determinado, portanto, o processo complexo denominado saúde-doença.

Foucault (2018) ao citar Mousonios Rufus, diz que ele afirmava a necessidade de cuidar-se sem cessar para um modo de vida salutar, explicitando a necessidade de cuidar de si como uma ocupação durante toda a vida (p. 81). Além de Rufus e Plutarco (caminhar contemplando o entorno), o médico e filósofo Galeno alertou para a necessidade de exercitar-se ao longo da vida. Quando o termo conversão é ligado ao contexto jurídico e político, ele tem o sentido de ser soberano de si mesmo, bem como ser independente, ter autonomia, ter autodomínio que implica em exercer relação de poder consigo próprio, um trabalho que fica na alma.

Seguindo a compreensão de Ceccim e Bilibio (2007), esse trabalho que fica na alma, é concebido do investimento subjetivo (escuta, respeito, vínculo, autonomia) nos usuários, o que deve gerar o cuidar de si e a autonomia coletiva como forma de organização. Nesse contexto, existem possibilidades da interação PEF e usuários da APS para irem além dos paradigmas sanitários ainda vigentes, e transcenderem em direção à autonomia da vida. Além disso, é necessário ultrapassar ações de interação e socialização dos indivíduos, criar condições sociais que permitam a cada pessoa se destacar no seu modo particular de ser e, tornar-se sujeito de direitos. (SCABAR; PELICIONI; PELICIONI, 2012 , p.415).

Michel Foucault (2018), falando do cuidar de si em uma visão platônica, relata que Alcibíades foi conduzido por Sócrates a conhecer sua própria ignorância que era ignorada por si, sendo esse o primeiro passo para sair da camada mais profunda do estrato da ignorância. Agora, sabendo que não sabe, Alcibíades necessita dar o segundo passo que é ocupar-se consigo mesmo para minimizar a ignorância e, começar a “cuidar de si”, sabendo que para cuidar de si é necessário “conhecer a si mesmo”.



Se considerarmos o cuidar de si atrelado a EPS, ao corpo em movimento, e como uma necessidade de mudança em direção a novos modos de vida, parece ser necessário, por parte dos usuários da APS, uma aceitação/adesão às atividades físicas/práticas corporais. Isso é importante, inclusive, para que eles deem sentidos e significados às ações dos PEF, e obtenham conquistas além do contexto biologicista.

Sabe-se que o principal foco da EPS é trabalhar a autonomia dos implicados no processo de autolibertação, tornando-os protagonistas de ações conjuntas com os profissionais das equipes de saúde. Ser protagonista é, em especial, cuidar de si na corresponsabilização junto aos profissionais de saúde, é atuar como ator social de mudanças na direção da dignidade e do respeito humano, tomando consciência de si e consciência de mundo como inacabados, inconclusos, em um perene movimento de busca (FREIRE, 2018a).

As respostas dos entrevistados sobre corresponsabilidade dos usuários/ pacientes, nos remetem à uma reflexão interessante. De modo geral, podemos concatenar as subcategorias onde o PEF, em sua atuação, é o mediador da corresponsabilização dos sujeitos a partir da sensibilização/conscientização que é evocada através do diálogo que ele mantém com os usuários, objetivando o conhecimento e a corresponsabilização para possíveis mudanças de hábito que ampliem o escopo dos cuidados para uma vida saudável. Acreditamos que deva ser essa a primeira linha de cuidado do PEF no sentido de promoção da saúde e prevenção de agravos aos sujeitos.

Quanto a corresponsabilidade dos usuários, especificamente, vejamos o que os entrevistados responderam:

S7m: “Se ela quer ter uma qualidade de vida melhor, se ela quer ter uma saúde com qualidade, ela precisa fazer a parte dela, e fazer a parte dela é justamente a corresponsabilidade.”

S11m: “Eu penso que eles têm que ser corresponsável, porque eles têm que ter uma atitude e, eles têm que tomar conta da saúde deles. Ele vai vir pra mim, fazer pra ele... Eu vou ser responsável por uma parte, mas por outra parte eles têm que se corresponsabilizar, porque se eles não forem corresponsáveis, quem vai ser?”

