



**FABIO FORTUNATO BRASIL DE CARVALHO**

**Atividade Física na perspectiva crítica de Promoção da Saúde:  
Por outra compreensão da Educação Física.**

**Rio de Janeiro  
2008**

**Fabio Fortunato Brasil de Carvalho**

**Atividade Física na perspectiva crítica de Promoção da Saúde:  
Por outra compreensão da Educação Física.**

Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública, com vistas à obtenção do título de Sanitarista, apresentada à Comissão Julgadora da Escola Nacional de Saúde Pública, sob orientação da Mestra Rosa Maria da Rocha.

Rio de Janeiro  
2008

**Fabio Fortunato Brasil de Carvalho**

**Atividade Física na perspectiva crítica de Promoção da Saúde:  
Por outra compreensão da Educação Física.**

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Sanitarista.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof<sup>o</sup>. Ms. Rosa Maria da Rocha  
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – FIOCRUZ

---

Prof<sup>o</sup>. Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares  
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – FIOCRUZ

---

Prof<sup>o</sup>. Phd. Alexandre Palma  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

## AGRADECIMENTOS

À minha mãe, pois “seu carinho me fortalece, seu amor me faz viver” e complementado, nossas divergências me tornaram um homem de princípios.

À orientadora deste trabalho, Professora Rosa Maria da Rocha, principalmente pelas oportunidades que vem me oferecendo, você não sabe o quanto eu as esperei.

À “patroa”, sempre juntos em tudo, desde o jogo do VASCO lotado, cobrança pela confecção de artigos no prazo estipulado, até o grande sonho cada vez mais próximo do casamento, “rs”, estamos de verdade juntos!!!! “É pra você BEBEL.”

Ao Professor Alexandre Palma, pois aquele encontro no curso por teleconferência na administração nacional do SESC, mesmo que de forma despropositada, me permitiu conhecer e buscar a aproximação com a Saúde Coletiva para dar sentido às reflexões sobre a Educação Física/atividade física como possível porta para saúde, bem-estar, qualidade de vida e outros termos que representam a promessa de felicidade, de forma simplista e unilateral.

Às novas e grandes amizades que pude fazer ao longo do curso e de nossos debates acalorados nas caronas, na sala, em Belo Horizonte, na feira dos Paraíbas (“rs”) ou no almoço na ENSP que permitiram que eu compreendesse um pouco melhor os possíveis caminhos para a luta pela saúde – Rodrigo, Juliana, Kleber, Andressa, Abel, Muanza e tantos outros.

## RESUMO

O presente trabalho consistiu em revisão bibliográfica e pretende evidenciar as discussões teóricas que a Educação Física tem feito baseado em alguns referenciais da Saúde Coletiva/Promoção da Saúde apontando possibilidades de aproximação entre estes campos do saber na perspectiva de alcançar outra compreensão da Educação Física. A literatura especializada da Educação Física e a mídia em geral, constantemente advogam a saúde como um dos principais fins da atividade física. Acreditamos que o termo atividade física pode abarcar um sentido amplo, extrapolando a quantificação energética e por este motivo optamos pela sua utilização. Contudo, a Educação Física privilegia o enfoque biológico da “saúde”, resultando numa relação causal entre a atividade física e saúde; o que é explorado pela lógica comercial de criar, aumentar a necessidade ou sua percepção por parte de possíveis consumidores. Fala-se também em bem-estar e qualidade de vida; o que é acriticamente aceito e difundido até mesmo entre os profissionais de saúde. É gerado a partir deste entendimento que o indivíduo, independente do seu contexto de vida só teria uma escolha a fazer; tornar-se fisicamente ativo, o que caracteriza uma forma ‘culpabilizatória’ de encarar a adoção da atividade física como hábito de vida. Contrapondo a forma prescritivo-normativa com que a atividade física vem sendo ‘receitada’ aos sujeitos, repudiamos a crença ‘ingênuas’ que atividade física produz saúde que imputa à primeira a responsabilidade de tornar-se redentora de todos os possíveis males do sedentarismo. Defendemos que concomitantemente ao fomento da prática regular de atividade física haja a análise do contexto de vida dos sujeitos e o subsequente enfrentamento dos determinantes de sua saúde, assim, os conteúdos da Educação Física devem permitir a compreensão e enfrentamento dos diversos fatores que influenciam tal prática. Vislumbramos a real possibilidade do estreitamento da Educação Física com alguns referenciais da Saúde Coletiva/Promoção da Saúde através do crescente envolvimento de profissionais da área que materializam-se, entre outros, na carta de Porto Alegre, redigida em 2006 no seminário de Educação Física e Saúde Coletiva: a inserção no SUS ou ainda em outras iniciativas.

Descritores: Promoção da saúde; determinantes sociais da saúde; Educação Física;

atividade física.

## **ABSTRACT**

This study was a bibliographic review and tried to highlight the theoretical discussions in the physical education area based on Public Health/ Health Promotion showing the possibilities to close this discussion. Physical activities as a principal way of being healthy is released by the expert literature and the media very often. We believe that the physical activity meaning is wide and go beyond the energy expenditure. That is the reason we choose this term. Physical Education emphasizes focus on biological health. This belief results in a commercial need, creates and even increases a new necessity or perception to possible consumers. It talk about welfare and quality of life; which is acritical accepted and released even with health professionals. From this understanding, without considerate the context of life, the subject have only one choose: be physicaly active which characterizes a 'guilty' way to face the physical activity as a life habit. Contrasting a prescriptive-normative form that the physical activities are being 'prescribed' for subjects, we repudiate the 'naive' belief that physical activity produces health and put in this thought the responsibility to be the redemption for possible sedentary ill. We defend that must be done a individual context of life analisis concomitantly the promote of including physical activities as a habit and face the health determinants, so, the Physical Education topics must allow to face the health determinants and the comprehension of a lot of factors that influences the practice. We see a real possibility to strait the discussion between some Public Health / Health Promotion references and Physical Education throughout the increasing area professionals involvement that we can see clearly in carta de Porto Alegre. It was wrote in 2006 in a Physical Education and Health seminary; the including in SUS programs and others possibilities.

**Keywords:** Health promotion; social health determinants; Physical Education; physical activity.

## SUMÁRIO

Introdução.....	9
Objetivo geral.....	13
Objetivos específicos.....	13
Capítulo 1: Promoção da Saúde.....	14
Capítulo 2: Determinantes Sociais da Saúde.....	20
Capítulo 3: Principais documentos do movimento da Promoção da Saúde .....	25
Capítulo 4: Aproximando Educação Física e Saúde Coletiva/Promoção da Saúde .....	37
Capítulo 5: Considerações finais.....	53
Referência bibliográfica.....	57



## INTRODUÇÃO

Os Parâmetros Curriculares Nacionais: Educação Física (PCNs), documento redigido pela Secretaria de Educação Fundamental, órgão ligado ao Ministério da Educação e Cultura indicam como objetivo do ensino fundamental, entre outros: “*conhecer o próprio corpo e dele cuidar, valorizando e adotando hábitos saudáveis como um dos aspectos básicos da qualidade de vida e agindo com responsabilidade em relação à sua saúde e à saúde coletiva*” (Brasil, p.9, 1998). Recorreu-se a este importante documento que “*pretende criar condições, nas escolas, que permitam aos nossos jovens ter acesso ao conjunto de conhecimentos socialmente elaborados e reconhecidos como necessários ao exercício da cidadania*” (Souza, 1998), não de forma despropositada e, sim para revelar que a Educação Física pode se beneficiar da aproximação com a Saúde Coletiva/Promoção da Saúde como tal documento mostra e buscaremos evidenciar neste trabalho.

Entende-se que a escola é um local privilegiado para ações de promoção da saúde (Tavares, 2002). Isto por que uma vez apreendidos conceitos e práticas favoráveis à saúde e à cidadania nesta fase da vida, na qual ocorre a formação social, haverá grande possibilidade de que ajam em favor de sua saúde. Já Luz (2007), ao tratar especificamente da educação física escolar, discorda ao afirmar que esta prática pouco irá influenciar na vida adulta dos alunos. A literatura ainda é inconclusiva quanto à transferência de uma vida fisicamente ativa na infância e adolescência para a vida adulta. Aponta-se o contexto onde este sujeito já na vida adulta está inserido como o principal fator para a prática de atividade física como hábito de vida.

Portanto, desde a idade escolar objetiva-se que o sujeito disfrute de todo o seu potencial de saúde. Objetivo este que deve ser constantemente perseguido por todos aqueles envolvidos na formação de cidadãos; docentes, pais, comunidade escolar e é claro, os próprios alunos – se tratando desta fase da vida – e todas as instituições com as quais nos relacionamos ao longo da vida – família, religiosidade, trabalho entre outras. É importante frisar que não é objetivo deste trabalho focar apenas a relação, por mais promissora que seja, entre promoção da saúde e a idade e ambiente escolar, mas não há como negar que nesta fase da vida encontramos situação propícia para a capacitação e formação de cidadãos.

Contudo, através do debate e ações que a Promoção da Saúde se propõe, este trabalho pretende mostrar que somente os hábitos saudáveis numa perspectiva individual, mesmo sendo cruciais para que se atinjam gradações cada vez maiores no estado de saúde individual e

coletivo, não são suficientes para que se compreenda e se enfrente os determinantes sociais da saúde.

A literatura especializada da Educação Física, assim como a mídia em geral, constantemente advoga a saúde como um dos principais fins da atividade física. Ressaltamos neste momento que nos apropriaremos do termo atividade física para denominar um campo geral que englobe além desta com cunho desportivo, de lazer, aptidão física entre outras, as práticas corporais e exercício físicos. Esta opção não nega a pertinência do debate sobre os significados de cada termo e sua melhor utilização em determinado contexto, apenas busca a facilitação da compreensão pois acreditamos que ainda há a necessidade de desconstrução do entendimento da atividade física meramente como gasto calórico, o que para Carvalho (2007) homogenizaria o coletivo e padronizaria o corpo. Acreditamos, então, que mesmo o termo atividade física pode abarcar um sentido amplo, extrapolando a quantificação energética e por este motivo que optamos pela sua utilização.

A relação existente entre saúde e educação física conformou a institucionalização desta última, estando sempre presente em âmbito profissional, oficial e científico. Esta visão é explicitada nos PCNs, quando afirma que *“as relações que se estabelecem entre [...] saúde e Educação Física são quase que imediatas e automáticas ao considerar-se a proximidade dos objetos de conhecimentos envolvidos e relevantes”* (BRASIL, p.36, 1998). Ou ainda que *“a prática de jogos, esportes, lutas, danças, ginásticas é considerada, no senso comum, como sinônimo de saúde* (Brasil, p.36, 1998).

Contrapondo a estas questões, Carvalho (2004) nos leva a uma reflexão ao afirmar que o *“acesso à informação por meio, especialmente, dos veículos de comunicação em massa e da publicidade é limitante e reduzido, o que divulgam serve para reforçar o entendimento de que a atividade física produz saúde”* (p.28) e assim há influência sobre as pessoas que acaba por ressaltar aspectos superficiais e banalizar a relação dessas pessoas com o cuidado com o seu corpo (Carvalho, 2007). E para Costa e Venâncio (p.63, 2004) *“a mídia, de forma massificada, induz muitas vezes a ressaltar a imagem do corpo saudável e belo, como formas de constituir a identidade”*.

Há ainda mais uma reflexão necessária, como é entendida a “saúde” por esta área do conhecimento referente à educação física? Bagrichevsky e Estevão (2005), Carvalho (2005) e Deslandes (2004) nos auxiliam nesta reflexão ao afirmarem que há privilégio do enfoque

biológico, resultando numa relação causal entre a atividade física e saúde desconsiderando assim os determinantes sócio-culturais e econômicos existentes nessa relação. Relação esta que é explorada e estimulada pela indústria cultural, do lazer e da saúde (BRASIL, 1998; Castiel, 2003; Campos, 2004; Costa e Venâncio, 2004; Carvalho, 2007). Ao mesmo tempo em que responsabiliza o indivíduo, única e exclusivamente, por sua condição de vida.

E ainda, para Deslandes (2004) o papel atribuído a atividade física nem sempre foi o mesmo no campo da saúde coletiva. Sua inserção nesse campo sofre as influências dos paradigmas vigentes e também das abordagens contra-hegemônicas.

Farinatti e Ferreira (2006) alertam para a importância de que o professor de educação física possa tomar uma posição em relação ao que entende por saúde e promoção da saúde. Já que sem essa compreensão prévia, se tornaria difícil elaborar, adotar, desenvolver ou avaliar, ao menos de forma consciente, programas de educação física que trabalhem com elementos ligados à saúde.

Este trabalho é relevante na tentativa de aproximar alguns dos referenciais da Saúde Coletiva, mais especificamente da Promoção da Saúde com os da Educação Física, contribuindo para o amadurecimento desta na compreensão e enfrentamento dos determinantes sociais da saúde.

Para Czeresnia (p.39, 2003) “*o discurso da saúde pública e as perspectivas de direcionar as práticas de saúde [...] vêm articulando-se em torno da ideias de promoção da saúde*” e para Buss (2001) esta se apresenta como uma das estratégias mais promissoras para o enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que atingem as populações.

Carvalho (2005); Bagrichevsky e Estevão (2005) sugerem o estreitamento entre Saúde Coletiva e Educação Física na perspectiva de aproximar as dimensões coletiva, pública, social, econômica e cultural com as de caráter individual e biológico, objetivando uma relação dialógica e assim tornar a Educação Física realmente uma área promotora da saúde através da compreensão da saúde de forma ampliada.

