

# EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE (\*)

**Aguinaldo Gonçalves<sup>1</sup>**  
**Giovani De Lorenzi Pires<sup>2</sup>**

## RESUMO

*Partindo-se das evidências disponíveis de que “Não é ativo quem quer, mas quem consegue”, são apontadas concepções e práticas que permitam desconstruir equívocos a respeito. Nesse sentido, menciona-se a expansão, durante a presente década, da doença degenerativa articular do joelho, decorrente de “orientações técnicas” prestadas por especialistas na matéria. Tais constatações conduzem a discussão final sobre as contribuições da Ética da Epidemiologia nesse contexto, com vistas a permitir trato mais crítico e cidadão da matéria*

## 1 - INTRODUÇÃO

Inicialmente gostaria de expressar claramente a satisfação que sinto em participar desta forma do I Congresso Internacional de Educação Física e Motricidade Humana. A satisfação decorre do tema que me cabe tratar - Educação Física e Saúde - uma das questões cardinais a que tenho me dedicado em tempo integral nos últimos dez/quinze anos de minha vida. Complementa-a distinção pelo fato de estar novamente aqui no Departamento de Educação Física desta Universidade, na qual recebi minha formação graduada, a rever velhos amigos e conquistar novos, espero!

A direção que tomarei para explicitar minhas idéias básicas a respeito da questão em causa partirá da menção de alguns equívocos com que ela é habitualmente tratada e como os mesmos são construídos, a exemplo do que se tem observado em outras dimensões da Saúde Coletiva. Sempre que possível procurarei recorrer a situações conhecidas da literatura nacional e internacional, apontando-se ao final, algumas perspectivas de superação. Espero com isso poder contribuir para com os colegas que me acompanham nesta incursão, provendo-lhes elementos que permitam a construção de perspectiva crítica e analítica sobre a controversa e nebulosa relação aqui tratada.

(\*) Texto produzido para apresentação na mesa redonda homônima realizada durante o VII Simpósio de Educação Física, Unesp - campus de Rio Claro, abril/maio de 1999

<sup>1</sup> Professor Titular, Departamento de Ciências do Esporte, Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas

<sup>2</sup> Professor do Departamento de Educação Física/Centro de Desportos/UFSC e aluno de doutorado em Ciências do Esporte na FEF/Unicamp

Para finalizar esta introdução, faço referência às contribuições do aluno de pós-graduação e orientando, professor Giovani Pires, o que explica o caráter de co-autoria do texto preparado para subsidiar esta exposição.

## 2-Não é ativo quem quer, mas quem consegue!

Esta, penso, deveria se constituir na expressão síntese da relação Educação Física e Saúde, a partir da reflexão sobre práticas e concepções correntes da área. Sim, por primeiro, aí está embutida a idéia de saúde enquanto valor, componente aspirativo a ser conquistado, recuperado e preservado, a qual já trabalhamos anteriormente (Gonçalves,1981). Naquela oportunidade, ressaltou-se o caráter dinâmico atribuído ao conceito de saúde, que consistiria em estado de permanente enfrentamento às adversidades de natureza física, psíquica e social. A seguir, não se pode negligenciar a dimensão coletiva, vital nessa aquisição, numa perspectiva dialeticamente superadora tanto das abordagens individualizantes e funcionais como daquelas que limitam seu enfoque à estrutura de classes sociais. Trata-se, no dizer de Fleury (1992), de uma mudança “do ponto de inflexão na tematização da saúde coletiva”, em que o que se opõe não é mais a dualidade “coletivo x individual, mas sim o lugar do sujeito na construção do coletivo”.

Relevada é então a concepção central que se expressa como contraponto ao “healthismo”, postura funcionalista norte – americana (Colouhoun, 1991), mas que se espalha avidamente em outras terras nossas, sustentada por inocentes úteis e por úteis não tão inocentes: atribuem eles a responsabilidade da condição de saúde-doença à decisão pessoal, como se coubesse individualmente a prerrogativa de sobrepor-se aos determinantes maiores da realidade social da doença e às características regionais e locais dos serviços de saúde, entre nós tão carentes quantitativamente com longas filas a demonstrá-lo; isto para não falar nos respectivos aspectos qualitativos.

Mais grave, no conjunto desses equívocos, intencionais ou não, referentes à Saúde Coletiva e Atividade Física (SCAF), talvez seja, no entanto, aquele que indica a Atividade Física como instrumento mágico, um passaporte que, por si só ou no mínimo de forma prioritária, garantiria acesso ao mundo da Saúde. Trata-se de forma de negligenciar ordens de fatos tão ponderáveis como condição nutricional, de habitação, transporte, trabalho, e distribuição

populacional da produção, para conferir à Atividade Física a centralidade da questão sanitária.

