

## EDUCAÇÃO FÍSICA - Entre o biológico e o social. Há conflito nisto?

Marco Aurélio Da Ros<sup>1</sup>  
Ricardo Camargo Vieira<sup>2</sup>  
Luiz Roberto Agea Cutolo<sup>3</sup>

### Resumo Abstract

Este ensaio desenvolve, a partir de interrogações levantadas pelos autores, uma reflexão para os educadores físicos, em relação a questões epistemológicas atuais, vinculadas ao setor saúde, tais como: os estilos de pensar diferentes; a necessária ruptura com o positivismo; a integração entre o biológico e o social; o conceito de saúde/ promoção de saúde, diferenciado do conceito de prevenção de doença. Pretende, ainda, colaborar para um significado maior do papel do educador físico para além de estimular prática de exercícios. Propõe, finalmente, uma visão ampliada do processo saúde-doença, e de como se pode abrir para

This trail develops, starting from interrogations lifted by the authors, a reflection for the Physical Educators, in relation to current epistemological subjects, linked to the section health, such as: the different thinking styles; the necessary rupture with the positivism; the integration between the biological and the social; the concept of health / health promotion, differentiated of the concept of disease prevention. It intends to collaborate for a better meaning of the Physical Educator's paper, beyond the stimulation of the practices of exercises. It proposes, finally, an enlarged vision of the process health-disease, and how to open

<sup>1</sup> Médico, Doutor em Educação - Departamento de Saúde Pública - UFSC

<sup>2</sup> Médico, Mestrando em Saúde Pública. PPG - UFSC

<sup>3</sup> Médico, Doutor em Educação. Mestrado em Saúde e Gestão do trabalho - UNIVALI

novos estilos de pensamento em saúde pública.  
Palavras-chave: Educador físico; Promoção de Saúde; Epistemologia, Estilos de Pensamento.

for new thought styles in public health.  
Keywords: Physical Educator, Health Promotion, Epistemology, Thought Styles.

## Introdução

Temos nos deparado com um novo profissional para a área da saúde, depois de vários anos, enfim reconhecido, como tal, o educador físico. Suas atividades estão previstas tanto nas diretrizes curriculares, como agora, nos núcleos de atenção integral, aprovados pelo Ministério da Saúde em 4 de julho de 2005 (m-2005). Embora em algumas ocasiões esbarre em conflitos "tribais"/corporativos, tão em vigência nos últimos tempos, (tempos de "atos"), com os interesses, por exemplo, da Fisioterapia, em relação aos limites de atividade para a área, é uma profissão em franca expansão, talvez atendendo alguns ditames da moda. As lojas de materiais esportivos... vão de vento em popa (NAHAS, p. 124). Só na Região Sul, segundo dados da Rede Unida, são 99 cursos (Rede Unida-2005).

Mas... estaria o educador físico sendo construído, em seu estilo de pensamento (EP) (Da ROS, 2000), para a saúde, como preconizam as diretrizes curriculares, (Rede Unida-2003) ou para ser mais um

profissional de doença, mesmo que seja preventivo, mas de doença? Reproduz talvez o modelo biomédico hegemônico?

Há outras questões para discutir a partir dessas dúvidas levantadas, tais como, a forma como é construído um EP, qual é o conceito de saúde que utilizamos, que matriz utilizamos para caracterizar saúde/doença? Matriz biologicista, ou mais ampla? Como vamos trabalhar com saúde? Como podemos trabalhar a integralidade da saúde, pensando interdisciplinarmente? (PINHEIRO, 2001) Que história existe por detrás do modelo biologicista, patologizante, negador do emocional e do social? Porque a educação física tem privilegiado as ciências biológicas como fundamento de seus estudos? (CARVALHO, 2005)

Romper com a visão de que a doença não é uma fatalidade implica, em linhas muito amplas, relacionar-se com a natureza de modo não predatório, ou antiecológico; reformar as cidades e o modo de produção urbano e rural, e rever o modo de relacionamento do homem consigo mesmo e com seus semelhantes (LEFEVRE, 2004).