O presente trabalho possui caráter qualitativo e a metodologia consistirá em revisão bibliográfica na perspectiva de revelar as discussões que aproximam a Educação Física da Saúde Coletiva/Promoção da Saúde realizada por autores de ambas as áreas. A seleção da bibliografia se deu ao longo do curso de especialização em saúde pública que esta monografia pretende encerrar. Foram identificados alguns pensadores que buscaram a inter-relação entre a Educação

Física e a Saúde Coletiva , ou ainda os que buscaram problematizar de forma crítica a relação entre o corpo, saúde, qualidade de vida entre outros. E alguns autores que discutem a Promoção da Saúde desde a sua sistematização. A partir daí, suas obras e referências foram pesquisadas a fim de que pudesse ser compreendido e ampliado o contato que eu iniciara com a Promoção da Saúde. É importante salientar que essa busca influenciou a forma com que o objeto foi apreendido nesta monografia.

Inicialmente, lembro-me de crer que haveria pouca bibliografia que problematizasse especificamente a educação física/atividade física a partir dos referenciais da Promoção da Saúde/Saúde Coletiva e fiquei positivamente surpreso ao constatar, durante e ao finalizar esta monografia, que existe razoável bibliografia que buscam alcançar este objetivo.

## **OBJETIVO GERAL:**

Evidenciar as discussões que a Educação Física tem feito baseado em alguns referenciais da Saúde Coletiva/Promoção da Saúde apontando possibilidades de aproximação entre estes campos do saber na perspectiva de alcançar outra compreensão da prática de atividade física.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- 1 Investigar as contribuições que a aproximação aos conceitos da Promoção da Saúde pode trazer para a área da Educação Física;
- 2 Problematizar a relação de causa e efeito entre atividade física e saúde;
- 3 Propor uma nova forma de entender a atividade física e sua relação com a saúde individual e coletiva a partir da revelação de como ela vem sendo difundida.

Capítulo 1:  
PROMOÇÃO DA SAÚDE

## 1.1 - CONCEITO E IMPLICAÇÕES

Já no século XIX, Virchow, Villermée, Chadwick entre outros, já apontavam as relações entre as condições de vida e saúde (Rosen,1994). As idéias sobre promoção da saúde no Brasil foram introduzidas em meados dos anos 80 (Carvalho, 2008) e segundo Buss (p.15, 2003) esta *“surge como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde”* e ainda de acordo com este autor é um conceito direcionado aos determinantes gerais da saúde, entendendo-a como um produto histórico e social (Buss, 2000). O principal motivo para a retomada do ideário da Promoção da Saúde foi o custo crescente da assistência médica sem que ocorressem resultados igualmente significativos (Czeresnia, 2003). Segundo a Carta de Ottawa, documento que deu início ao movimento da Promoção da Saúde, caracteriza-o por ser um *“processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”* (Organização Mundial da Saúde - OMS, 1986). Segundo Reis e colaboradores (2002) esta carta ampliou a concepção de promoção da saúde naquele determinado momento histórico, pois incorporou a importância e o impacto dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais nos determinantes da saúde. Discorreremos mais em um item posterior sobre esse e outros documentos importantes para o movimento da promoção da saúde. Assim, as ações de promoção da saúde objetivam fazer com que as condições de vida sejam cada vez mais favoráveis (OMS,1986).

Na linha da conceituação utilizada pela OMS, Czeresnia (2003); Campos e cols. (2004) afirmam ser a autonomia dos sujeitos e coletividades através da capacitação para o processo do cuidado à saúde um dos principais pilares da promoção da saúde. Zioni e Westphal (2007) concordam com tal afirmativa ao entenderem que a promoção da saúde ao se propor a compreender as condições de saúde, como elas são produzidas e advogar a participação popular no processo de tomada de decisões deve tornar os indivíduos e coletividades capazes de agirem com protagonismo nas decisões que impliquem em sua saúde. Assim, deve ocorrer o *“reconhecimento da autonomia individual e coletiva como elementos criadores de novas alternativas e, portanto transformadores da dinâmica social e da sociedade”* (p.28). Peres et al (2005) relatam que a efetividade de ações de promoção da saúde; ou seja, que objetivam a melhoria da qualidade de vida e conseqüentemente da saúde implicam um profundo envolvimento dos atores e da população beneficiária.

Para Andrade, Wiik e Vasconcellos (2004) podemos, hoje, perceber melhor o nosso estado de saúde, e assim nos tornarmos mais autônomos e mais responsáveis por nossa qualidade de vida. Isto devido à melhoria geral das condições alimentares, de moradia, de saneamento básico, de educação e de informação. Contudo, cremos não serem suficientes apenas tais melhorias citadas, já que a nosso ver não garante a capacitação dos sujeitos para agirem prioritariamente em favor de sua saúde.

A diferenciação para a promoção da saúde entre ser instrumento do neoliberalismo, ou seja advogar uma perspectiva de retração de investimentos públicos em políticas sociais, ou de igualdade social, de fato, será a participação social (Marcondes, 2004).

Propõe-se uma articulação de saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, ou seja, entre saúde e condições de vida, ressaltando as inter-relações de equidade social, através do aumento da capacidade da participação popular, inter-setorialidade, fomento de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde e reorientação do sistema de saúde, baseando-se numa visão ampliada do processo saúde-doença e reconhecendo a multideterminação deste processo (Buss, 2000, 2001; Pedrosa, 2004).

Assim, o foco está na vulnerabilidade do coletivo, na sociedade, nas relações que interagem com a saúde e no ambiente, compreendido em seu aspecto físico, social, político, econômico e cultural e que irão requerer intervenções articuladas intersetorialmente e participação social com o objetivo de conceber a saúde como direito, portanto a saúde envolve os demais setores da sociedade além do setor médico e dos demais profissionais da saúde (Palma, 2003; Czeresnia, 2003; Marcondes, 2004; Pedrosa, 2004).

Portanto,

a promoção da saúde deve ser compreendida como uma agenda integrada e multidisciplinar cujo objetivo primordial é fomentar mudanças em três níveis: assistência à saúde, gestão local de políticas públicas e proteção e desenvolvimento sociais para todos. (Carvalho, p.4, 2008)

Para Campos e colaboradores (2004), falar da promoção da saúde no Brasil é indissociável da reflexão e enfrentamento das iniquidades sócio-sanitárias que envolvem não só o setor saúde. Assim, os autores refletem sobre como ela pode auxiliar na “*geração de outros modos de atenção e de gestão da saúde, de criação do viver e de outras realidades*” (Campos e cols. p. 746, 2004).



Marcondes (2004) aponta três questões referenciais para se debater a promoção da saúde, quais sejam: as limitações do modelo biomédico, a ampliação do conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. O modelo biomédico baseou-se na doutrina da etiologia específica que consistia na crença de que para cada enfermidade haveria um único agente específico, assim o contexto de vida dos sujeitos foi deixado de lado na consideração do processo saúde-doença (Farinatti e Ferreira, 2006). Barros (2002) considera o fenômeno da medicalização como consequência e estímulo à hegemonia do modelo biomédico que encontra ambiente propício na sociedade de consumo, sob o império da lógica de mercado. Define medicalização como “*a crescente e elevada dependência dos indivíduos e da sociedade para com a oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial e seu consumo cada vez mais intensivo*” (p.7). Farinatti e Ferreira por sua vez a definem como “*invasão de uma quantidade importante de setores da vida cotidiana pelas determinações da medicina*” (p.135) o que gera um entendimento de que a saúde é área exclusiva da medicina.

Barros (2002) lembra-nos que não se trata de culpabilizar de forma simples e linear o modelo biomédico sem considerar como se deu essa hegemonia ao longo da história. Posteriormente, percebeu-se que o paradigma biomédico era insuficiente para responder de forma satisfatória os componentes subjetivos presentes no processo saúde-doença. Assim, para Barros (2002) há profissionais – o autor fala especificamente do profissional médico mas acreditamos poder ampliar para qualquer profissional de saúde – que compreendem a importância de visualizar o sujeito como um todo relacionado ao seu contexto socioeconômico, contudo terminam por regressar ao reducionismo, pois este foi o modelo em que foi pautada sua formação.

Marcondes (2004), em consonância com o que este estudo vem apontando, defende que a compreensão da saúde relaciona-se às condições de vida que são geradas pelas relações sociais – já que estas permeiam o acesso à alimentação, educação, trabalho, renda, lazer, paz e ambientes saudáveis, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e a qualidade de vida, assim são importantes elementos do processo saúde-doença. Continua, afirmando que a ampliação do conceito de saúde partiu do reconhecimento da limitação do foco exclusivo no risco individual para responder aos processos de saúde-doença baseados em modelos biológicos e de tecnologias médicas (modelo biomédico).

O autor alerta sobre a interdependência entre saúde e desenvolvimento e afirma que o

crescimento econômico deve beneficiar as condições de vida da população como um todo para que os setores sociais e sanitários sejam efetivos ao se mobilizar para buscar graduações cada vez maiores de saúde individual e coletiva assim como propõe o emprego da promoção da saúde para a adequação de políticas, programas e serviços, como forma de enfrentar tanto a medicalização da vida social como a individualização da saúde pública. A diferença entre promoção e prevenção será abordada em item posterior.

## **1.2 - PROMOÇÃO DA SAÚDE CRÍTICA OU CONSERVADORA?**

O conceito de promoção da saúde tem sido interpretado de diferentes formas ao longo de sua construção, ou seja, numa perspectiva mais conservadora e noutra crítica, como denominaram Farinatti e Ferreira (2006). Na primeira o foco seria a redução do peso econômico dos serviços de saúde ao imputar ao indivíduo a responsabilidade pela sua saúde, independente do contexto de vida deste. E na segunda, o foco seria a transformação social através da capacitação dos cidadãos. Czeresnia (p.40, 2003) utiliza os termos: perspectiva conservadoras e progressistas respectivamente.

Buss (2001), Ferreira e Buss (2002), Palma (2003) corroboram ao afirmarem existirem dois principais grupos onde podem ser reunidas as conceituações de promoção da saúde. Em um deles estariam fora do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos, ou seja, as atividades são dirigidas a mudanças comportamentais dos indivíduos. No entanto, Buss (2001) se alinha com o que denomina “*conceito moderno de promoção da saúde*” (p.279) no qual a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados a qualidade de vida, logo as atividades estariam mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente; entendido em seu contexto físico, social, político e econômico. Autores como Peres e colaboradores (2004), Stotz e Araújo (2004) também apontam a existência de duas concepções distintas de promoção da saúde, estes últimos ainda afirmam que ambas foram incorporadas pela OMS.

Não se trata de polarizar ou rivalizar ambas as concepções de promoção da saúde, já que necessariamente haverá mudanças individuais para que comunidades alcancem graduações cada vez maiores de saúde, contudo, tais mudanças comportamentais viriam associadas a mudanças no contexto sócio- econômico e cultural. Logo, o que está em voga é o enfoque e predominância

de qual concepção de promoção da saúde será utilizada.

### 1.3 - PROMOÇÃO X PREVENÇÃO

Há ainda em muitos casos, uma indefinição conceitual que gera uma confusão entre práticas ditas de promoção da saúde e de prevenção. Czresnia (2003) explicita definições que nos auxiliam a distingui-los, para ela a prevenção estrutura-se mediante a divulgação de informação científica e de **recomendações normativas de mudanças de hábitos** (grifo meu). Já a promoção extrapola a aplicação técnica e normativa, pois objetiva a o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para a compreensão e o enfrentamento dos condicionantes da saúde e complementa: “*essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção da capacidade de escolha*” (p. 48, 2003) e “*isso não é da esfera do conhecimento verdadeiro, mas do valor*” (p.49, 2003).

O quadro abaixo também traz algumas diferenças entre as abordagens da promoção e da prevenção.

<b>PROMOÇÃO</b>	<b>PREVENÇÃO</b>
Determinantes da saúde, criar alternativas saudáveis	Reduzir os fatores de risco e enfermidades
População em geral e às condições relacionadas à saúde	Indivíduos com possibilidade de adoecer, Àqueles com elevado risco
Conteúdos sócio-políticos, ecológicos e sócio-culturais	Ênfase aos fatores de risco, prática clínica, preventivas e reabilitação

Adaptado de Palma, Bagrichevsky e Estevão (2003)

Contudo, não há porque prescindir destas formas de atenção à saúde, pois para Carvalho (2005) não há limites rígidos entre eles. A autora também concorda que a principal diferença entre eles é a ênfase com que são utilizados e sugere que a clínica incorpore o social e o subjetivo assim como a saúde pública/Promoção da Saúde atue com o auxílio da clínica.

#### 1.4 - ATUALIDADE DO DEBATE SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Através do discurso de posse do atual Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, percebe-se o quão atual é o debate que o ideário da promoção da saúde busca, pois este assumiu que “*vivemos um intenso processo de medicalização perdendo-se a perspectiva de que, o que mais produz saúde [...] está fora da governabilidade setorial*” (Temporão, 2007). Ele referia-se a renda, emprego, habitação, saneamento, lazer, cultura, educação entre outros portanto “[...] *a saúde é, antes que biológica, uma produção social*” (Temporão, 2007).

Ainda afirmou pretender assumir “*uma visão integrada interinstitucional, múltipla e interativa que aproxime os espaços da saúde, educação, esportes, cultura, saneamento, segurança, habitação com as políticas de inclusão social*”. Há também neste discurso o evidenciamento de que torna-se necessário ampliar o debate proferido pela Saúde Coletiva/Promoção da Saúde na Educação Física já que esta lida diretamente com educação, lazer, cultura, esportes entre outros.