### 3 -Desconstruindo o Equívoco

Postos os fatos como no segmento anterior, pode parecer tratar-se de equívoco ou embuste simples de ser elucidado. Ocorre que geralmente vem travestido de expressões mais sutis e sustentado por uma rede tentacular de fatores. Por primeiro a citar-se é a gama de interesses envolvidos; desde os menores, por exemplo, de muitos especialistas que vêm na matéria a oportunidade de visibilidade que a ausência de competência específica de sua atuação lhe negou. Há, também, os maiores, das multinacionais do consumo, do insumo e da mídia, envolvendo fábulas de milhões de dólares anualmente: vão desde a manufatura e publicidade de calçados e equipamentos até o financiamento dirigido de projetos de pesquisa em países do terceiro mundo, onde o controle social das instituições é mais tênue e frouxo. Igualmente, não pode ser ignorado o fato de a área ser relativamente recente enquanto instância acadêmica e que, visando legitimar-se, tem constantemente associado-se a outras instituições já consolidadas, a custo de sua própria autonomia (BRACHT, 1992).

Na realidade, o processo de construção de equívocos neste âmbito tratado não é complexo: consiste em primeiro tomar uma informação positiva, favorável, gerada no interior de determinada realidade da SCAF; a seguir desarticulá-la das especificidades locais que lhe permitiram a conformação original, como se não se tratasse de algo historicamente construído por aquele grupo social em que foi consignada, mas sim passível de generalização e ampliação, como se faz com fenômenos do âmbito da Física clássica, como a queda dos corpos ou espaço percorrido em tempo definido; e finalmente, aquele fato ocorrido sob aquelas condições ou naquela comunidade passa a ser difundido e propagandeado na perspectiva de que cabe a todos repeti-los e adotá-los para que se tornem saudáveis.

Uma compreensão teórica a respeito do processo de produção destas “representações da verdade” pode ser buscada na semiótica de Charles Peirce (cfe. COELHO NETTO, 1996). Nesta concepção de pensamento lógico, que promove uma relação triádica entre *signo*, *objeto* e *significante*, a relação particular entre os dois primeiros é sempre aberta (por fazer), podendo-se constituir por associação direta (quando o signo torna-se *ícone*) ou por convenção (situação em que se institui enquanto *símbolo*). Se “signo é alguma coisa que representa algo para alguém” (SANTAELLA, 1995) e que é através do signo que o objeto determina seu interpretante, a produção de um signo e, principalmente, sua transformação em símbolo parece indicar que a interpretação do objeto representado não pode

prescindir da intervenção de algo ou alguém com poder para estruturar esta convenção. Desta forma, a natureza simbólica das “verdades construídas” sobre a relação Atividade Física-Saúde conta sempre com a contribuição de especialistas que, através do critério de autoridade presumida, conseguem veicular e consolidar um conhecimento simbólico reconhecido como válido, ainda que resultante de visão recortada, descontextualizada e re-elaborada em relação à realidade em que foi produzida.

Exemplo bem encontrado a respeito é de Paffenbarger et al (1986) ao observarem que, no interior da sociedade norte americana deste final de século, entre indivíduos de nível universitário, todos oriundos da mesma instituição, aqueles que relatavam dissipação diária de energia superior a duas mil quilocalorias expressaram maior esperança - média de vida. Obviamente, trata-se de dado relevante onde foi gerado, mas não faz sentido propugnar essa conduta em nossas cidades, na expectativa de alcance do mesmo efeito! Todavia, situações como essa freqüentemente têm sido utilizadas simbolicamente para referir-se e referendar a relação Atividade Física-Saúde como comprovadamente válida e inquestionável.

Em nosso meio, pode ser mencionado exemplo de rigor do tratamento que reivindicamos seja dado ao conhecimento produzido, a fim de que não se torne símbolo descolado das condições objetivas onde se gerou. Policiais militares de local por nós estudado (Monteiro et al, 1995) que apresentavam referência a maior atividade física indicam maior escolaridade e melhor renda mensal. Estabelecer relação de causalidade generalizada a partir de tal investigação seria no mínimo irresponsável!

Mais danosa ainda é a próxima arbitrariedade do processo que se descreve. Uma vez demonstrada a importância da Atividade Física para a Saúde Coletiva, caso a conduta de alguém seja a oposta, cabe-lhe responder perante a sociedade e a si mesma pela responsabilidade do fracasso e da transgressão, ainda que com custo pessoal elevado. Trata-se daquela figura que já vem sendo conhecida como “culpabilização da vítima”! Nesse sentido, o proceder dos defensores da Atividade Física se aproxima eticamente de uma certa forma de fazer Educação em Saúde, que já tivemos oportunidade de apreciar há alguns anos (Gonçalves, 1979), em que o modelo de ação adotado nas Unidades Sanitárias focalizava o doente como objeto e sujeito da transformação, atribuindo-lhe um compromisso individual que pouco ou nada considerava as demais condições (sociais, culturais e econômicas) determinantes pelo acometimento de agravos à sua saúde.