Após as conferências internacionais de promoção de saúde, desde 1986, em Ottawa, (CZERESNIA, 2003) o conceito de promoção de saúde foi cada vez mais se desvinculando dos níveis de prevenção de Leavell e Clark, (BUSS, 2003) para adotar uma associação/ identidade com termos como: cidadania, justiça social, equidade, alegria, vida, solidariedade, etc...

Estes termos não têm ligação direta com o biológico, embora não se possa negar, dialeticamente, que logrando promover saúde teremos menos doenças, ou pelo menos mais longevidade com melhor qualidade de vida. O que deixou de fazer sentido é imputar responsabilidade individual pelo processo saúde-doença (BAGRICHEVSKI, 2003), bem como imaginar que se possa fazer promoção de saúde para algum tipo de patologia.

Apesar das mudanças de conceito dos últimos 15 anos, é comum ouvirmos algo como, promover saúde bucal, ou programas de promoção de saúde para hipertensos e diabéticos, exercícios físicos para promover saúde em determinadas patologias. Há, evidentemente uma confusão grande entre promover saúde e prevenir doenças. A começar pelo objeto de trabalho/ investigação. Um trata de saúde, o outro de doença.

Estas possibilidades mais amplas de entendimento têm sido

discutidas extensamente, e talvez o exemplo mais claro seja o de que, quando vamos proceder a um trabalho com características qualitativas (MINAYO, 1994) (portanto, sem juízo a priori) sobre o que a população entende sobre o processo saúde-doença, ela se expresse claramente mostrando que sim, tem algumas coisas que não estão funcionando bem, ou queixas, ou algo que o médico disse que era para tratar/ tomar remédios, mas que tem saúde simultaneamente. E se referem a esta última de diversas maneiras: estar feliz, poder ajudar os outros, estar trabalhando, viver bem com a família, ter amigos para repartir coisas e se divertir, ter projetos a realizar, fazer as coisas que gosta, comer e dormir bem, não sentir muita dor (LUZ, 2005). É claro que isto é incompatível com o ideário da década de 50 de que saúde é o completo bem estar físico mental e social (BUSS, 2003).

Não se trata, por outro lado, de negar medidas preventivas, importantes para limitar patologias, ou mesmo evitar sua eclosão, mas de caracterizar, que prevenção, sim, trata de doenças específicas. E sublinhar que prevenir doenças não é sinônimo de promoção de saúde (LEFEVRE, 2004). O assunto do qual trata a prevenção é doença. O que se previne são doenças. .Promoção trata de outro assunto, saúde, que

não é o contrário de doença. E que envolve o psicológico e o social, embora não seja o completo bem-estar. Promoção, portanto, é assunto que transcende o biológico, para inserir-se definitivamente no social. (RODRIGUEZ, 1994).

Lefevre (p. 43) diz, que o modo de vida atual é gerador de doenças. O problema se trata de pensar de que forma pode ser entendida uma alocação aparentemente tão simples como: o que é modo de vida? Trata de entender a vida como inserida numa sociedade de consumo, neoliberal, predadora da natureza, voltada para o individualismo, com escassos direitos sociais, "desempoderada", desagregada em termos de relações humanas e de prazer ou, de outra forma, entender que modo de vida pode ser entendido como hábitos de comportamento teoricamente modificáveis, do tipo: comer alface e chuchu, caminhar trinta minutos, usar um tênis ergonômico, deixar de fumar, não beber bebidas alcoólicas, usar camisinha. Estes últimos, sem dúvida estão muito mais relacionados a, no máximo, prevenção de doenças.