**Capítulo 2:**

**DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE**

Já está devidamente estabelecido que há relação entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento social. Para Buss e Pellegrini Filho (p.2006, 2006b) as iniquidades em saúde, citando definição cunhada por Whitehead na qual seriam *“aquelas desigualdades de saúde que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias, são um dos traços mais marcantes da situação de saúde do Brasil”*. Estes autores ainda citam que a literatura atualmente aponta que a distribuição da riqueza de uma sociedade e não apenas sua acumulação, seria uma forma de alcançar saúde e qualidade de vida para seus integrantes, ou seja, *“a desigualdade na distribuição de renda não é prejudicial à saúde somente dos grupos mais pobres, mas é também prejudicial para a saúde da sociedade em seu conjunto”* (Buss e Pellegrini Filho, p.2006, 2006b).

Para Ferreira e Buss (p.15, 2002) *“para se promover saúde é absolutamente necessário se conhecer e agir sobre seus principais determinantes”*. E já que foi referido em muitos momentos que o movimento da promoção da saúde busca justamente esta compreensão e enfrentamento, neste item, pretende-se debater sobre tais determinantes.

Zioni e Westphal (p.29, 2007) nos auxiliam a compreender o quão importante é esta discussão ao afirmarem que *“as desigualdades econômicas expressas pela posição que se ocupa na estratificação social determinariam uma desigualdade de acesso aos fatores de boa ou má saúde, aumentando as iniquidades da área”*.

Discorrer sobre a promoção da saúde e sua determinação social é indissociável da compreensão de que a intervenção sobre os mecanismos de estratificação social é das mais cruciais para combater as iniquidades de saúde. Logo, para Buss e Pellegrini Filho (p.11, 2007) as *“políticas que diminuam as diferenças sociais, como as relacionadas ao mercado de trabalho, educação e seguridade social, além de um sistemático acompanhamento de políticas econômicas e sociais”* devem ser avaliadas com a finalidade de diminuir seus efeitos sobre a estratificação social e assim sobre a saúde dos indivíduos e grupos sociais.

Em 2006, inserido num processo global, desencadeado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é criada a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) que teria no combate às enormes iniquidades na situação de saúde da população brasileira a sua principal preocupação (Buss e Pellegrini Filho, 2006a). E *“sua criação e composição expressam o reconhecimento de que a saúde é um bem público, a ser construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira”* (site do CNDSS). E ainda segundo Buss e

Pellegrini Filho (p.1.772, 2006a) a “*CNDSS visa a mobilizar a sociedade brasileira e o próprio governo para entender e enfrentar de forma mais efetiva as causas sociais das doenças e mortes que acometem a população, e reforçar o que é socialmente benéfico para a saúde individual e coletiva.*”

Para Zioni e Westphal (2007), citando Villar, o Brasil tem se destacado nessa abordagem, pois seria o único estado a ter uma comissão oficial para estudos sobre os DSS.

Para a CNDSS, os DSS “*são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.*” Já para a OMS os DSS são “*são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.*” (Buss e Pellegrini Filho, p.78, 2007).

A problematização em torno da existência dos DSS permite o entendimento, por exemplo, de que um dos principais fatores para que se alcance graduações cada vez maiores de saúde- o comportamento pessoal - muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pelas pessoas, muitas vezes não o são. Isto porque tais opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais - como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc (Buss e Pellegrini Filho, 2007).

Para Zioni e Westphal (p.28, 2007) “*pensar em determinação social da saúde implica em uma reflexão sobre a saúde enquanto objeto das ciências sociais*”, logo “*significa pensar em uma sociedade que se interroga sobre seus objetivos que elabora uma nova representação sobre si mesma, que busca novos discursos sobre as relações homem /sociedade, homem / natureza, saúde/sociedade.*” As autoras seguem afirmando que sobre o enfoque das ciências sociais,

a preocupação consiste em descobrir como podem ser produzidas condições sociais e de saúde que correspondam a um nível adequado de vida; [...]; qual o nível de participação política do conjunto da sociedade na elaboração e implantação de políticas sociais; [...], como são incorporadas identidades e experiências?

A aproximação entre a determinação social da saúde e a promoção da saúde, segundo as autoras “*exige uma reflexão teórica importante sobre a participação política ou sobre as experiências da contemporaneidade*” (p.30).

As autoras defendem que a “*atuação sobre os DSS assim como as propostas de promoção da saúde remetem necessariamente à reflexão sobre a dinâmica social visto que estão voltadas para a transformação das condições de vida*” (p.32), para elas a participação popular

deve ser entendida como condição para a saúde, para a transformação das condições negativas de saúde e de vida. A discussão da democracia passaria necessariamente pela discussão da participação política. Assim, as autoras acreditam tratar-se, portanto, de ofertar condições sociais que permitam a cada pessoa aceder com sua particularidade à cidadania e construir sua vida com o máximo de autonomia.

No entanto, as autoras sugerem uma importante reflexão ao entenderem ser paradoxal que indivíduos e grupos sociais mais vulneráveis as determinações negativas da saúde sejam aqueles responsáveis pelo seu enfrentamento. Cabe-nos neste momento, apresentar o que entendemos por ‘culpabilização da vítima’, pois esta expressão aparecerá por diversas vezes no presente texto, quando for abordada a dimensão individual com que é encarada as opções que fazemos e que interferem em nossa saúde, como a prática de atividade física. Para Faria Júnior citado por Devide (p.139, 2003) trata-se de “*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*”. Ou ainda uma “*dimensão moral que responsabiliza cada pessoa por seu próprio adoecimento e desconsidera a dinâmica sistêmica e multifária que influencia os estados de enfermidade humanas*” (Bagrichevsky & Estevão, p.67, 2005).

Vale dizer que, a promoção da saúde justamente entende que os indivíduos ou grupos sociais citados por Zioni e Westphal (2007) seriam os mais interessados em transformações sociais para que seja possível a luta por gradações cada vez maiores de saúde. E ainda, não é advogado que tais indivíduos ou grupos sociais enfrentem sozinhos tais determinantes, a luta em defesa da saúde, segundo a promoção da saúde, é um compromisso de todos, profissionais de saúde, governantes, classe política, enfim, do conjunto de toda sociedade. Carvalho (p.4, 2008) ilustra bem a situação ao afirmar que “*todos os setores da sociedade devem compartilhar a responsabilidade no esforço de proteger e cuidar da vida humana, promovendo saúde e qualidade de vida para todos*”.

Ferreira e Buss (p.15, 2002) nos lembram da importância da consideração e análise dos DSS e suas implicações no contexto local, pois “*os determinantes da saúde, ainda que se expliquem num plano mais geral, estão visceralmente ligados às condições concretas de vida e adquirem materialidade no nível local, onde [...] vivem as pessoas*”, Peres et al (2005) também afirmam que os determinantes sócio-econômicos, culturais, ambientais e políticos que são apontados pelas próprias comunidades dentro de contextos de pobreza e exclusão social é que



caracterizam políticas e programas de promoção da saúde mais inovadores.

Apesar do que foi comentado, há ainda um descompasso entre tais avanços no conhecimento dos DSS e das iniquidades em saúde e sua utilização na definição de políticas públicas que objetivem sua diminuição ou extinção. Contudo, é necessário o entendimento de que não deve-se esquecer da importância do jogo político, do embate de interesses muitas vezes antagônicos, nas decisões sobre políticas, em nome de uma racionalidade centralizadora baseada em evidência científica (Buss e Pellegrini filho, 2006b).

Portanto, pelo exposto, pode-se também acreditar que a prática de atividade física acaba sendo determinada socialmente, ou seja, por questões políticas, culturais, econômicas além das biológicas. Deslandes (2004) concorda com tal afirmativa já que crê que a inserção da atividade física no campo da saúde coletiva sofre as influências dos paradigmas vigentes e também das abordagens contra-hegemônicas (p. vii). Esta ‘determinação social’ da prática de atividade física será discutida amiúde na parte deste trabalho que versará especificamente sobre ela.

**Capítulo 3:**

**PRINCIPAIS DOCUMENTOS DO MOVIMENTO DA  
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Estes documentos são fruto das conferências internacionais sobre a Promoção da Saúde e explicitam sua evolução.

### **3.1 - Carta de Ottawa (OMS, 1986)**

A definição que esta traz para a promoção da saúde já foi citada neste texto (vide p.15). Contudo, nela não é contemplado um dos cinco campos de ação que este mesmo documento sugere, que é a criação de políticas públicas favoráveis à saúde. Segue afirmando que “*para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente*” (p.1). Esta definição de saúde, cunhada pela OMS em 1946, apesar de ser um avanço para aquele determinado momento histórico, superando a idéia da saúde apenas como ausência de doença, já não é capaz de abranger o que hoje se denomina conceito ampliado de saúde. Palma (2001) afirma que devido a dificuldade de definição do que é completo bem-estar, mesmo que pareça uma evolução, torna-se incompleta sua utilidade.

Este documento defende que paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade são pré-requisitos para a saúde. Assim, “*a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver*” (p.1). Também afirma ser “*a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida*”. Já traz a tona o entendimento de que aspectos políticos, sócio-econômicos, culturais, ambientais, comportamentais, e não apenas os biológicos, possuem implicações na saúde individual e coletiva. Isso é um forte indício da superação do enfoque eminentemente biológico com que era encarada a saúde.

Para este documento, “*as pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde*” (p.2). Cabe uma importante ressalva a nosso ver, questiona-se a possibilidade que cada sujeito possui de controlar tais fatores, pois como bem colocado por este documento, há aspectos políticos, sócio-econômicos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos que muitas vezes não estão sobre o controle do indivíduo. Concordamos que a busca por gradações cada vez maiores na compreensão e enfrentamento destes determinantes é um dos principais objetivos do movimento

da promoção da saúde, mas há que se questionar se em algum momento todos esses aspectos estarão inteiramente sobre o controle de sujeito.

A Carta de Ottawa traz a importância da inter-setorialidade, pois defende a ação coordenada entre todos os interessados na saúde das populações, Estado e organizações da sociedade civil, enfim todos os sujeitos pois a saúde é uma experiência tanto individual como coletiva. Entre elas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia. Ainda defende que “*os profissionais e grupos sociais, assim como o pessoal de saúde, têm a responsabilidade maior na mediação entre os diferentes, em relação à saúde, existentes na sociedade*” (p.2).

Propõe cinco campos centrais de ação:

- a) Construção de políticas públicas saudáveis: Situa a saúde como prioridade de políticos e governantes de todos os níveis e setores, ressaltando que suas decisões podem ocasionar conseqüências no campo da saúde. Tenta também fazê-los compreender que possuem responsabilidades com e sobre a saúde.
- b) Criação de ambientes favoráveis à saúde: A partir da constatação da complexidade das sociedades que vivemos busca-se a mudança de modos de vida, de trabalho e de lazer no sentido de gerar condições seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis. Pois estes têm um significativo impacto sobre a saúde. Para este campo de ação, o trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas. Assim, a organização social do trabalho deveria contribuir para a constituição de uma sociedade mais saudável.
- c) Reforço da ação comunitária: através de ações comunitárias concretas e efetivas busca-se desenvolver prioridades, para a tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde.

As ações recaem sobre os recursos humanos e materiais da comunidade com o objetivo de intensificar a auto-ajuda e o apoio social, além de fomentar a participação popular na direção dos assuntos de saúde.

- d) Desenvolvimento de habilidades pessoais: através da divulgação de informação, educação para a saúde, podendo ocorrer em diferentes esferas como a educação formal e não-formal. O que se quer, é que ocorra o aumento de opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, e assim poderem optar por formas que conduzam a uma saúde melhor.

- e) Reorientação do sistema de saúde: a promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. As necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é são o ponto de partida para as mudanças necessárias na educação e no ensino dos profissionais de saúde e também na organização e atitude dos serviços de saúde.

A Carta de Ottawa também defende que a saúde é construída através do cuidado próprio e com os outros, no ambiente onde trabalham, divertem-se etc. Entende ainda que a capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, também são parte desta construção. Palma, Bagrichevsky e Estevão (p.19, 2003) e os PCNs da Educação Física (Brasil, p.37, 1998) concordam com este entendimento, pois afirmam respectivamente que a *“saúde está relacionada a história do indivíduo e deste com a sociedade, ela é, assim, uma experimentação do indivíduo”* ou ainda que *“o aprendizado das relações entre a prática de atividades corporais e a recuperação, manutenção e promoção da saúde deve incluir o sujeito e sua experiência pessoal”*.

Detemo-nos pormenorizadamente na Carta de Ottawa (OMS,1986) pois esta é considerada como dando início ao conceito moderno de promoção da saúde.

### **3.2 - Declaração de Adelaide (OMS, 1988)**

Nela, o tema central gira em torno das políticas saudáveis. Segue a mesma definição da Carta de Ottawa. Complementa afirmando que o objetivo principal de uma política pública saudável é *“criar um ambiente favorável para que as pessoas possam viver vidas saudáveis”* (p.1). Assim, opções saudáveis de vida para os cidadãos seriam favorecidas através de políticas saudáveis. Afirma a saúde como direito humano fundamental e um secular investimento social. Assim as iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade e os grupos mais desprivilegiados e vulneráveis deveriam receber prioridade no enfrentamento dessas desigualdades. Ao entender que *“os países desenvolvidos têm a obrigação de assegurar que suas próprias políticas públicas tenham impacto positivo na saúde das nações em desenvolvimento”* (p.2), traz uma importante contribuição para o entendimento de que barreiras geográficas não devem impedir de que todas as nações ajam em favor da saúde de suas

populações, enfim, de toda a humanidade.

Entende que ações concretas nos níveis nacional, regional e local são necessárias para a materialização dos princípios da promoção da saúde e que *“a responsabilidade pública pela saúde é um componente essencial para o fornecimento das políticas públicas comprometidas com a saúde”* (p.3).

Afirma que a integração entre desenvolvimento social e econômico é essencial para promover a saúde e que novas alianças na saúde devem ser fomentadas, o que para Buss (2000) caracteriza a questão da intersetorialidade. Reafirma, assim como na Carta de Ottawa, que *“as instituições educacionais precisam responder às necessidades emergentes da nova saúde pública, reorientando os currículos existentes”* (p.6) com o objetivo de melhorar as habilidades em capacitação, mediação e defesa da saúde pública.