Como podemos analisar nas narrativas acima, uma segunda linha de cuidado consiste na corresponsabilização dos usuários da ESF/NASF-AB, e ocorre no sentido de que esses usuários não devem esquecer de fazer a parte deles, como compreendido por S7m e S11m, para não sobrecarregar ou estressar os profissionais que trabalham e se dedicam com esmero no cuidado a esses usuários. Não será possível, por exemplo, os sujeitos perderem massa gorda ou terem reduzidas suas taxas de colesterol e glicose, se eles mesmos não cumprirem o que foi acordado com o PEF e com o nutricionista, ou ainda melhorarem de uma dor de cabeça, se não tomarem o medicamento prescrito pelo médico. Esse é, contudo, um ponto no qual devemos lembrar de não trazermos o sentimento de culpa aos sujeitos, quando não alcançarem suas metas, mas, de definir com eles, as possibilidades e os caminhos para alcançar os objetivos, com sua autonomia sendo levada em conta. Para Freire (FREIRE, 2000a), o poder ideológico dominante impregna nos



dominados a responsabilidade por sua situação, por seus fracassos no mundo, de maneira que lhes são imputadas as culpas.

Olhando pelas lentes de Foucault (2014), em vigiar e punir, compreendemos que imputar culpas para disciplinar os sujeitos, tornando-os dóceis, é uma tecnologia pós-moderna (psicológica) de punição, contudo, sem efeito positivo, como podemos observar nos elevados percentuais de atividade física insuficientes registrados, e em relação aos níveis de sedentarismo e obesidade globais. A OMS (KNUTH; CARVALHO; FREITAS, 2020) diz que a cada ano 5 milhões de mortes poderiam ser evitadas se as pessoas se mantivessem fisicamente ativas. A lógica de mercado se fortalece, coloca-se sobre os sujeitos a completa responsabilidade com sua saúde e, desse modo, comumente desrespeitam as condições econômicas e socioculturais da população (KNUTH; CARVALHO; FREITAS, 2020).

Considerando o conhecimento como um elemento libertador, independente da índole ou essência da vida psíquica do sujeito, ele, possivelmente pode ser o maior gerador de autonomia, que por sua vez, cria o protagonismo, entretanto, exige responsabilidade consciente como podemos ver a seguir:

S4f: “Quando a gente tem conhecimento que somos corresponsáveis pelo nosso cuidado, a gente vai ter como, ter... mudar um pouco esse nosso contexto de saúde.”

S12m: “Vai depender do seu grau de conhecimento [...]. Lá na unidade em que trabalho, lá no baixo Roger, o conhecimento na questão educacional e cultural também é muito baixo, e aí o pessoal é muito leigo na questão do conhecimento das condições de saúde.”

S14m: “[...] tem sete dias na semana e as vezes o usuário vem um dia com a gente, e os outros seis? Ele não faz nada. Por que elas não se corresponsabilizam? E, eu acho que ela tem muito poder diante da sociedade e como também ela (pessoa) tem muita corresponsabilização no cuidado dela.”

As falas de S12m e S14m, indicam, primeiro que usuários com baixa escolaridade não têm condições de se corresponsabilizar, primeiro, por não ter conhecimento sobre condições de saúde, segundo, por apesar de os usuários terem “poder” frente a sociedade, são “acomodados”, inclusive nas suas ações de autonomia e protagonismo relacionados a sua corresponsabilidade quanto a saúde. Esse discurso serve de base ou apoio para políticas neoliberais onde a meritocracia se beneficia com “o mito da operosidade dos opressores e o da preguiça e desonestidade dos oprimidos” (FREIRE, 2018b).

Os PEF entrevistados consideram necessário, os usuários/pacientes do SUS serem protagonistas não só da sua saúde, mas também da sua vida, o que lhes confere responsabilidades e respostas positivas às orientações dadas pelos profissionais de saúde.

Um estudo (FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2012) realizado em Montes Claros (MG) identificou que os usuários da ESF são conscientes e, consideram-se sujeitos da sua própria educação, que os profissionais de saúde são essenciais como facilitadores do processo educativo. Nesse sentido, eles compreendem melhor seu papel na transformação da realidade. De fato, pode-se analisar que nos locais de



realização efetiva da EPS, ocorre uma mudança da prática dos usuários em relação ao cuidado com sua própria saúde.

Quando a educação é baseada na transmissão e reprodução do conhecimento, os educadores forçam os educandos à heterogeneidade de ações e pensamentos, assim a educação é reduzida a técnica, ao treino, chegando próximo ao adestramento como puro exercício de adaptação ao mundo (FREIRE, 2000b).