O quanto de exercício físico necessário para reduzir riscos de doenças cardiovasculares tem sido objeto de intensa discussão, havendo evidências que duas sessões de 30 minutos por dia são mais que suficientes, e que isto, a imensa

maioria das pessoas já faz em atividades do cotidiano, como subir escadas, caminhar até o ponto de ônibus, varrer a casa, etc... Há também trabalhos que evidenciam correlações com prazer no fazer o exercício, como fundamentais para liberação de endorfinas, e, portanto capaz de evitar uma infinidade de doenças, e isto entraria em contradição com prescrições do tipo profissional dono da verdade, que prescreve algo como - "Tens que fazer exercício, dieta, senão vais morrer de hipertensão, infarto ou diabetes". Uma pedagogia do susto. (Da ROS-2000).

Trata-se, segundo Lefevre (2004), de um conflito entre representações sociais do processo saúde-doença, onde o profissional de saúde (leia-se o educador físico, inclusive) adota uma prática discursiva e comportamental regida por relações assimétricas de mando/obediência; prescrição/cumprimento da prescrição independentemente do fato destas relações serem mais autoritárias ou mais "gentis", mais ou menos "participativas", ou "educativas", ou "cooperativas", o que não muda em nada sua natureza estruturalmente assimétrica (p.55).

Ao invés de educar conduzindo, é preciso, pois, informar o cidadão, de modo claro e transparente, não escamoteando nenhum aspecto do problema (LEFEVRE, 2004). Mas não se trata de prescri-

ções comportamentais, deve-se levar em conta a vida REAL das pessoas. O profissional de saúde acredita ter monopólio sobre os temas que envolvem saúde doença, que está revestido de autoridade sanitária, e que ele é o técnico especialista (LEFEVRE, 2004), o "dono da verdade", garantido pela lógica flexneriana e positivista.

Estamos, portanto, levantando algumas situações instabilizadoras (CUTOLO, 2001), com a intenção bem clara de parar para refletir sobre a questão biológico x social, na prática da educação física.

### Algumas das questões a ser aprofundadas: o referencial epistemológico

A partir de um médico-epistemólogo, Ludwik Fleck, temos o entendimento que saúde é um fenômeno complexo, que envolve pelo menos: cultura, sociedade, psicologia e biologia, não podendo, portanto, ser entendida numa epistemologia própria para as chamadas ciências naturais, como a kuhniana ou popperiana (CUTOLO, 2001). Fleck tem a compreensão a partir de suas categorias chave: Estilos e Coletivos de Pensamento, de que uma forma de pensar é determinada historicamente, tem uma tendência a persistência e é mantida

pelos coletivos, especialmente nos círculos esotéricos (produtores do conhecimento) por uma suave coerção do pensamento, onde se tem a mesma forma de ver, perceber, sentir os fenômenos científicos. Usa-se a mesma bibliografia, estudam-se os mesmos autores, que consolidam a sua "verdade", e não cabe outro tipo de pensamento, entendido como instabilizador. Estes coletivos se mantêm hegemônicos por um tempo, deixam de ser, mas não deixam de existir. Sobrevivem em grupos que continuam fechados para perceber novas formas de pensar (DAROS, 2000; CUTOLO, 2001).

Na área da saúde o chamado modelo biomédico tem sua clara hegemonia a partir do modelo Flexner, em 1910, que se caracterizou por uma concepção positivista do processo saúde-doença, pela fragmentação, pela negação do social e do psicológico, convertendo o humano em algo biológico somente, e aos pedaços, pelo hospitalocentrismo e a partir daí pela concepção de que fazer saúde era ditado pelos exames e medicamentos prescritos. Enfatizou o entendimento de que o profissional da saúde era o único sabedor, descaracterizando a relação que Freire caracteriza como biunívoca, tornando-o um ditador de regras.

Esta concepção começa a ser colocada em cheque a partir das

pesquisas de Sigerist ou Canguilhem, ainda na primeira metade do século XX, e pelas pesquisas da antropologia médica a partir dos anos 70, especialmente em Escolas como Harvard, ou as Escolas européias (OYARBIDE, 1991).