### **3.3 - Declaração de Sundsvall (OMS, 1991)**

Privilegiou os ambientes favoráveis à saúde ao afirmar que *“ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis”* (p.2). Ao trazerem à tona que as desigualdades cada vez maiores refletem-se na saúde das populações caminham no entendimento de que ações globais são cada vez mais necessárias.

*“No contexto da saúde, o termo “ambientes favoráveis” refere-se aos aspectos físico e social do nosso entorno”* (p.2). Segue afirmando que *“para muitos, a educação é inatingível ou insuficiente, ou ainda falha em capacitar e fortalecer as populações mais pobres”* (p.2). Assim, enquanto o acesso for limitado às estruturas políticas, a autodeterminação para ações favoráveis à saúde individual e coletiva será diminuída.

Propõe a equidade como prioridade na criação de ambientes favoráveis à saúde e ainda alerta que a criação destes têm diferentes dimensões: física, social, espiritual, econômica e política. Afirma, visando promover a criação de ambientes favoráveis, que *“aumentar o poder de decisão das pessoas e a participação comunitária são fatores essenciais num processo democrático de promoção da saúde e a força motriz para a autoconfiança e o desenvolvimento”* (p.4).

Conclui que *“os temas de saúde, ambiente e desenvolvimento humano não podem estar separados. Desenvolvimento implica na melhoria da qualidade de vida e saúde, ao mesmo tempo*

que na preservação da sustentabilidade do meio ambiente” (p.5).

### **3.4 - Declaração de Santa Fé de Bogotá (OPAS, 1992)**

Esta declaração definiu o significado da Promoção da Saúde na América Latina (AL). Assumiu a relação entre saúde e desenvolvimento e buscou criar condições que priorizem como propósito fundamental do desenvolvimento, o bem-estar geral. Reconheceu que a prolongada crise econômica e as políticas de ajuste macroeconômico agravam as iniquidades e geram a deterioração das condições de vida da maioria da população.

Assim, definiu o desafio da Promoção da Saúde na AL em “*conciliar interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e equidade social*” (p.1), pois julga que estes são condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento.

Para o documento, a região apresenta uma situação epidemiológica caracterizada pela persistência ou ressurgimento de doenças outrora controladas como a malária, cólera, entre outras; pelo aumento de doenças crônicas não-transmissíveis como o câncer e doenças cardiovasculares e pelo surgimento de novas enfermidades como a Aids e as resultantes da deterioração ambiental. Destaca a importância da participação ativa das pessoas nas mudanças das condições sanitárias e na maneira de viver, condizentes com a criação de uma cultura de saúde. Defende a informação e a promoção do conhecimento constituem valiosos instrumentos para a participação e as mudanças. Ademais, ainda existem barreiras que limitam o exercício da democracia e a participação da cidadania na tomada de decisões.

Traz algumas estratégias como: 1) Impulsionar a cultura da saúde, modificando valores, crenças, atitudes; 2) Transformar o setor saúde colocando em relevo a estratégia de promoção da saúde; 3) Convocar, animar e mobilizar um grande compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma prioridade. Também traz alguns compromissos, dentre eles destacam-se: 1) Impulsionar o conceito de saúde condicionada por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, de conduta e biológicos, e a promoção da saúde como estratégia para modificar estes fatores condicionantes; 2) Convocar as forças sociais para aplicar a estratégia de promoção da saúde, colocando os propósitos sociais à frente dos interesses econômicos; 6) Fortalecer a capacidade da população nas tomadas de decisões que afetem sua

vida e para optar por estilos de vida saudáveis; 9) Fortalecer a capacidade convocatória do setor saúde para mobilizar recursos para a produção social da saúde, estabelecendo responsabilidades de ação nos diferentes setores sociais e seus efeitos sobre a saúde.

Assim os papéis da promoção da Saúde são: *“Não só identificar os fatores que favorecem a iniquidade e propor ações que diminuam seus efeitos, mas também em atuar além, como um agente de mudança que induza transformações radicais nas atitudes e condutas da população e seus dirigentes”* (p.2).

### **3.5 - Declaração de Jacarta (OMS, 1997)**

É a primeira Conferência Internacional sobre promoção da Saúde a ter lugar em um país em desenvolvimento e a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde.

Defende a promoção da saúde como um investimento valioso e a saúde como um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico. Assim *“atua sobre os determinantes da saúde para criar o maior benefício para os povos, para contribuir de maneira significativa para a redução das iniquidades em questões de saúde, para assegurar os direitos humanos e para a formação do capital social”* (p.1).

Reafirma os pré-requisitos para a saúde como a Carta de Ottawa acrescidos de: direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade.

Afirma que um comportamento mais sedentário, entre outros, ameaçam a saúde e o bem-estar de centenas de milhões de pessoas. Este assunto foi ressaltado porque obviamente nos interessa sua discussão em um item posterior deste trabalho.

Como prioridades para a promoção da saúde no século XXI propõe:

1. Promover a responsabilidade social para com a saúde;
2. Aumentar os investimentos para fomentar a saúde;
3. Consolidar e expandir parcerias em prol da saúde (Inter-setorialidade);
4. Aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo;
5. Conseguir uma infra-estrutura para a promoção da saúde.

Conclui que a pobreza é, acima de tudo, a maior ameaça à saúde. Sendo vital que a promoção da saúde evolua para fazer frente aos determinantes da saúde. Assim, a promoção da



saúde é um enfoque prático para a obtenção de maior equidade em saúde.

### **3.6 - Declaração do México (OMS, 2000)**

Reconhece que a consecução do nível de saúde mais alto possível é um elemento positivo para o aproveitamento da vida e necessário para o desenvolvimento social, econômico e a equidade. E que a promoção da saúde e o desenvolvimento social é um dever e responsabilidade central dos governos, compartilhada por todos os setores da sociedade; o que deixa claro a importância da inter-setorialidade.

Constata que persistem muitos problemas de saúde que prejudicam o desenvolvimento social e econômico e que, portanto, devem ser urgentemente resolvidos para promover uma situação mais equitativa em termos de saúde e bem-estar. Ressalta a urgente necessidade de abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde.

Conclui que a promoção da saúde deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países na busca de equidade e melhor saúde para todos e afirmam que de promoção da saúde são eficazes.

### **3.7 - Carta de Bangkok (OMS, 2005)**

Teve como propósito a afirmação de que o desenvolvimento global e nacional deveria situar-se em torno do *empoderamento* das comunidades para a melhoria da saúde e da equidade em saúde. Buscou complementar o que fora discutido pelas declarações sobre a Promoção da Saúde anteriores. Pretende atingir todos aqueles envolvidos no processo da melhoria de saúde dos sujeitos: governos e políticos em todos os níveis, sociedade civil, setor privado, organizações internacionais e comunidade da saúde pública.

Reconhece que desfrutar o mais elevado estado possível de saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem discriminação e um conceito positivo e inclusivo de saúde como determinante da qualidade de vida, que inclui o bem estar mental e espiritual. Elenca alguns fatores críticos que atualmente influenciam de forma negativa a saúde: aumento das desigualdades dentro de cada país e entre países, novos padrões de consumo e comunicação, mudanças no meio ambiente global e urbanização, o que geraria condições adversas de trabalho,

exclusão dos portadores de deficiências entre outras.

Afirma que para obtenção de maiores avanços na implementação de estratégias efetivas de Promoção da Saúde, todos os setores e ambientes devem atuar para advogar em favor da saúde com base nos direitos humanos e na solidariedade; investir em políticas sustentáveis, ações e infra-estrutura para que sejam atingidos os determinantes da saúde; regular e legislar para assegurar um alto nível de proteção para a redução de danos e oportunidades iguais para a saúde e o bem estar de todas as pessoas entre outros.

Assim, o progresso na direção de um mundo mais saudável requer ação política forte, ampla participação e advocacia sustentável e o setor saúde desempenharia um papel chave para prover liderança na construção de políticas e parcerias para a Promoção da Saúde. Pretende tornar a Promoção da Saúde uma responsabilidade central de todos os governos e uma prioridade para as comunidades e a sociedade civil. Inclui o setor privado e o setor informal na busca por gradações cada vez maiores de saúde ao afirmar que estes têm a responsabilidade de assegurar a saúde e segurança no local de trabalho, e de promover a saúde e o bem estar de seus empregados, suas famílias e comunidades.

Traz um importante alerta já que afirma que desde a adoção da Carta de Ottawa, um número significativo de resoluções em níveis nacional e global têm sido assinados em apoio à Promoção da Saúde, porém estes não têm sido necessariamente acompanhados pela ação. Pode-se concluir então, que a saúde determina o desenvolvimento sócio-econômico e político.

### **3.8 - Política Nacional de Promoção da Saúde**

Em 2005 o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se o Pacto pela Vida que entre suas prioridades está o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, a promoção, informação e educação em saúde com ênfase **na promoção de atividade física (grifo meu)**, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento.

Entende que para todos se tornarem partícipes no cuidado com a saúde é necessária uma política transversal, integrada e intersetorial, abrangendo não só o setor sanitário, mas também,

outros setores do Governo, os setores privados e não-governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população.

Em março de 2006 entra em vigor no Brasil a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

Em sua introdução nos alerta para as mudanças - econômicas, políticas, sociais e culturais, que ocorreram desde o século XIX e que se intensificaram no século passado, produzindo alterações significativas para a vida em sociedade. Assim, a saúde passou pelo processo de transformação da sociedade acarretando um processo de transformação dos problemas sanitários.

Defende a promoção da saúde *“como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro”* (p.10), pois contribuiria na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde, como por exemplo a inclusão dos múltiplos determinantes e condicionantes da saúde na formulação dos instrumentos ordenadores do planejamento urbano e/ou agrário

Afirma que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico. Logo, sendo uma produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida e assim, busca estabelecer redes de compromissos e co-responsabilidades em favor da vida. Continua afirmando que o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo.

Contribui ao entender que *“os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária”* (p.11). Propõe que as intervenções em saúde tomem como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes. Defende que a organização da atenção e do cuidado à saúde perpassa as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer englobando também aqueles que busquem melhores condições de vida e favoreçam a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham, ou seja, busca-se a composição de redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população.

Assim, a promoção da saúde é *“uma estratégia de articulação transversal na qual se*

*confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País”* (p.12). Ou ainda como *“um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial”* (p.15). Tem o objetivo de criar mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas mediante a formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer. Defende que todos devam ser partícipes na proteção e no cuidado com a vida.

Assim, a promoção da saúde materializa-se na articulação entre *“sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, visando romper [...] fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem”* (p.15).

Entende que a produção de saúde torna-se indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias e, simultaneamente, exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde. Assim, coloca ao setor Saúde o desafio de construir a intersetorialidade. Define-a como uma articulação das possibilidades dos distintos setores para pensar a questão complexa da saúde e de responsabilização pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania.

Assim, o setor Saúde deve tornar cada vez mais visível que o processo saúde-adoecimento é efeito de múltiplos aspectos, sendo pertinente a todos os setores da sociedade.

Seu objetivo geral é

promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Destacam-se alguns objetivos específicos:

- 1 III– Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores de saúde, tanto das atividades-meio, como os da atividades-fim;
- 2 VI – Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde;
- 3 X – Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde;

Em suas diretrizes destaca-se:

4 IV – Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;

Traz como um importante eixo temático as ações que objetivem a promoção da alimentação saudável; práticas corporais/atividades físicas e ambiente livre de tabaco. Sugere o apoio e fortalecimento de ações de promoção da saúde inovadoras utilizando diferentes linguagens culturais, tais como jogral, *hip hop*, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação.

Priorizou para o biênio de 2006-2007 ações específicas sobre:

a) Alimentação saudável: objetivando a segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, a inclusão social e o cumprimento do direito humano à alimentação adequada. Destaca-se a preocupação com a redução do risco para doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), devido à ênfase para a regulamentação da propaganda e publicidade de alimentos. Busca ainda estimular ações de empoderamento do consumidor para o entendimento e uso prático da rotulagem geral e nutricional dos alimentos, promover a alimentação saudável nas escolas;

b) Prática corporal/atividade física: sugere o mapeamento e apoio as ações de práticas corporais/atividade física existentes nos serviços de atenção básica, estimula o oferecimento de práticas corporais/atividade física como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas tanto para a comunidade como um todo quanto para grupos vulneráveis; estimula à inclusão de pessoas com deficiências em projetos de práticas corporais/atividades físicas e alerta para a necessidade melhorias ambientais, de espaços públicos, área física, equipamentos entre outros, buscando aumentar os níveis populacionais de atividade física.