Situação concreta que aponta para essa questão, de fato, pode ser buscada no que se verificou em relação ao aleitamento materno. Constatados, por um lado, seus pontos positivos altamente relevantes (destacando, entre muitos, aproximação mãe - filho; proteção imunológica para a criança e adequação nutricional), bem como os fortemente negativos associados à sua ausência (como diluição

inadequada das fórmulas comerciais, risco de contaminação por infectantes ambientais, propaganda criminoso dos laboratórios produtores sobre a prescrição médica, para citar apenas alguns - Gonçalves, 1976 - ), desencadeou-se enorme clamor setorial em favor da amamentação natural, numa época em que não se dispunha das informações adequadas sobre técnicas e procedimentos que permitiriam realmente às mães terem suas glândulas lácteas estimuladas em absoluta plenitude. Nesse ínterim, tantas foram as mães com sentimento de fracasso e culpa pelo não aleitamento biológico, quando elas na realidade não dispunham de condições objetivas para darem conta da atribuição que se lhes impunha!

#### 4 – “Mexa-se” e a Ética da Epidemiologia

Voltando especificamente às verdades “construídas” da Saúde Coletiva e Atividade Física, parece ter sido assim que operaram movimentos de massa como o “Mexa-se!”: recomendando a corrida para todos, independentemente de identidades naturais e sociais, levou, pouco tempo após, à conhecida epidemia da doença articular do joelho. São agires potencialmente tão danosos que parece legítimo acolher a tendência de denunciar aos Conselhos Éticos de Medicina, Fisioterapia, Educação Física (afinal, serve também para isso o recém criado Conselho Federal de Profissionais de Educação Física, pois não?) aqueles profissionais que, no seu dia-a-dia, ratificam tais erros. De igual modo, os responsáveis pela recomendação da adoção de tal conduta, mesmo e ainda mais não se tratando dos supra mencionados, desde que indicados, podem responder judicial e criminalmente pelas lesões decorrentes. Evidentemente isto só ocorre à medida que as pessoas constroem sua consciência sanitária e exercitam sua prerrogativa de cidadania e, nesse processo, nós sanitaristas, enquanto agentes sociais esclarecidos, exercemos contribuição cardinal.

Ademais cumpre-nos outra tarefa, esta centrada em nossa especificidade. Refere-se à própria identidade da Epidemiologia, ainda considerada por muita gente boa como o braço metodológico da Saúde Coletiva. Desse modo, incumbe-nos a missão de apreciar acertos e erros ao “que fazer” do universo sanitário, aí incluídas naturalmente as questões da Atividade Física. Cabe-nos, portanto, as legítimas expectativas que se depositam sobre nosso labor profissional, no sentido de contribuir para com os demais da área em relação à construção científica sobre os fatos estudados. Que tenhamos todos sucesso e equilíbrio nessa aventura!

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRACHT, V. **Educação física e aprendizagem social**. Porto Alegre, Magister, 1992.
- COELHO NETTO, J. T. **Semiótica, informação e comunicação: diagrama da teoria do signo**, 4 ed. São Paulo, Perspectiva, 1996.
- COLOUHOUN, D. – Health based Physical Education – The Ideology of – Heathism and victim blaming. **Phy Educ**, V. 14, p. 5-13, 1991.
- FLEURY, S. **Saúde coletiva: questionando a onipotência do social**, Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992.
- GONÇALVES, A. – Cromatina Sexual e carcinoma mamário. **Revista. Br. Med.**, V. 33, p. 295-296, 1976.
- GONÇALVES, A. – **Ações em Saúde**. São Paulo, Papiro, 1979.
- GONÇALVES, A. - A Saúde e a população: contribuição para o entendimento deste binômio em nosso meio. **Ciência e Cultura**, V. 33, p. 1425 - 1429, 1981.
- MONTEIRO, H.L.; FERMINO NETO, J.L.; PADOVANI, C.R. & GONÇALVES, A. - Aptidão física relacionada à saúde de indivíduos ativos, intermediários e sedentários de mesma atividade ocupacional. **Revista Ed. Fís. U.E.M.**, V. 6, p. 12-17, 1995.
- PAFFENBARGER, R.S.; HYDE, R.T. WING, A. L. et al – Physical activity, all – cause mortality and longevity of college alumni. **The New Engl. J. Med.**, V. 314, p. 605-613, 1986.
- SANTAELLA, L. **Teoria geral dos signos: semiose e autogeração**, São Paulo, Ática, 1995.