O chamado movimento pela reforma sanitária, no Brasil, incorpora esses novos entendimentos, e somando-se a epidemiologia social de Jaime Breilh ou Asa Cristina Laurell, pensadores da A. Latina, ou G. Berlinguer, Boltanski, europeus, passam a perceber a inequívoca determinação social do processo saúde-doença e de como o biológico era tão somente uma parte deste contexto - como potencialidade e desfecho. A luta desse movimento vai fazer surgir no Brasil, desde o SUS, ao PSF, as residências multiprofissionais em saúde da família, as novas diretrizes curriculares, as rodas de educação permanente, os grupos de promoção de saúde.

Mas Fleck dizia da dificuldade de mudança. O que fazer com o pensamento de quem sempre prescreveu, por exemplo, um determinado procedimento cirúrgico e que agora, com a chamada medicina baseada em evidências fica claro que o procedimento não só era inadequado, como prejudicava seus pacientes? Será que é fácil a aceitação de que esteve errado, ou vai resistir e tentar se defender usando

autores que comprovam o seu ponto de vista? É isto que Fleck chama de tendência à persistência. A introdução em um novo EP significa uma rejeição ao estilo anterior e isto incomoda as pessoas. Por outro lado, as pessoas só mudam se sentirem desconfortáveis com o modelo anterior (CUTOLO, 2001). E, para evitar o desconforto, fecham os ouvidos para o EP que não fala o que querem ouvir. Portanto, a compreensão de que a educação física transcende, em muito, os aspectos exclusivamente biológicos, é um problema epistemológico, de estilo de pensamento, de tendência a persistência, mas é também um problema conceitual (que está contido na epistemologia), mas merece uma reflexão em separado.

### Um pouco mais de promoção de saúde, para entender saúde: O Educador Físico promove saúde?

O desafio atual que os profissionais de saúde enfrentam, e que consiste em melhorar as condições de saúde da população em geral, passa invariavelmente pelo entendimento de saúde como conceito, pelo entendimento da produção social da saúde e pela compreensão do que é Promoção da Saúde. (Ministério da Saúde, 2002)

O conceito de Promoção da Saúde aparece na década de 40, de forma latente, com Sigerist (1946), que a define como uma das tarefas essenciais do campo da saúde; e vem novamente à tona na década de 60, com o conceito positivo de doença, no sentido de incentivar a prevenção das doenças, através do estímulo de hábitos e comportamentos saudáveis. (BUSS, 2003)

A concepção moderna de Promoção da Saúde perpassa a compreensão que se tem do processo "saúde-doença-saúde", que por si só não é dicotômico ou define saúde e doença extremos de uma mesma régua (de medição do estado de saúde).

Seria um erro entendermos que para promover a saúde das pessoas, estaríamos necessariamente tentando prevenir suas doenças ou que a presença destas denotaria a falha de nossas tentativas de promover a saúde.

Ao analisarmos a definição de Promoção da Saúde da Organização Mundial da Saúde, entenderemos que os determinantes de saúde das pessoas estão além da prevenção de suas doenças. (Ministério da Saúde, 2002):

A promoção da saúde representa um amplo processo social e político, ela não engloba apenas as ações dirigidas para o fortalecimento das habilidades e capacida-

des dos indivíduos, mas, também, das ações direcionadas para as mudanças nas condições sociais, ambientais e econômicas, de forma a aliviar seu impacto sobre a saúde pública e individual. A promoção da saúde é o processo que possibilita às pessoas aumentar o controle sobre determinantes da saúde e dessa forma, melhorar sua saúde (Carta de Ottawa, 1986),

Ter uma vida saudável é mais do que ter um corpo saudável. Entender vida saudável como estado limitada a um corpo são é como acreditar que ter saúde é não estar doente. Sabemos que essa idéia de saúde associada exclusivamente ao corpo foi, durante muito tempo, a noção sobre a qual as profissões da saúde mais se apoiaram, para propor suas ações e as suas modalidades de intervenção. No entanto, essa concepção foi incapaz de explicar as muitas formas de adoecer e de manter-se saudável. (CZERESNIA, 2003)