É importante salientar que obviamente este tema tem grande concordância com o que este estudo pretende trazer para debate, logo, em itens posteriores acredita-se que poderemos compreender melhor como articular este eixo temático da PNPS com a finalidade deste estudo.

c) Prevenção e controle do tabagismo: Busca a redução da aceitação social do tabagismo, redução dos estímulos para que os jovens comecem a fumar e aumento do acesso dos fumantes ao apoio para cessação de fumar, investindo na promoção de ambientes livres de tabaco através de ações educativas, normativas e organizacionais. Destaca-se o controle e monitoramento dos aspectos relacionados aos produtos de tabaco comercializados tais como as estratégias de

comercialização e de divulgação de suas características para o consumidor entre outros.

d) Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas: Busca investir em ações educativas e sensibilizadoras para crianças e adolescentes quanto ao uso abusivo de álcool, de drogas e suas conseqüências. Desenvolve iniciativas de redução de danos pelo consumo de álcool e outras drogas que envolvam a co-responsabilização e autonomia da população. Destaca-se o apoio à restrição de acesso a bebidas alcoólicas de acordo com o perfil epidemiológico de dado território, protegendo segmentos vulneráveis e priorizando situações de violência e danos sociais.

e) Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito: Sugere a incorporação de ações educativas na grade curricular de todos os níveis de formação através de discussões intersetoriais e busca apoio às campanhas de divulgação em massa dos dados referentes às mortes e seqüelas provocadas por acidentes de trânsito.

f) Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz: Busca a sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde na identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intrafamiliar e sexual e estímulo à articulação intersetorial que envolva a redução e o controle de situações de abuso, exploração e turismo sexual.

g) Promoção do desenvolvimento sustentável: Busca o fortalecimento de instâncias decisórias intersetoriais com o objetivo de formular políticas públicas integradas voltadas ao desenvolvimento sustentável, apóia o envolvimento da esfera não-governamental no desenvolvimento de políticas públicas de promoção da saúde. Promove o uso de metodologias de reconhecimento do território, em todas as suas dimensões – demográfica, epidemiológica, administrativa, política, tecnológica, social e cultural, como instrumento de organização dos serviços de saúde.

Pode-se concluir que a estratégia de promoção da saúde

é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso País – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde (p.10).

## **Capítulo 4:**

# **APROXIMANDO EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE COLETIVA/PROMOÇÃO DA SAÚDE**

#### 4.1 - PREDOMÍNIO BIOLÓGICO DA SAÚDE NA EDUCAÇÃO FÍSICA E SEUS DESDOBRAMENTOS

Bagrichevsky & Estevão (2005) afirmam que a matriz teórico-científica da área da Educação Física desconsidera, na maior parte das vezes a dimensão sociológica da saúde e defendem que aja uma análise contraponto ao “*enfoque reducionista de saúde que a Educação Física tem hegemonicamente advogado, permitindo para si um papel difusor de idéias rasas e simplistas do tipo ‘pratique exercício e ganhe saúde’*” (p.69).

A “saúde” na área da Educação Física privilegia o enfoque biológico, resultando numa relação causal entre a atividade física e saúde desconsiderando assim os determinantes sócio-culturais e econômicos existentes nessa relação (Bagrichevsky e Estevão, 2005; Carvalho, 2005; Deslandes, 2004). Assim, responsabiliza o indivíduo, única e exclusivamente, por sua condição de vida e permite que a relação entre atividade física e saúde seja explorada e estimulada pela indústria cultural, do lazer e da saúde (BRASIL, 1998; Castiel, 2003; Campos, 2004; Costa e Venâncio, 2004).

Sobre a Educação Física, Carvalho (2005) indaga o porquê de advogarmos a saúde, qualidade de vida e bem-estar como principais fins de nossa atuação profissional e não conseguimos construir vínculos, por exemplo, com o serviço público de saúde. Vale lembrar, conforme visto na PNPS que há o incentivo, pelo menos legal, para que isso ocorra. O questionamento que se faz crucial por hora é: isto realmente está ocorrendo?

Qualidade de vida também é uma expressão marcante ao tratar-se do engajamento na prática de atividade física. Qual é a academia que não a oferece a partir do ingresso em suas atividades? O termo torna-se ambíguo ao poder significar acesso a bens culturais e de lazer, boas condições de moradia, estar devidamente empregado e remunerado, ter assistência médica entre outros. Ou pode significar um apelo ao consumismo já que apresentaria o mercado capitalista como alternativa única para o seu alcance (Andrade, Wiik e Vasconcellos, 2004). Estes autores defendem que a qualidade de vida deveria ser estendida a todos pois é conteúdo da cidadania, logo direito de todos.

Sendo encarada muitas vezes como uma boa escolha, a atividade física, no modelo clássico de prevenção faria com que nos tornássemos menos suscetíveis às doenças, principalmente as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tais como: diabetes, hipertensão,



doenças cardiovasculares em geral. Comporia junto a uma alimentação balanceada, o não tabagismo, entre outros um espectro denominado como estilo de vida saudável que acreditaria, baseado em conotações probabilísticas, ser uma forma de alcançar mais saúde ou ainda de evitar gastos públicos, caso determinados comportamentos sejam adotados ou modificados (Deslandes, 2004; Bagrichevsky, Estevão e Vasconcellos-Silva, 2007).

É gerado a partir deste entendimento que o indivíduo, independente de suas condições sócio-econômicas e culturais, enfim, do contexto onde este vive, só teria uma escolha a fazer; tornar-se ativo, o que caracteriza uma forma ‘culpabilizatória’ de encarar a adoção da atividade física como hábito de vida. Costa e Venâncio (p.70, 2004) afirmam que *“uma parte dos profissionais de Educação Física está deixando de apresentar um posicionamento crítico e ético diante da ação da mídia e dos avanços biotecnológicos”*.

Segundo Castiel (p.93, 2003)

uma crítica comum ao conceito ‘estilo de vida’ é referente a seu emprego em contextos de miséria e aplicado a grupos sociais onde as margens de escolha praticamente inexistem. Muitas pessoas não elegem ‘estilos’ para levar suas vidas. Não há opções disponíveis. Na verdade, nestas circunstâncias, o que há são *estratégias de sobrevivência* [grifo do autor].

Bagrichevsky, Estevão e Vasconcellos-Silva (2007) ainda afirmam o sedentarismo como um símbolo emblemático da era persecutória em que vivemos. Assim, o sedentarismo seria o mal a ser combatido, e esses autores concordam ao entender que há um enfoque na responsabilização individual não só neste, mas no geral, em todos os problemas da saúde da população. Castiel (2007) ao abordar a temática da Saúde persecutória, afirma que a saúde e a vida foram tomadas por uma prevenção total, na busca da longevidade biológica. Assim, *“descarta-se a valorização ética das experiências corporais “livres” dos sujeitos, como possibilidades de realização singular, como formas mais humanas de ser e sentir-se saudável (ou não)”* (p.864). O autor ainda afirma que a discussão sobre qualidade de vida deve perpassar também a quantificação da vida através de análise crítica sobre as propostas de longevidade a qualquer preço.

Sobre o combate ao sedentarismo como preocupação em saúde pública, Bagrichevsky, Estevão e Vasconcellos-Silva (2007) lançam o seguinte questionamento: *“como fazê-lo sem estigmatizar os sujeitos classificados como sedentários”?* (p.862). A nosso ver, esta é uma abordagem exaustivamente utilizada e que acaba, em muitas vezes, afastando os sujeitos da prática de atividade física já que apresenta um modelo externo, de corpos, rendimento etc,

restando “*ao sujeito apenas submeter-se, adaptar-se a metas e padrões estabelecidos de antemão. Ou, sentindo-se incapaz, alienar-se, não se permitindo vivenciar a experiência*” (Brasil, p.37, 1998). Ou, denominada de outra forma, ocorre uma “*perspectiva impositiva, medicalizada, culpabilizante, agenciadora a priori do contingente de gastos calóricos para evitação de riscos e agravos*” (Bagrichevsky, Estevão e Vasconcellos-Silva, p.86, 2007) permanecendo implícito “*um discurso moralizante e higienista de bons hábitos e um incentivo a práticas reducionistas de ‘saudável condicionamento corporal’*” (Deslandes, p.vii, 2004).

Ou ainda segundo Costa e Venâncio (2004, p.61) ocorre uma luta “*por uma inclusão num grupo em que as pessoas detenham tal perfil para trazer-lhes benefícios sociais, pessoais e profissionais, e ainda revelar o nível socioeconômico*”.

Ocorre a partir daí a outorga “*um caráter de ‘estatuto’ ou ‘modelo’ individualista a ser seguido*” como parte essencial de um estilo de vida (Bagrichevsky e Estevão, 2005). E os corpos “*diferentes*” só interessam [...] como o mau exemplo. A partir deles faz-se a propaganda “*terrorista*” (Costa e Venâncio, p.67, 2004). Expressa mais uma vez o entendimento, muitas vezes implícito até no pensamento de profissionais da área, a concepção que privilegia o biológico quando refere à saúde, pois crê que características morfológicas como magreza ou corpos musculosos são exemplos de saúde. Para Costa e Venâncio (p.70, 2004) os profissionais de educação física “*corroboram os discursos de controle do corpo que a mídia produz ao fazer da atividade física (associada à biotecnologia) uma possibilidade de corresponder ao padrão de beleza em nome da saúde*”.

Assim, para esta ótica, o bem-estar das pessoas estaria “*invariavelmente dependente da genética e da cultura de vida das pessoas, expressa pelos estilos de vida e ambientes em que vivem*” (CONFEEF, p.14, 2006).

Ocorre, então, o que se denominou “*mercadorização da saúde*” (Bagrichevsky e Estevão, p.69, 2005), ou seja, a busca pela obtenção da saúde através da comercialização de serviços e produtos, o que é explorado e estimulado pela indústria da saúde além das indústrias cultural e do lazer (Brasil, 1998; Campos, 2004; Costa e Venâncio, 2004; Castiel, 2003) e o corpo passa ser produto de comercialização, consumo e controle (Costa e Venâncio, 2004).

A partir daí, a lógica comercial de criar ou aumentar a necessidade ou sua percepção por parte de possíveis consumidores faz com que aja a divulgação e conseqüente inculcação de que a prática de atividade física traria saúde, além de bem-estar e qualidade de vida. Palma et al (2003)

e Bagrichevsky e Estevão (2005) alertam que só quem tem poder aquisitivo abastado é que consegue obter tais serviços e produtos e Palma (2000) mostrou através de estudo revisional que a atividade física está bastante associada ao estado sócio-econômico. Costa e Venâncio (2004) corroboram com tal afirmativa ao enfatizarem que a mídia torna o corpo objeto de consumo e manipulação do próprio ser humano. Assim, os veículos de comunicação de massa apresentam o corpo desejável à sociedade, que por sua baixa capacidade crítica, aceita-o como modelo a ser seguido, ou nas palavras das autoras este corpo divulgado seria um “*protótipo do belo*” (p.60). Alertam ainda que em muitas vezes caberá aos profissionais de Educação Física uma prática que reproduza tal protótipo. Carvalho (2004) como já citado ilustra também como a mídia de massa divulga informações que reforçam o “*entendimento de que a atividade física produz saúde*” (p.28). Portanto, ressalta-se a base biológica e fisiológica do corpo que está em evidência baseado em sua forma. Corpo este que propaga uma espécie de saúde e beleza homogêneas, caracterizando um padrão ideal “atingível” por meio de atividade física, dieta, entre outros. Acaba por haver a convocação do corpo pelas relações de consumo expressas na mídia para vender estilos de vida saudáveis (Costa e Venâncio, 2004).

Vale lembrar, como já afirmamos, que os discursos da atividade física e saúde são na atualidade um grande filão da economia e a partir daí pode-se conjecturar que há a criação de certos padrões morais que baseiam-se em grande parte em discursos científicos para alimentar tal ‘indústria’. Costa e Venâncio (p.64, 2004) afirmam que “*vai depender do profissional de Educação Física assumir ou não a função de “vendedor”* caso aceitem acriticamente a ‘venda’ de significados sociais como: saúde, bem-estar, juventude e beleza através da prática de atividade física. Os profissionais de Educação Física, portanto deveriam estar atentos a este quadro para realizar uma leitura crítica e posteriormente se posicionarem. As autoras citam uma reportagem na maior emissora de tv aberta do país que evidencia a opção de advogar pela atividade física de forma utilitária, ou seja, com um fim em si mesma. Nesta, atividades domésticas foram apresentadas como atividade física – o que não é incorreto – e ressaltadas pela perda calórica. Contudo, aspectos como prazer, sociabilidade entre outros não foram mencionados.

Na esteira do discurso que associa saúde à atividade física, ocorre também a associação entre esporte e saúde de forma linear e baseado numa relação causal como já abordado neste texto. Busca-se na verdade, ascensão social mascarando interesses sociais, políticos e

econômicos dos envolvidos neste processo. Reforça, assim, a compreensão do esporte com caráter utilitário.

Assim “*urge a tarefa de se analisar [...] as tentativas de massificação de uma norma moralizante da aparência física utópica do ‘corpo sarado’, [...] e do ‘estilo de vida ativo’, que estão em curso na sociedade contemporânea* (Bagrichevsky e Estevão, p.67, 2005). Deve-se, através da reflexão da relações que estão envolvidas no consumo da saúde e então abordar os padrões socioculturais vigentes dentro de uma perspectiva de

autoconhecimento para o autocuidado e ampliá-la como sendo um direito almejar uma vida prazerosa possibilitarão uma contraposição aos interesses econômicos que pregam a busca da aptidão física por meio do sofrimento, subjugando o corpo pela vontade apoiada em um modelo de dominação e no consumo de bens e serviços (Brasil, p. 41, 1998)

É razoável aceitar que a prática regular de atividade física traz benefícios para a saúde (Ferreira e Najar, 2005; Palma (2000); Bagrichevsky e Estevão, 2005), esta entendida aqui em seu conceito ampliado não se restringindo apenas ao seu componente biológico. Contudo, conforme afirmam Bagrichevsky & Estevão (2005, p.67) “*é complicado consentir na aceitação acrítica de que é tão simplesmente mantendo-se ‘ativo’ que se obtém saúde*”.

O que defendemos é que concomitante a prática regular de atividade física aja a análise do contexto de vida dos indivíduos e o subsequente enfrentamento dos determinantes de sua saúde. Assim, contrapõe a forma prescritivo-normativa com que a atividade física vem sendo ‘receitada’ aos indivíduos, pois concordamos com Carvalho (2005) ao afirmar que somente através de transformações econômicas, sociais e políticas resultando em padrões saudáveis de existência é que se produz saúde.