Problematizando mais uma vez, o que é necessário para que os sujeitos atendidos pela APS se tornem sujeitos autônomos em seu modo de vida, sem que sejam adestrados, mas sim, educados e instruídos? Foucault (2018), mais uma vez citando Musonius Rufus, diz que é necessário um mestre (filósofo) que se torne mediador do indivíduo na sua constituição como sujeito e, que haja treinamento. O mestre tem que em primeiro lugar, ser um modelo de comportamento; em segundo lugar, tem que ter habilidades, aptidão para transmitir conhecimentos, ser competente; por último tem que desenvolver a mestria do embaraço e da descoberta a partir do diálogo. Nesse sentido, acredita-se que cada profissional da equipe de referência e da equipe de apoio deverá atuar como esse mestre, desde o acolhimento até as atividades e aos encaminhamentos necessários. A prática de si, aqui, tem como característica inicial uma continuidade a ser seguida até a velhice, dado que a velhice, desse prisma, é considerada o ponto de completude do sujeito.

Portanto, ao perguntar a S12m se ele concordava com o usuário ser protagonista do cuidado de si, ele respondeu:

“Eu acho que ele deve sim procurar melhoria na, na ... qualidade de vida dele, mas não se corresponsabilizando.”

Então foi perguntado ao mesmo profissional se a responsabilidade deveria ser toda do médico, do PEF, do fisioterapeuta, do psicólogo ... e o usuário não pode participar de suas questões de saúde. Ele respondeu:

“Não, não, eu acho que o profissional vai dar um norte para você, ele vai dar a orientação e o caminho certo de você seguir, e não você se automedicar, vamos dizer assim ... porque as vezes o que acontece nas unidades de saúde, o pessoal chega lá e ... “eu quero uma ultrassom”; “eu estou com uma dor no meu ombro e eu quero fazer uma ressonância magnética no meu ombro”; “eu não estou muito bem aqui, eu estou passando mal e quero um remédio para meu estômago”, e não bem assim. Se os profissionais estudam, têm o conhecimento, então tem que ter essa questão [...]”

Espera-se que a educação em saúde possa sensibilizar e, talvez conscientizar os usuários, quanto a importância da sua corresponsabilização no cuidado, inclusive, possa reduzir a procura por consultas, exames e medicamentos (FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2012). Nesse sentido, o PEF necessita conhecer melhor o SUS, a saúde coletiva, e se afastar o quanto possível da racionalidade hegemônica atual do modelo assistencial em saúde, e andar no caminho da construção da integralidade como fundamento para nova racionalidade (ALVES, 2005). Além disso, esse profissional deve priorizar



estratégias que conduzam os implicados nos atendimentos da APS, ao protagonismo e autonomia necessárias ao cuidado de si.

3.2 ESTRATÉGIAS QUE PODEM SER ADOTADAS PARA QUE OS USUÁRIOS SEJAM PROTAGONISTAS DO SEU CUIDADO

O PEF atuando no âmbito da saúde, necessita buscar respostas às perguntas para as quais ele não estava habituado, e uma delas é: quais estratégias devem ser adotadas para desenvolver seu próprio protagonismo e, como educador se conduzir para desenvolver uma educação libertadora no sentido de construir o protagonismo dos usuários da APS? Nesse contexto, temos encontrado amparo na literatura, sobretudo da enfermagem que é, na nossa opinião, a mãe do cuidar.

Compreendamos o termo autonomia aqui, como descrito por Michaelis (2020), ou seja, capacidade de autogovernar-se, e ainda como “liberdade do homem que, pelo esforço de sua própria reflexão, dá a si mesmo os princípios de ação, não vivendo sem regras, mas obedecendo às que escolheu depois de examiná-las.” Esse é um momento no qual a noção do cuidado de si aparece pela primeira vez de forma mais clarificadora como um imperativo e, de acordo com Franco (2018), no momento em que Sócrates percebe a necessidade de Alcibíades conhecer a si e cuidar de si, Foucault identifica a origem do cuidado de si entrelaçada a educação e a riqueza.

Após pré-análise, encontramos a subcategoria conversa ou diálogo com o usuário dos serviços, esta é vista como primeira estratégia para o protagonismo dos sujeitos, conforme as principais narrativas a seguir:

S6m: “Na conversa com o paciente, com ... com o usuário, ele entender o que é prazeroso para ele, né? [...] Aí a gente pode dizer, se você não gosta de funcional, não gosta da caminhada e quer fazer outras coisas, a gente tenta procurar um outro lugar que ele possa ir né?”