Se percebermos que, no momento que realizamos a prevenção de doenças cardiovasculares, o controle do estresse, o incentivo aos exercícios físicos escolares, ou qualquer atividade física, temos um papel mais importante para a vida das pessoas, de mais impacto na longevidade e de maior interesse para a coletividade, então, entenderemos a verdadeira importância dos

profissionais de saúde, como o profissional de Educação física. Só, que este profissional pode ir ainda muito mais longe se pensar em promover saúde ao invés de limitar-se a prevenir doença (LEFEVRE, 2004).

A partir do momento em que veste o uniforme de profissional de Educação física, este deveria se apropriar da magia e da importância de realmente ser um educador. E utilizar este papel de educador em saúde para a promoção da saúde, partindo de um princípio que educar é totalmente diferente de informar.

Sendo um verdadeiro educador, o profissional de Educação física entende que o seu melhor papel não está na tentativa de se promover o condicionamento físico das pessoas, de torná-las aptas para o esporte, mas sim de respeitar o saber popular para integrar, solidarizar, conscientizar e tornar estas pessoas agentes na melhoria das condições de suas próprias vidas.

Ao utilizarmos estratégias de Educação Popular em Saúde (FREIRE, 1985), percebemos que o despertar da autonomia, do espírito de cooperação coletiva e da convivência (BRICENO-LEON, 1996) é, entre outros, o que torna as pessoas aptas a ter saúde.

Portanto, atividade física torna-se uma tática, um meio para se alcançar aquilo que realmente se

quer: saúde. E não o fim, o alvo de nossos esforços.

Será que a saúde, o bem-estar ou a felicidade está no fato de nos tornarmos ativos e exercitados, ou no contexto em que isto se dá?

Através da busca pelo enfoque do trabalho do Educador Físico na superação da superficialidade e no aprofundamento da busca pela real saúde, estaremos próximos daquilo que realmente queremos: uma contribuição ao bem-estar, à vida, à saúde. A Promoção da Saúde.

### Afinal, onde queremos chegar com tudo isto?

Hoje, há um conflito estabelecido não só entre a concepção saúde-doença entre os profissionais da área da saúde. O conflito se expande também no que se refere ao papel de cada profissional; na responsabilidade social ou individual pelo processo S-D; no conceito do que significa educar; na relativização do conhecimento; no modelo epistemológico adotado. O que preconizamos é que precisamos aprender a conviver com o diferente, a aceitar estilos de pensamento conflitantes e a entendê-los, ao invés de como inimigos, como instigantes para construir uma nova forma de pensar, constantemente em movimento, como preconiza o construtivismo.

Há hoje, uma extensa bibliografia que coloca em grave ques-



tionamento as verdades estabelecidas pelo positivismo, leia-se ciências da área da saúde (CANESQUI, 2000), e traz a necessidade de permeabilização dos estilos.

É necessário que as pessoas tenham informação completa, ou o mais ampla possível, o que Fleck chama de princípio do conhecimento máximo, com as "verdades" e seus questionamentos, para que autonomamente tomem decisões, e não sejam obedientes a quem sabe mais (tenho dúvida se realmente sabem). Por exemplo, quando perguntaram a Sek Yi, o mais longevo dos habitantes humanos da Terra, com 122 anos, a que ele atribuía sua longevidade, ele respondia: ao tabaco e as orações. Fumou ao longo de toda sua vida e não morreu de câncer (DC, 21/10/03). Não podemos esquecer dessa informação quando quisermos convencer alguém a deixar de fumar. Ou sobre a necessidade de fazer exercícios, mesmo que desprazerosos, lembrar que exercícios podem matar (ROIZ, 2004).