Propõe-se então, a co-gestão compartilhada entre indivíduos e sociedades para que sinergicamente colaborem para a produção de ambientes e políticas saudáveis, onde a atividade física terá importante lugar (Deslandes, 2004), ou seja, o envolvimento dos sujeitos, no processo de mudança para que a atividade física torne-se m hábito de vida, é condição necessária.

## **4.2 - SAÚDE COLETIVA E EDUCAÇÃO FÍSICA**

Por diversas vezes no texto a atividade física apareceu como importante componente da saúde, promoção da saúde e qualidade de vida. Cabe-nos neste item ampliar o debate e entendimento de como esta pode realmente contribuir para tais aspectos tão importantes de

nossas vidas.

Bagrichevsky & Estevão (p.71, 2005) afirmam que “*o campo da Saúde Coletiva designa um agregado de saberes e práticas referido à saúde como fenômeno social e, portanto, de interesse público*”. Carvalho (2005) por sua vez, sugere que a Educação Física analise a constituição do campo da Saúde Coletiva, para que conheça outras formas de pensar e agir no universo da saúde. A autora define este campo como:

um campo de saberes e práticas que toma como objeto as necessidades sociais de saúde, com intuito de construir possibilidades interpretativas e explicativas dos fenômenos relativos ao processo saúde-doença, visando a ampliar significados e formas de intervenção (p.20).

Bagrichevsky e Estevão (2005) em texto que tem a preocupação em “*registrar a emergencial necessidade de se repensar as formulações teórico-metodológicas na Educação Física que balizam intervenções e políticas, ditas de Promoção à Saúde*” (p.65), buscam através da Saúde Coletiva coaduná-la às perspectivas críticas. Os autores alertam que os elementos sócio-culturais e econômicos intervenientes no processo saúde-doença são desconsiderados. Soma-se a isto a desconsideração destes fatores na adesão á prática de atividades físicas. Estes autores acreditam que os movimentos Eugênico e Sanitarista - que conformaram a Educação Física como instituição no início do século passado no Brasil – podem ser considerados os precursores ideológicos da massificação de um estilo de vida ativo. Consideramos também que através do arcabouço militar com que a Educação Física foi inicialmente ministrada fechava-se então uma tríade que se faz presente na atualidade no imaginário não só da população como de muitos profissionais da área e de saúde em geral. Assim quem não se seduz por promessas de corpos, rendimento e aceitação por estar próximo a modelos que são massificados e aceitos como dentro da normalidade estética torna-se culpado. Para Andrade, Wiik e Vasconcellos (2004, p.59) “*nossos corpos são regulados por critérios de normalidade impostos por regras e esquemas fundados na medicina, na visão de diferentes especialistas, na cultura, nos vários padrões regionais e nos modelos de consumo*”. Os autores ainda supõem que concepções religiosas e filosóficas das gerações passadas não permitiram que fossem socializados para estabelecer com o nosso corpo uma relação de intimidade. Lembram-nos que o padrão cultural dominante é o jovem, assim crêem que “*a nossa cultura exclui a perda, a doença, a vitalidade e a decadência física*” (p.62).

Bagrichevsky & Estevão (p.69, 2005) afirmam que “*as dimensões relacionais entre*

*saúde e sociedade têm sido proficuamente debatidas em outras áreas do conhecimento*”. Acreditamos que este debate será extremamente importante na área de Educação Física, pois permitirá um aprofundamento nas questões de saúde da população. Kunz (2006) crê que desde que vem se tentando introduzir, na Educação Física brasileira, os referenciais das ciências humanas e sociais para a apreensão crítica da realidade na qual está inserida, tem-se avançado muito. Ressaltamos que na área específica da Educação Física, a relação entre saúde e sociedade já encontra campo fértil para debates já há algum tempo, contudo, acreditamos que tais debates acabam por ficar restritos a suas cercanias e a um nicho restrito de profissionais. O que buscamos é a ampliação deste debate com diversas outras áreas da saúde e das ciências sociais e é claro, com os profissionais da área. Como exemplo lembramos que importantes publicações como os PCNs por exemplo, que retrata a preocupação de instituições governamentais com a Educação Física – mais especificamente escolar, mas acreditamos poder extrapolar para qualquer âmbito de trabalho de atuação – e que buscam a democratização, humanização e diversificação a prática pedagógica da área, e com isso ampliar, de uma visão apenas biológica, para um trabalho que incorpore as dimensões afetivas, cognitivas e socioculturais dos sujeitos (Brasil, 1998).

A Saúde Coletiva, mais especificamente a promoção da saúde, como vem sendo defendida neste texto, integrando áreas de conhecimento distintas, trazem a tona a dimensão social, coletiva e política da saúde, que hoje se busca concretizar através da busca por melhores condições de vida para a população.

Carvalho (2005) defende que o ensino e a pesquisa em Educação Física sejam voltados ao atendimento da população, da educação em saúde para os indivíduos e comunidades. Para isso, consolidar trabalho conjunto com a Saúde Coletiva pode ser um caminho rico na direção da população, das políticas sociais e das políticas públicas.

Temas como corpo e lazer, por exemplo, fazem parte dos desafios relativos às necessidades sociais em saúde da população brasileira e hoje, a Saúde Coletiva, já reconhece a urgência de se ater também a problemas como estes que são comuns à Educação Física. Peres et al (2005), em estudo que trata do lazer e da cultura como demandas sociais, políticas públicas e importantes dimensões dos projetos de melhoria da qualidade de vida e da saúde, acreditam que estes podem influenciar o processo saúde/doença – seja individual ou coletivamente. Afirmam ainda que as políticas públicas também podem ser influenciadas com a perspectiva de

desenvolvimento e de melhoria da qualidade de vida. Os autores crêem que as atividades de lazer são atividades culturais e para Daólio (p.2, 2005) a “*cultura é o principal conceito para a educação física, porque todas as manifestações corporais humanas são geradas na dinâmica cultural*”. Galvão, Rodrigues e Sanches Neto (2005) afirmam que o principal objetivo da Educação Física – estes autores falam especificamente da área escolar, mas cremos poder ampliar para qualquer área de atuação da educação física – é introduzir e integrar os sujeitos na Cultura Corporal de Movimento, formando cidadãos que irão usufruir, partilhar, produzir, reproduzir e transformar as manifestações características dessa área como o esporte, o jogo, a dança entre outros. Os PCNs dão importante contribuição ao defenderem que

a concepção de cultura corporal de movimento amplia a contribuição da Educação Física [...] para o pleno exercício da cidadania, na medida em que, tomando seus conteúdos e as capacidades que se propõe a desenvolver como produtos socioculturais, afirma como direito de todos o acesso e a participação no processo de aprendizagem (p.30, Brasil, 1998).

Assim, o lazer possui um grande potencial de suscitar e expressar diversas formas de sociabilidade e de reciprocidade, devido a seu caráter educativo, relacional e crítico-reflexivo (Peres et al, 2005). Portanto, a atividade física como atividade de lazer e da cultura mostra-se como importante dimensão do cuidado à saúde, de forma ampliada como estamos destacando neste texto, já que extrapola o âmbito biológico. Como exemplo, Peres et al (2005) acreditam que lazer, esporte e cultura possuem capacidade de modificar a trajetória de crianças e jovens, citam que representantes de comunidades onde há grande exclusão social acreditam que ações culturais, de lazer e esporte são essenciais, pois teriam grande capacidade de se contrapor à violência, em especial para as crianças e os jovens, segmento em maior vulnerabilidade neste caso. Concordamos em parte com tal afirmativa, reiteramos que é necessário compreender como estas ações serão planejadas e executadas, quais são os valores que perpassarão tais atividades, pois nos parece que o esporte, por exemplo, por si só não poderia de forma simplista atuar em temática tão complexa como a violência. Vale lembrar que o esporte profissional está cheio de contradições, valorização exacerbada da competição que em muitas vezes acaba reforçando a própria violência – vide casos de torcidas organizadas e até mesmo os próprios atletas profissionais quando estão competindo.

Peres et al (p. 767, 2005) concluem que “*lazer, esporte e cultura são assuntos fundamentais na dinâmica comunitária e na implementação de programas sociais e de saúde*”

pois permitiriam apropriação crítica e reflexiva em relação ao contexto social em que vivem.

Logo, a possibilidade de aproximação entre Educação Física e Saúde Coletiva, objeto principal deste trabalho, segundo Carvalho (2005) trará para a área da Educação Física

discussões fundamentadas no referencial das ciências humanas, o que pode contribuir para que os profissionais específicos compreendam sua prática pedagógica de maneira contextualizada, considerando os fatores culturais, históricos, econômicos, e políticos, de modo que faça contraponto à visão estritamente biológica do corpo e relevando os elementos da cultura corporal como manifestações e expressões humanas, portanto, com historicidade e significado (p.25).

Assim, os conteúdos da Educação Física devem ir além da realização pura e simples de tarefas motoras, o que caracteriza-a com um fim em si mesma. Busca-se a compreensão e enfrentamento dos diversos fatores que influenciam tal prática. Um desporto, então, deve ser compreendido em seu contexto sócio-político, econômico e cultural, o que extrapola e muito o simples saber-fazer. Não desconsideramos, contudo, a importância da técnica na busca de uma melhor performance, só não concordamos quando esta torna-se fim exclusivo na prática da atividade física de cunho desportivo ou não. E ainda salientamos que mesmo quando a busca pela maior eficiência técnica se faz presente, é importante relacioná-la com o cuidado a saúde individual e coletiva.

#### **4.3 - PROGRAMAS DE FOMENTO A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA: BREVE ANÁLISE**

A difusão de programas institucionais através de campanhas publicitárias, que teriam como objetivo o aumento dos níveis populacionais de atividade física enfatizam a prática de atividade física de forma descontextualizada com a realidade concreta de vida daqueles que pretende atingir. Levantamos o seguinte questionamento: como aquele trabalhador mal remunerado que gasta 4 horas, em média, de deslocamento por dia poderia usufruir dos benefícios que a prática de atividade física pode trazer?

Ferreira e Najar (2005) em artigo que busca refletir sobre o processo de adesão à atividade física como empreendimento na área da saúde e sobre as ações costumeiramente adotadas nesse sentido, afirmam que o acúmulo de conhecimento no campo de estudo referente à adesão ao exercício físico ainda é pequeno diante de sua importância no Brasil. Acreditam,



baseado na falta de evidências, que a mera informação dos benefícios proporcionados pela atividade física é insuficiente para a incorporação desta como hábito de vida, o que é corroborado por Farinatti e Ferreira (2006).

Afirmam que “*a questão da motivação e adesão ao exercício é [...] multidimensional*” (p.210), citam estudos que apontaram a diversidade e complexidade dos fatores ligados à adesão a prática de exercícios tais como: experiências anteriores na prática desportiva e de exercícios físicos; apoio do cônjuge e de familiares; aconselhamento médico; conveniência do local de exercitação; aspectos biológicos/ fisiológicos; gênero; automotivação para a prática do exercício; disponibilidade de tempo; condição socioeconômica; conhecimento sobre exercício físico e acesso a instalações e espaços adequados à prática de exercício físicos. Palma (2000) cita outros fatores tais como: o papel da mídia, a influência do esporte de alto rendimento, a cultura local, entre outros.

Fica claro a partir daí, a nosso ver, que a questão do aumento das gradações de atividade física populacionais é extremamente complexo, não permitindo análises rasas e descontextualizadas da realidade dos sujeitos a quem se pretende atingir.

Trazem a tona, relatando estudo de King (1994), a necessidade de “*ações nos níveis ambiental, organizacional, institucional, social e legislativo*” (p. 211). Ou seja, políticas públicas e intervenções ambientais são particularmente importantes para a promoção da atividade física, já que para os autores, ambas são elaboradas para influenciar grandes grupos populacionais. Vale lembrar que estas prerrogativas se alinham com dois dos cinco campos de ação da promoção da saúde, quais sejam: construção de políticas públicas saudáveis e criação de ambientes favoráveis à saúde; aproximando-se, portanto do entendimento que buscamos através deste trabalho para educação física/atividade física ao aproximá-la do referencial da saúde coletiva/ promoção da saúde. Ferreira e Najjar seguem afirmando que “*programas e campanhas de promoção de estilos ativos de vida são as ações que vêm se destacando dentre as estratégias adotadas pelo poder público*” (p.211). No Brasil, um exemplo emblemático é o programa Agita São Paulo que posteriormente deu início ao programa em âmbito nacional denominado Agita Brasil. Para Ferreira e Najjar (2005) o esforço de programas como estes que objetivam promover a prática regular da atividade física parece não surtir os efeitos esperados, pois admitem que a maioria da população brasileira não pratica atividade física regularmente. Afirmam ainda que são escassos estudos que avaliam iniciativas de promoção da atividade física em âmbito nacional

ou de larga abrangência populacional mas que os que existem concordam sobre a efetividade de programas e campanhas em melhorar o conhecimento da população e apontam a limitação em ampliar o nível de adesão a prática de atividades físicas. Apontam, citando Cavill (1998), como um dos principais motivos a “*dificuldade que programas teriam para alterar o quadro social desfavorável à prática regular de atividades físicas*” (p. 214). Este quadro apontado coaduna-se com o que este trabalho se propõe a levar para o debate quando afirmamos que aja a análise do contexto de vida dos indivíduos e o subsequente enfrentamento dos determinantes de sua saúde em conjunto com o incentivo a prática regular de atividades físicas.

Como anteriormente relatado, acredita-se que a mera informação dos benefícios proporcionados pela atividade física é insuficiente para a incorporação desta como hábito de vida, logo para Ferreira e Najjar (2005) o quadro de sedentarismo da população não seria alterado se os programas e campanhas com esse fim se restringirem a buscar apenas a ampliação do conhecimento da população sobre atividades físicas. Estes autores alertam ainda, que a adesão à atividade física como hábito de vida é um fenômeno complexo devendo ser entendido como um processo já que o hábito de praticar atividades físicas expressa o comportamento final desejado. E se levarmos em conta apenas esse indicador para a efetividade de programas de fomento à prática de atividades físicas haveria ênfase no produto e desconsideraria o processo.