S4f: “Acho que a gente tem que trazer as pessoas para estarem discutindo saúde junto, pra tá discutindo o autocuidado junto, e não a gente está sempre verticalizando, justamente... a gente trazendo tudo pronto, tudo pronto, tudo pronto, como se fossemos donos dos saberes, profissional dono do saber, e não é, a gente precisa trazer o conhecimento de todo ... de toda a comunidade, da população que a gente tá cuidando.”

Fazemos um destaque para fala de S4f, quando diz que deve trazer a pessoas para discussão e evitar a verticalização. Essa narrativa traz consigo a capacidade que alguns PEF têm no trato com cuidado, e que todos deveriam ter. Mas, infelizmente são muitos os fatores que se associam para que isso não aconteça, a exemplo da própria formação, que seguindo o pensamento do educador Paulo Freire, constitui um ambiente propício para o antidiálogo e para a verticalidade das imposições e fortalecimento dos “detentores do poder” (nesse caso, os profissionais de saúde), sobretudo do médico. Esse cenário conduz ao mutismo e, “o mutismo não é propriamente inexistência de resposta. É resposta a que falta teor marcadamente crítico” (FREIRE, 2013, p69). As práticas no modelo da comunicação dialógica seguem um caminho emancipatório que



valoriza a construção de um saber no processo saúde-doença-cuidado, respeitando a decisão dos sujeitos em relação as estratégias que devem adotar para promover, manter ou recuperar sua saúde (ALVES, 2005; CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

Para que a população se torne participativa, a literatura existente sugere: oficinas, vídeos, dinâmicas diversas para interação e participação dos usuários. No caso do núcleo específico da EF, é importante também a participação dos usuários nas decisões de quais músicas e tipos de atividades físicas/práticas corporais serão desenvolvidos, de acordo com os grupos operativos ou outros grupos em questão. Alguns PEF podem, e têm competências para desenvolver atividades que favoreçam a capacidade de expressão autônoma dos usuários da APS, ou seja, de serem arquitetos e construtores da sua realidade e da sua história. Quanto as oficinas, as diretrizes do NASF-AB (Cab_27) (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) preveem que elas devem ser organizadas de forma educativa com abordagem pertinente ao processo saúde-doença, no sentido de conduzir os usuários na construção do conhecimento e de um projeto de vida, bem como incentivar a autonomia, a participação e o empoderamento social (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; BRASIL; VIGILÂNCIA; ATENÇÃO, 2010) que pode ser realizado também na forma de práticas corporais, atividades físicas e esportivas, bem como a construção em conjunto, de materiais para uso nessas atividades.

Além dessas estratégias citadas, é possível incluir o vídeo artesanal como ferramenta estratégica problematizadora e de integração profissional-usuário-profissional; comunicação popular alternativa e democrática como instrumento potencializador de discussões e debates educativos em saúde e sobre problemas comunitários, inclusive, relacionados a própria ESF/NASF-AB na qual é atendido e, assim, contribuir no processo de construção de uma sociedade com capacidade de maior expressão no campo da autonomia, da recepção crítica e no engendramento de sua própria realidade e historicidade (VASCONCELOS, 2015).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Educação Popular em Saúde ainda parece ser um conceito estranho à maioria dos PEF entrevistados, dada a compreensão bastante superficial de alguns e de completa falta de conhecimento por parte de outros, de modo que o estranhamento tem produzido curiosidade, mas com habilidades ainda insuficientes para implementá-la na Educação Física.

Conforme pudemos constatar e apreender através das narrativas dos entrevistados, a EPS parece estar um pouco distante de se tornar realidade no núcleo de Educação Física, no contexto do cuidado integral em saúde na APS/NASF-AB. Mas o PEF não deve desistir, pois a EPS surgiu como um fator importante para redefinição do modelo assistencial de saúde e de inovação nos modos de cuidar face ao modelo biomédico hegemônico. Nesse contexto, ainda incipiente da relação EPS-PEF, acreditamos que o PEF



poderá se apropriar melhor das noções que permeiam sua atuação no âmbito da saúde, e criar fortes possibilidades de tornar os usuários/pacientes mais autônomos e protagonistas do cuidar de si com vistas à uma EPS de qualidade.



REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 39–52, 2005.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. RESOLUÇÃO No 9, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2013. . Brasília, DF: [s.n.]. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0009_02_12_2013.html>. , 2013
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadernos de Atenção Básica Diretrizes do NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família*. p. 152, 2010.
- BRASIL. LEI No 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>.
- BRASIL. Portaria No 2.761 de 19 de novembro de 2013: Instituiu a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadernos de Atenção Básica no 35: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[3Cwww.saude.gov.br/editora%3E](http://www.saude.gov.br/editora)>.
- BRASIL; VIGILÂNCIA, S. DE; ATENÇÃO, S. DE. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. [S.l: s.n.], 2010.
- CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. Singularidades da Educação Física na Saúde: desafio à Educação Física de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. Fraga, A.B.; Wachs, F. (Org) *Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de formação e perspectivas de intervenção*. 1. ed. Porto Alegre: UFRGS, 2007. p. 133.
- CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. Ó. R. *Educação em Saúde na Prática do PSF: Manual de enfermagem*. Disponível em: <<https://saebrasil.webnode.com.br/news/a-educacao-em-saude-na-pratica-do-psf/>>. Acesso em: 18 ago. 2020.
- FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES NETO, J. F.; LEITE, M. T. DE S. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, n. 41, p. 315–329, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000200003&lng=pt&tlng=pt>.
- FOUCAULT, M. *A Hermenêutica do Sujeito*. 4. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2018. Disponível em: <<http://www.wmfmartinsfontes.com.br>>.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: Nascimento da prisão*. 42. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2014.
- FRANCO, M. A. *Aikido, cuidado de si e educação física: trilhando um caminho para uma arte do bem viver*. 1. ed. Curitiba: Appris, 2018.



FREIRE, P. A Importância do Ato de Ler. 23. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

FREIRE, P. Educação como Prática de Liberdade. 44. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

FREIRE, P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2018a.

FREIRE, P. Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos. 1. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2000a.

FREIRE, P. Pedagogia da Indignação: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Editora UNESP, 2000b.

FREIRE, P. Pedagogia do Oprimido. 66. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2018b.

GUARDA, F. R. B. DA et al. Intervenção do profissional de educação física: formação, perfil e competências para atuar no Programa Academia da Saúde. Revista Pan-Amazônica de Saúde, v. 5, n. 4, p. 63–74, 2014. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232014000400008&lng=en&nrm=iso&tlng=en>.

JAHN, A. DO C. et al. Educação Popular Saude: Metodologia potencializadora das ações do enfermeiro. Rev Enferm UFSM, v. 2, n. 3, p. 547–552, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3522/pdf>>.

KNUTH, A. G.; CARVALHO, F. F. B. DE; FREITAS, D. D. A atividade física no discurso governamental brasileiro: análise de alguns meios de comunicação à sociedade. CADERNO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTE, v. 18, n. 2, p. 171–176, 2020.

MICHAELIS. Autonomia. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/autonomia/>>. Acesso em: 17 ago. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, B. Educação Popular em Saúde. Disponível em: <<http://portalsms.saude.gov.br/participacao-e-controle-social/gestao-participativa-em-saude/educacao-popular-em-saude>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: Revisitando a sua História e os Cursos de Pós-Graduação. Ciência & Saúde Coletiva, v. 1, n. 1, p. 55–69, 1996.

SCABAR, T. G.; PELICIONI, A. F.; PELICIONI, M. C. F. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. J Health Sci Inst, v. 30, n. 4, p. 411–418, 2012.

TOJAL, J. B. Diretrizes Curriculares para o Bacharelado em Educação Física: novos rumos. Revista da Educação Física/UEM, v. 14, n. 2, p. 105–112, 2003.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 67–83, 2004.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular e a atenção à saúde da família. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.



CONTRIBUIÇÕES AUTORAIS

José Damião Rodrigues: Concepção, planejamento, redação, revisão; autor da tese de doutorado da qual o presente artigo foi retirado.

Filipe Ferreira Costa: Planejamento, redação, revisão e aprovação da versão final.

Iraquitan de Oliveira Caminha: Planejamento, revisão e aprovação da versão final.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao CNPq, aos profissionais de Educação Física, gestores da Atenção Básica à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB,

FINANCIAMENTO

A presente pesquisa foi realizada com o apoio financeiro do CNPq.