Além de tudo isto, há uma questão levantada pela medicina psicossomática que deve ser levada a sério pelos apologistas do exercício a qualquer preço. Entendemos muito pouco sobre as doenças. Sabemos que elas têm uma influência decisiva do social e psicológico. Nos diz esta medicina: Quando alteramos um perfil de morbidade de uma pes-

soa, ou mesmo de uma comunidade, estamos provavelmente transferindo para o inconsciente a necessidade de encontrar outro caminho para se manifestar (SILVA, 2004). Estaria aí uma das causalidades para pensarmos a eclosão de novas doenças? A depressão que surge como epidemia nos últimos 20 anos? Com ela, a hipertensão e o diabetes. O aparecimento da AIDS, o desaparecimento simultâneo de uma porção de outras (peste bubônica, poliomielite, crises "histéricas"). Quem sabe ganharíamos muito mais conhecimento e satisfação, inclusive pessoal, tentando descobrir o que faz ou não as pessoas felizes e investindo nisto em nossas relações, tanto pessoais, como profissionais (BOFF, 2002).

...Não é um processo curto, é sobre novas formas de relação com o poder... mudar processos de convivência (MERCER, 2003). É preciso então entender, que a proposta educativa (pensar aí o educador físico) do tipo conducente, na promoção de saúde, deve ser abandonada em favor de uma proposta informativa, porque as pessoas não querem ser "educadas", isto é, conduzidas mas, ao contrário, com ajuda e dialogando com a técnica, conduzir a SUA vida (LEFEVRE, 2004).

Trata-se de pensar em poder com, e não poder sobre. E isto implica em ruptura epistemológica, em novo estilo de pensamento. O

novo conceito de saúde talvez deva nascer disto, de colaborar com a capacidade de reação das pessoas, na busca de uma vida mais prazerosa, com objetivos coletivos e solidários, tentando colaborar para modificar, de fato, a forma que as pessoas estão se relacionando com a vida e a sociedade.

## Referências

- BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. A saúde em debate na educação física. Blumenau: Edibes, 2003.
- BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BRICENO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 12(1): 7-30, jan-mar 1996.
- BUSS, P.M. - Uma introdução ao conceito de Promoção de Saúde - In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- CANESQUI, A. M. Ciências Sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CARVALHO, Y, M. - Educação e Saúde Coletiva: Uma Introdução. In - LUZ, M. T. Novos saberes e prática em Saúde Coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 2 ed., revista. São Paulo: Hucitec, 2005.
- CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- FREIRE, P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- LEFEVRE, F; LEFEVRE, AMC. Promoção da Saúde. A negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004.
- LUZ, A.P.Z. - Adesão ao tratamento medicamentoso em grupo de diabéticos e hipertensos - Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina - 1º semestre 2005 - UFSC.
- MERCER, H.; RUIZ, V. Quem não sonha, não investe em mudança: perguntas e respostas sobre o impacto dos Projetos UNI nas comunidades participantes. Argentina: Kellogg, 2003.
- MINAYO, M.C.S. - O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 3ª ed. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de políticas de saúde. Projeto de Promoção da Saúde. A construção de vidas mais saudáveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Núcleos de Saúde Integral. Versão 14 de fevereiro de 2005.

- NAHAS, MV. Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida. 2ª ed. Londrina: Midiograf, 2001.
- OYARBIDE, J. M. U. Educar y curar: el diálogo cultural en atención primaria. Espanha: Ministério da Cultura, 1992.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 3 ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.
- REDE UNIDA - Pôster apresentado no Congresso da Rede Unida em Julho de 2005.
- REDE UNIDA - As Diretrizes Curriculares para a área da Saúde - Londrina-1ª ed. 2003.
- RODRIGUEZ, M. I. Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud. Washington, D. C.: OPS, 1994.
- ROIZ, J. Esporte mata! 1 ed. São Paulo: Casa Amarela, 2004.
- SILVA, M. A. D. Quem ama não adocece. 35 ed. São Paulo: Best Seller, 2005.

Contatos: [ros@ccs.ufsc.br](mailto:ros@ccs.ufsc.br)

Recebido em: jun/2005

Aprovado em: jun/2005