Concluem que o aumento da probabilidade de que a atividade física passe a fazer parte da rotina de sujeitos e coletividades, passa necessariamente por mudanças no entorno social, trazem alguns exemplos como: oferta, distribuição e acessibilidade de equipamentos desportivos e espaços públicos para a prática de atividades físicas, desenvolvimento de uma consciência coletiva no que toca ao reconhecimento de sua importância, alterações nas relações entre tempo de trabalho e lazer, o que implica repensar fatores como jornada de trabalho e rendimentos. Palma (2000) também reconhece que há uma relação inversamente proporcional entre condições sócio-econômicas e a prática de exercícios físicos.

Em vias de conclusão deste trabalho, recebemos o convite para coordenar um núcleo do projeto Segundo Tempo (PST) que foi idealizado pelo ministério do Esporte, então analisaremos de forma breve este projeto, pois vislumbramos a real possibilidade de trabalhar com a atividade física – neste caso a de cunho desportivo – na perspectiva crítica de Promoção da Saúde.

O PST tem como público alvo crianças e adolescentes com maior vulnerabilidade social e destina-se à democratização do acesso à prática esportiva, por meio de atividades esportivas e

de lazer. Objetiva colaborar para a inclusão social, bem-estar físico, promoção da saúde e desenvolvimento intelectual e humano, e assegurar o exercício da cidadania. Portanto, como afirmamos, se seu objetivo for alcançado, seria a realização do que viemos propondo ao longo deste trabalho.

Além da prática esportiva, o projeto prevê a oferta de atividades complementares, como reforço escolar, programação cultural e orientação em questões de saúde além de reforço alimentar. Traz alguns resultados que espera alcançar, não só nos jovens participantes, mas em todos os envolvidos, destaca-se: interação entre os participantes e destes com a sua realidade local; melhoria da auto-estima e das condições de saúde dos participantes; aumento do número de praticantes de atividades esportivas educacionais; melhoria da qualificação de professores e estagiários de educação física envolvidos; diminuição no enfrentamento de riscos sociais pelos participantes; diminuição da evasão escolar nas escolas atendidas e melhoria no rendimento escolar dos alunos envolvidos.

Com a possibilidade de articulações inter-setoriais, há a possibilidade de materializar a promoção da saúde já que permite que o PST extrapole o esporte como principal instrumento de educação.

Por se tratar de um programa amplo, que pretende desde educar através do esporte até a descoberta de talentos esportivos, acreditamos que caberá aos profissionais envolvidos em cada núcleo – local onde ocorrerão as atividades esportivas, de lazer, entre outras, não se limitando a um espaço físico como uma quadra ou campo – direcionar as práticas para se aproximarem mais ou menos do que defendemos neste texto.

#### **4.4 - CARTA BRASILEIRA DE PREVENÇÃO INTEGRADA NA ÁREA DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO FÍSICA**

O Conselho Federal de Educação Física (CONFEF) em 2006 lançou um documento denominado Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da Saúde na perspectiva da Educação Física que em sua apresentação reconhece a importância da prevenção, promoção da saúde e do papel essencial do Profissional de Educação Física na composição de políticas públicas de Saúde. Contudo deixa clara a sua opção por enfatizar a prevenção. A nosso ver, biologiza e medicaliza a Educação Física em sua relação com a sociedade pois afirma a

*“prevenção como fator estratégico no combate às injustiças sociais, à violência, ao analfabetismo, à evasão escolar, à exclusão social”* (p.4) ou ainda quando afirma que *“prevenção significa antecipação, leitura prévia e identificação de situações sociais inadequadas que, a curto, médio e longo prazos, possam trazer prejuízos à população”* (p.4).

Defende a atividade física pelas múltiplas potencialidades que possui, afirmando que o esporte, a ginástica, a dança, as lutas, a musculação apresentam-se como *“práticas economicamente viáveis para promoção da saúde e da inclusão social, revelando-se ícones da prevenção integrada e holística”* (p.4). Leva-nos a reflexão do que se entende, neste documento, por Promoção da Saúde, já que quase sempre traz os campos da prevenção e promoção da Saúde como sinônimos.

Para este documento a

atividade física sistematizada e o Esporte quando conduzidos e orientados de forma adequada, formativa, educativa, qualificada e ética, ou seja, por Profissional de Educação Física habilitado, por representarem atividades lúdicas e livres que, como atividades socializantes por si só, atraem as pessoas, são considerados por todos os diferentes segmentos de profissionais da área da Saúde como excelentes meios minimizadores e facilitadores na busca de saídas e soluções para os problemas que vêm recrudescendo de forma progressiva na sociedade atual (p.4).

Transparece certo otimismo ingênuo ao acreditar que o profissional de educação física, simplesmente por ser habilitado, conseguirá orientar da forma citada toda e qualquer atividade física e/ou desportiva. Não leva em conta que este profissional está inserido numa sociedade que pode dar mais ou menos valor para a atividade, sua atuação profissional, o que acarretará entre outros, mais ou menos condições de trabalho para este profissional. Além disso, permite o entendimento da atividade física e/ou desportiva como uma espécie de ‘salvadoras da pátria’ imputando a elas um poder que acreditamos estar mais em consenso no senso comum do que de fato em evidências.

Aproxima-se em determinados momentos do referencial da Promoção da Saúde como defendido por este texto e do conceito ampliado de saúde, por exemplo, ao afirmar sobre o direito à saúde que *“as ações de prevenção e promoção da Saúde são estratégias positivas de intervenção para a busca contínua de avanços políticos, sociais, culturais, ambientais e educacionais, sempre no sentido do desenvolvimento humano”* (p.13). E ainda ao entender a

saúde, como direito humano fundamental e essencial como fator de investimento social e econômico e que “a busca da saúde pressupõe o exercício da cidadania, significando assumir a responsabilidade com a qualidade de vida” (p.5). Ou ainda que “os campos da Prevenção e da Promoção têm se deslocado progressivamente para o centro das atenções na área da saúde, da educação, da economia, do trabalho, da justiça social, [...] tanto no setor público como no privado” (p.5). Contudo, mais uma vez traz prevenção e promoção da saúde de forma quase indissociável além de defender uma relação da qualidade de vida “com um estilo de vida ativo, de modo individual e participativo na comunidade” (p.5) levantando a dúvida de como seria este modo individual e participativo na comunidade. Adiante afirma que a busca da saúde pela sociedade brasileira pressupõe o exercício da cidadania e para tanto, a sociedade tem se empenhado de diferentes formas e através de vários procedimentos, só que entende que a assunção deva ser de forma individual e de maneira participativa, o que cabe ao universo total da comunidade.

Continua, defendendo que a profissão Educação Física quando aplicada de forma qualificada, competente, responsável e ética, pois certamente poderá contribuir significativamente para a melhoria da qualidade de vida da comunidade e fortalecimento dos anseios e dos direitos de cidadania. O que não fica claro e já foi motivo de ressalva neste texto, é: como caracterizar a forma qualificada, competente, responsável e ética do profissional de Educação Física? Apenas a formação acadêmica e a habilitação profissional poderiam fazê-lo? O documento conclui que dinamizada competentemente, esta Educação Física proporcionará a ampliação e o reconhecimento da importância de serviços prestados pela categoria dos profissionais da área. Nisso concordamos e isto é um dos objetivos deste trabalho e desta discussão que o mesmo pretende fomentar, só que não há como fazer este debate de forma simplista, imputando ao profissional de educação física ou à atividade física e/ou desportiva um estatuto de solução para quase todas as mazelas que existem na sociedade contemporânea. É como se estes fossem bons por si só independente do contexto onde se dá ou daquele que os pratica.

É contraditório ao enfatizar como benefícios da atividade física apenas os que estimulam os vários sistemas orgânicos e afirmar por diversas vezes, que esta tem muitos benefícios quanto à inclusão social. Ora, questiona-se se aspectos biológicos como melhora no sistema cardiopulmonar, manutenção da pressão sanguínea em níveis aceitáveis entre outros são

suficientes para a problemática dos problemas sociais que a sociedade brasileira enfrenta? Ao defenderem a atividade física como *“uma arma eficaz para a promoção da saúde”* (p.6), o fazem biologizando a questão, pois afirma que *“o aumento da atividade física tende a reduzir em 1/3 os casos de doenças arteriais e coronarianas, bem como para controle dos fatores de risco e um poderoso caminho para a melhoria da qualidade de vida”* (p.6). O que nos permite inferir que para este documento a qualidade de vida restringir-se-ia a ausência ou atenuação de doenças.

Afirma que a prática regular de atividades físicas possui relevância na formação do ser humano e na conquista da qualidade de vida só que as classifica como pertencentes ao aspecto economia. Este trabalho repudia o entendimento de que a formação do ser humano e a atividade física como importante instrumento para tal, sirvam apenas como poupadores de possíveis gastos já que por esta ótica, acreditaria-se que atividade física poderia prevenir diversas DCNT.

Acredita que a atividade física faz com que *“as pessoas tenham mais energia e disposição para aproveitar o seu envolvimento tanto no mundo do trabalho, como do lazer e social”* (p.6). Mais uma vez mostra um total descolamento da realidade de vida de muitos brasileiros, pois é sabido que existem jornadas de trabalho esgotantes (somando-se deslocamento, jornada de trabalho propriamente dita e afazeres domésticos) e, portanto não haveria tempo ou ‘energia’ para o engajamento em atividades físicas. Palma, Abreu e Cunha (2007) trouxeram a tona esta problemática para estudantes de Educação Física, concluindo que um número importante adota comportamentos que contrariam o discurso hegemônico na área que reforça a importância de um ‘estilo de vida’ considerado saudável. Então como sermos ingênuos achando que outrem tem que praticar atividade física para ter mais ‘energia’ se muitas vezes, nós mesmos – profissionais de educação física e saúde – não conseguimos fazê-las.

Mais uma vez imputa à prática da atividade física a redenção de todos os males como fica claro no trecho a seguir:

Constata-se dessa forma ser praticamente consensual no seio da comunidade, que a prevenção de grande parte dos males da modernidade passa pela prática de atividades físicas, prática essa responsabilmente orientada visando à melhoria da qualidade de vida da sociedade, proporcionando ao indivíduo adotar um estilo de vida que seja suficientemente ativo, permitindo-lhe condições de viver e conviver livremente com suas necessidades, desejos, demais pessoas e meio-ambiente, podendo dessa forma exercer todos os seus direitos e capacidades de cidadania (p.6).

Questiona-se se ser ativo então proporcionaria condições de viver a todos? Só isso é necessário

para a cidadania?

Cita importantes documentos como a Agenda de Berlim (1999) que defende “*a Educação Física é um direito humano de todas as pessoas, principalmente das crianças*” (p.9); ou a Declaração de São Paulo para a Promoção da Atividade Física no Mundo (1999), que considera que “*aproximadamente dois milhões de mortes por ano no Planeta são atribuídos ao sedentarismo e que a inatividade física associada ao fumo e pobreza causa 75% das mortes de doenças crônicas não transmissíveis*” (p.10). Só que não traz em seu corpo nenhuma proposta para combater a pobreza, o que a nosso ver, restringe a efetividade da prática de atividade física para evitar tais mortes.

Esclarece seu posicionamento de tratar prevenção e promoção da saúde de forma quase indissociável ao defender que estas “*devem ser consideradas conjuntamente pelas suas proximidades e raízes comuns no Bem-estar de cada indivíduo*” (p.14).

Aponta para a necessidade de compartilhamento entre as pessoas, suas famílias, comunidades, organismos e instituições e do Estado para a prevenção e promoção da saúde e ainda que estas serão reforçadas em sociedades mais justas e cooperativas, onde as políticas públicas conseguiriam maior possibilidade de êxito social. Reitera a interdisciplinaridade e intersetorialidade como essenciais para a prevenção e promoção da Saúde. Cita também a educação para a saúde, pois “*possibilita a tomada de consciência, a participação, a consciência crítica do momento histórico vivido e a formação de uma possível rede de suporte social [...]*” (p.18). Ao afirmar que

as atividades físicas, para que se constituam em variáveis positivas na vida das pessoas, precisam ser desenvolvidas numa perspectiva de Educação Física, isto é, num processo de Educação, seja por vias formais e não-formais, e compreendidas como um dos direitos fundamentais de todos (p.20).

Mostra aí, cunho corporativista, pois permite o entendimento de que apenas pela ‘perspectiva da Educação Física’ é que ocorreria um processo educacional, formal ou não-formal na prática de atividades físicas.

Conclui que os profissionais de Educação Física, a partir do entendimento de que esta área se relaciona com a educação, saúde, cultura, esporte, lazer, [...] “*terão na sua atuação por estilos de vida ativos na população do país, que valorizar a educação para a saúde*” (p.22). Lembramos, neste momento a crítica de Castiel (2003) sobre o conceito de estilo de vida (vide p.39).

## **Capítulo 5:**

# **CONSIDERAÇÕES FINAIS**



A Promoção da Saúde então busca articular todos os componentes da saúde, assim ela não é só biológica, como a Educação Física tem advogado hegemonicamente, contudo ela também não é só política ou sócio-cultural. Acreditamos que o maior desafio que a Promoção da Saúde traz é a articulação destes componentes, com o devido enfoque em cada um deles nos momentos pertinentes. Como ilustração deixamos o seguinte exemplo: quando um sujeito acometido de alguma DCNT como hipertensão arterial, diabetes mellitus ou ainda uma lesão ortopédica procurar o atendimento de um profissional de saúde, falaremos neste caso especificamente do profissional de educação física; este profissional terá que conhecer a fisiopatologia e os protocolos de tratamento através da atividade física, contudo, não poderá deixar de levar em conta em que contexto este sujeito está inserido. Quais são os valores que este atribui à atividade física? Quais serão as reais possibilidades deste sujeito ter a atividade física como hábito de vida durante e após o tratamento? Só assim, cremos que este profissional será efetivo na busca de uma saúde melhor para este sujeito.

Há a necessidade de reflexão sobre o fato de que ao advogar a capacitação dos sujeitos para que se tornem autônomos, partícipes em sua saúde pode acarretar também responsabilizá-los sobre seu estado de saúde. Neste texto foi utilizado o termo co-gestão, que acreditamos mostrar que a participação dos sujeitos agindo em favor de sua saúde é condição necessária para que alcancemos gradações cada vez maiores de saúde individual e coletiva. Contudo, rechaçamos a caracterização da ‘culpabilização’ pois acreditamos que esta participação é dialógica, ou seja, já que os sujeitos estão inseridos em uma sociedade deve-se buscar formas para que estes não sejam apenas manipulados por estruturas coercitivas que lhe são impostas, mas sim que consigam se articular para serem menos vulneráveis a tais coerções.

Então, conclamamos aos profissionais de Educação Física que se engajem na busca de conhecimento e informação ligados à Saúde Coletiva/Promoção da Saúde para que se tornem cada vez mais críticos e possam se posicionar neste debate que o trabalho procurou fomentar. Mesmo que se coloquem a favor desta atividade física que por hora nos colocamos contra – uma atividade física culpabilizante e que se acredita ser uma espécie de redenção contra quase todos os males, ou ainda uma promessa fácil de qualidade de vida, saúde e bem-estar.

Neste momento levantamos a seguinte questão, como se dará esse processo de aproximação dos profissionais da Educação Física e os referenciais da Saúde Coletiva/Promoção da Saúde? Acreditamos que faz-se necessário que estes referenciais façam, cada vez mais, parte

da formação destes profissionais.

Vislumbramos a real possibilidade do estreitamento da Educação Física com alguns referenciais da Saúde Coletiva/Promoção da Saúde através do crescente envolvimento de profissionais da área que materializam-se, entre outros, na carta de Porto Alegre, redigida em 2006 no seminário de Educação Física e Saúde Coletiva: a inserção no SUS ou ainda, como divulgado na revista oficial do Sistema CONFEF/CREF em Março de 2008, na presença do profissional de Educação Física em núcleos de Apoio à Saúde da Família conforme Portaria nº 154 que o ministério da saúde aprovou em 24 de Janeiro de 2008 e na presença de representantes dos Conselhos Federais e Regionais de Educação Física (CONFEF/CREFs) na 13ª Conferência Nacional de Saúde. Em que pese o fato de que a presença deste conselheiro não necessariamente significar que os profissionais de educação física estão imbuídos da possibilidade de compreender a atividade física de uma nova forma que acreditamos poderá torná-la mais atrativa para um contingente populacional maior e de conhecer o Sistema Único de Saúde, seus avanços possibilidades e desafios, já aponta para o fato de que a Educação Física está voltando-se para o debate proferido pela Saúde Coletiva.

Assim, o que pretendemos passar através deste trabalho de revisão pode ser resumido no fato de que os conhecimentos construídos sobre a educação física/atividade física, suas implicações, contextos, devem permitir uma leitura crítica dos valores sociais, como os padrões de beleza e saúde, padrões de desempenho que homogeneiza os sujeitos, competição exacerbada, entre outros.

Repudiamos, então, a crença 'ingênua' que atividade física produz saúde, através de uma relação causal, imputando à atividade física a responsabilidade de tornar-se redentora de todos os possíveis males do sedentarismo. Atualmente, não falta na mídia 'leiga' e até mesmo entre os profissionais de saúde, a idéia de que simplesmente ao tornar-se ativo fisicamente, o sujeito poderá desfrutar de saúde, bem-estar, qualidade de vida. Até mesmo ressaltando um caráter biológico dos benefícios que a atividade física pode trazer é paradoxal, portanto, o fato de se isentar da participação das aulas de educação física nas escolas os alunos com mais de trinta anos ou ainda quem cumpra jornada de trabalho igual ou superior a seis horas como está na Lei de Diretrizes e bases da educação nacional (Brasil, 1996) e a preocupação com o aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares e DCNT expressos na literatura científica mundial. Defendemos que concomitantemente ao fomento da prática regular de atividade física aja a

análise do contexto de vida dos indivíduos e o subsequente enfrentamento dos determinantes de sua saúde.

Uma limitação desta pesquisa, por seu caráter revisional, é que a mesma incorreu em uma utopia ou idealismo, pois acreditamos que os aspectos teóricos para a operacionalização da promoção da saúde na educação física já estão disponíveis, pois se aproximam do que foi discutido pelo movimento que denominou-se renovador ou crítico da educação física brasileira a partir do final da década de 80. Bagrichevsky (2007) ressalta que este movimento supracitado não questionou em nenhum momento a relação da aptidão física como sinônimo de saúde, que reforçava as dimensões exclusivamente individuais da saúde. Entendemos que mesmo sem haver o enfoque nos referenciais pertinentes à saúde coletiva, as proposições baseadas na perspectiva renovadora, crítica ou ainda emancipadora da Educação Física brasileira, até a presente data, se aproximam do que a Promoção da Saúde advoga através do entendimento de que a Educação Física auxilia os sujeitos e coletivos na busca pela conquista da cidadania plena em diferentes aspectos de sua humanidade. Assim, acreditamos que objetiva o alcance da saúde ampliada, em seu contexto social, econômico, cultural, político e biológico.

Faz-se necessário, numa próxima etapa a investigação de sua real utilização nas de ações que objetivam a adoção da atividade física como hábito de vida, o que abre uma promissora possibilidade pesquisa. Contudo, não se trata de questionar o valor deste trabalho de revisão, e sim, apenas mostrar a necessidade de complementação com novas investigações.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, C. L.; Wilk, C. B.; Vasconcellos, M. P. C. Corpo e cultura e corpo e saúde: análise do suplemento semana de um jornal paulista. Saúde e Sociedade. São Paulo, 2004.

Bagrichevsky, M.; Estevão, A. Os sentidos da saúde e a Educação Física: apontamentos preliminares. Arquivos em Movimento. Rio de Janeiro, 2005.

\_\_\_\_\_ ; Silva, P. R. V. Sedentarismo, nós e o mundo (im)possível no contexto da Ciência. Rev Saúde Pública, 41(5):862-64, 2007.

Bagrichevsky, M. A formação profissional em educação física enseja perspectivas (críticas) para atuação na saúde coletiva? In: Fraga, A. B.; Wachs, F. (Orgs.) Educação Física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. 2.ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

Barros, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? Saúde e Sociedade, V.11 N° 1;1-11, 2002.

Becker, D. et al. *Empowerment* e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 9(3):655-667, 2004.

Brasil. Parâmetros curriculares nacionais: Educação Física/Secretaria de Educação Fundamental – Brasília: MEC, 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_ Portaria N° 154. Publicada no D.O.U. n° 43, de 04/03/2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Disponível em

[http://www.confef.org.br/arquivos/PORTARIA\\_154\\_NASF.doc](http://www.confef.org.br/arquivos/PORTARIA_154_NASF.doc) Acesso em 15/04/2008.

Buss, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):163-177, 2000.

\_\_\_\_\_ Promoção da Saúde na infância e adolescência. *Rev. Bras. Saúde matern. Infant.*, Recife, 1(3): 279-282, set.-dez., 2001.

\_\_\_\_\_ Uma Introdução ao Conceito de Promoção de Saúde. In Czeresnia, D., Freitas, C. M. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

\_\_\_\_\_ e Pellegrini Filho, A. Determinantes sociais da saúde (Editorial). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(9):1772-1773, set, 2006a.

\_\_\_\_\_ Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (Informe). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(9):2005-2008, set, 2006b.

\_\_\_\_\_ A saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva*, 17(1): 77-93, 2007.

Campos, G. W.; Barros, R. B.; Castro, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3):745-749, 2004.

\_\_\_\_\_ Prefácio: O elogio do mito. In CARVALHO, Y. M., *O “mito” da atividade física e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2004.

Carvalho, A. I. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1):4-5, jan, 2008.

Carvalho, Y. M., O “mito” da atividade física e saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

\_\_\_\_\_ Educação Física e Saúde Coletiva: Uma Introdução. In LUZ, M. T. Novos Saberes e Práticas em Saúde coletiva: Estudos Sobre Racionalidade médicas e Atividades Corporais. São Paulo: Hucitec, 2005.

\_\_\_\_\_ Práticas corporais e comunidade: um projeto de educação física no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (Universidade de São Paulo). In: Fraga, A. B., Wachs, F. (Orgs.) Educação Física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. 2.ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

Castiel, L. D. Dédalo e os dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In Czeresnia, D., Freitas, C. M. (Orgs.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

\_\_\_\_\_ Quem vive mais, morre menos? estilo de risco e promoção de saúde. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. (Org.). A saúde em debate na educação física. Blumenau: Edibes, p. 79-97, 2003.

Conselho Federal De Educação Física (CONFEF). Carta brasileira de prevenção integrada na área da saúde na perspectiva da educação física, 2006.

Costa, E. M. B.; Venâncio, S. Atividade Física e Saúde: discursos que controlam o corpo. Pensar a prática. 7(1): 59-74, 2004.

Czeresnia, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (Orgs.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

Daólio, J. Educação Física e o conceito de cultura. Campinas: Autores Associados, 2004.

Darido, S. C.; Rangel, I. C. A. (Coord.) Educação Física na escola: implicações para a prática pedagógica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

Deslandes, S. F. Prefácio. In Gonçalves, A. e colaboradores. Conhecendo e discutindo saúde coletiva e atividade física. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

Farinatti, P. T. V.; Ferreira, M. S. Saúde, promoção da saúde e educação física: conceitos, princípios e aplicações. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2006.

Ferreira, M. S.; Najar, A. L. Programas e campanhas de promoção da atividade física. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(sup):207-219, 2005.

Ferreira, J R; Buss, P M. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde? In Zancan L, Bodstein R, Marcondes W B (Orgs.). *Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em mangueiras-RJ*. Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ, 2002.

Gohn, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde e Sociedade* v.13, n.2, p.20-31, maio-ago 2004.

Kunz, E. *Transformação didático-pedagógica do esporte*. 7.ed. Ijuí: Ed. Unijuí, 2006.

Lefèvre, F.; Lefèvre, A. M. C. Saúde, Empoderamento e Triangulação. *Saúde e Sociedade* v.13, n.2, p.32-38, maio-ago 2004.

Lopes, R. E.; Malfitano, A. P. Ação social e intersetorialidade: relato de uma experiência na interface entre saúde, educação e cultura. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.10, n.20, p.505-15, jul/dez 2006.

Luz, M. T. Educação Física e saúde coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde. In: Fraga,

A. B., Wachs, F. (Orgs.) Educação Física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. 2.ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

Marcondes, W. B. A convergência de referências na promoção da saúde. Saúde e Sociedade v.13, n.1, p.5-13, jan-abr 2004

Ministério do Esporte. Projeto Segundo Tempo. Disponível em <http://portal.esporte.gov.br/snee/segundotempo> Acesso em 08/04/2008

Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa, 1986. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm> Acesso em 18/12/2007.

\_\_\_\_\_ Declaração de Adelaide, 1988. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm> Acesso em 18/12/2007.

\_\_\_\_\_ Declaração de Sundsvall, 1991. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm> Acesso em 18/12/2007.

\_\_\_\_\_ Declaração de Jacarta, 1997. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm> Acesso em 18/12/2007.

\_\_\_\_\_ Declaração do México, 2000. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm> Acesso em 18/12/2007.

Organização Pan-Americana de Saúde. Declaração de Santa-Fé de Bogotá, 1992. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm> Acesso em 18/12/2007.

Palma, A. Atividade física, processo saúde-doença, e condições sócio-econômicas: Uma revisão da literatura. Revista Paulista de Educação Física 14(1), 2000.

\_\_\_\_\_ Bagrichevsky, M. E Estevão, A. Considerações teóricas acerca das questões



relacionadas à promoção de saúde. In Bagrichevsky, M.; Palma, A. E Estevão, A. (Orgs.). A saúde em debate na educação física. Blumenau: Edibes, 2003.

\_\_\_\_\_ Salomão, L.C.; Nicolodi, A.G.; Caldas, A. Reflexões acerca da adesão aos exercícios físicos: comportamento de risco ou vulnerabilidade?. Revista Movimento, v.10, n.21, p.83-100, 2003.

Pedrosa, J. I. S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. Ciência e Saúde Coletiva, 9(3) 617-626, 2004.

Peres F F et al. Lazer, esporte e cultura na agenda local: a experiência de promoção da saúde em Manguinhos. Ciência & saúde coletiva, 10(3):757-769, 2005.

Reis, I N C (Org.). Promoção da saúde e reorientação de serviço: a experiência do Centro de Saúde Escola Germano Sinval de Faria. In Zancan L, Bodstein R, Marcondes W B (Orgs.). Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em manguinhos-RJ. Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ, 2002.

Rosen, G. Uma história da saúde pública. São Paulo; HUCITEC, 1994.

Stotz, E. N., Araújo, J. W. G. Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. Saúde e Sociedade v.13, n.2, p.5-19, maio-ago 2004.

Tavares M F L. Da saúde escolar à escola saudável: construindo espaços de promoção da saúde. In Zancan L, Bodstein R, Marcondes W B (Orgs.). Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em manguinhos-RJ. Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ, 2002.

Temporão, J.G. Discurso de posse no cargo de ministro da saúde. Brasília, 2007.

Zioni. F.; Westphal, M. F. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. Saúde e Sociedade v.16, n.3, p.26-34, 2007.