

Educação física e promoção em saúde

Alex Antonio Florindo

Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo

INTRODUÇÃO

PROMOÇÃO EM SAÚDE E SAÚDE PÚBLICA

Nas últimas duas décadas, muitas têm sido as discussões sobre os novos paradigmas da Saúde Pública.

De acordo com o grande filósofo KUHN (1997), paradigmas são as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência.

CANDEIAS (1998), argumenta que o campo da Saúde Pública está atravessando uma fase de mudança de paradigmas. As evidências que podem corroborar esta afirmação estão centralizadas no fenômeno da transição epidemiológica ocorrido no século XIX em países desenvolvidos. Com esta transição, o

modelo epidemiológico tradicional, originário de um discurso centralizado nas doenças infecto-contagiosas envolvendo agente, hospedeiro e ambiente, começou a ser substituído por um novo modelo epidemiológico, denominado como *conceito de campo de saúde*, envolvendo ambiente, estilo de vida, biologia humana e sistema de organização de cuidados (DEVER, 1988). Evidências indicam que este fenômeno tenha ocorrido, principalmente, em virtude da transição demográfica, juntamente com o processo de industrialização, melhores condições de saneamento básico, alimentação, trabalho e educação, resultando numa melhor qualidade de vida e diminuição da mortalidade (KALACHE et al., 1987; DEVER, 1988).

Analisando-se a transição epidemiológica em países em desenvolvimento como o Brasil, observa-se que a migração de pessoas das zonas rurais para as zonas urbanas aconteceu em um curto espaço de tempo. Atualmente, o Brasil

possui uma população essencialmente urbana, com hábitos de vida sedentários, o que, na maioria das vezes, torna-se uma situação favorável para o aparecimento das doenças crônico-degenerativas (DCD), porém, percebe-se que este país ainda convive com epidemias de doenças infecto-contagiosas, que mesmo em níveis de prevalência menores que as DCD, ainda afetam muitas regiões.

O conceito de promoção em saúde, o qual é considerado como um novo paradigma do campo da Saúde Pública, teve sua etiologia formalizada através da *Carta de Ottawa*, promulgada na 1ª Conferência de Promoção em Saúde, realizada em 1986 na cidade de Ottawa no Canadá. Este conceito foi caracterizado como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Este documento acrescenta que para se 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 1996).

Segundo a WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986), a promoção em saúde caracteriza-se como um processo de envolvimento das pessoas para aumentar e melhorar o controle sobre a saúde.

CANDEIAS (1997), conceitua promoção em saúde como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde, sendo que, a combinação refere-se à necessidade de mesclar os múltiplos determinantes da saúde (fatores genéticos, ambiente, serviços de saúde e estilo de vida), com múltiplas intervenções ou fontes de apoio. Os apoios educacionais referem-se à educação em saúde caracterizada por quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde e os apoios ambientais referem-se a circunstâncias sociais, políticas, econômicas, organizacionais e reguladoras, relacionadas ao comportamento humano, assim como a todas as políticas de ação mais

diretamente relacionadas à saúde.

Segundo POWELL et al. (1996), a promoção em saúde pretende não só informar, mas também persuadir, motivar e facilitar a ação.

De acordo com a *Carta de Ottawa* (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 1996), destaca-se na promoção em saúde, os papéis de defesa das causas da saúde, a capacitação individual e social para a saúde e a mediação entre os diversos setores envolvidos. Este documento preconiza cinco campos de atuação caracterizados por:

- elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- criação de ambientes favoráveis à saúde;
- reforço da ação comunitária;
- desenvolvimento de habilidades pessoais;
- reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

Os princípios da promoção em saúde caracterizam-se pelo envolvimento das ações no cotidiano da população, focalizando riscos para doenças específicas; pelas ações diretas sobre os determinantes ou causas da saúde; pela combinação de diversos métodos complementares, incluindo comunicação, educação, legislação, fiscalização, mudanças organizacionais, desenvolvimento da comunidade e atividades locais espontâneas contra os riscos para a saúde; pela participação efetiva e concreta da população; pela atuação sobre os fatores sociais determinantes da saúde, não somente serviços médicos, mas sim através dos cuidados primários com a saúde, envolvendo profissionais de saúde em geral (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Segundo GREEN & KREUTER (apud CANDEIAS, 1997), a expressão condições de vida, permite que o conceito de promoção em saúde ultrapasse os limites daqueles fatores estritamente comportamentais, observáveis em geral durante o relacionamento interpessoal que ocorre no âmbito do nível local, para prender-se a uma teia de interações muito mais complexa, constituída pela cultura, por normas e pelo ambiente socio-econômico, cada um deles se associando com o significado histórico mais amplo

do que se convencionou denominar estilo de vida

As ações e condições de vida estão diretamente relacionadas à saúde e qualidade de vida. De acordo com o *Artigo 3º da Lei 8080 de 1990*, a saúde possui um conjunto de fatores determinantes e condicionantes caracterizados por alimentação, moradia, saneamento básico, transporte, meio-ambiente, trabalho, renda, educação, lazer e serviços essenciais.

Em relação à qualidade de vida, FORATTINI (1992), argumenta que é um conceito difícil de ser definido, sendo por isso, muito mais difícil de ser medido. De acordo com este autor, para esta estimativa, aventa-se o emprego de vários dados dos quais resultariam medidas que, de forma genérica, podem ser tidas como objetivas e subjetivas. As objetivas seriam as que se fundamentam na utilização de indicadores concretos, como a taxa de desemprego e a densidade habitacional e as subjetivas decorreriam do uso de indicadores abstratos, baseados principalmente em informações colhidas diretamente dos indivíduos, tais como satisfação em viver e as condições em que vivem.

Uma forma de se analisar a qualidade de vida, pode ser através do grau de acesso em cada conceito do campo de saúde determinado pelo ambiente, estilo de vida, biologia humana e serviços de saúde (CANDEIAS, 1998). Acredita-se que esta análise esteja mais especificamente relacionada ao acesso aos fatores determinantes da saúde como alimentação, moradia, saneamento básico, transporte, meio-ambiente, emprego, educação, lazer e serviços essenciais.

Diferenciando-se da promoção, a educação em saúde caracteriza-se por quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde (CANDEIAS, 1997).

Partindo-se destes pressupostos, evidencia-se que algumas necessidades básicas intrínsecas do homem como felicidade, alegria e prazer estão interrelacionadas com os fatores determinantes da saúde.

A promoção em saúde enquanto área de atuação no campo da Saúde Pública, caracteriza-se

por atuar diretamente nos fatores determinantes da saúde.

Através destas reflexões, estabelece-se as seguintes questões: Será que a área de Educação Física segue os preceitos das literaturas quando trata do tema promoção em saúde? Que tipos de estratégias de promoção em saúde poderiam ser discutidas pela área de Educação Física no âmbito da Saúde Pública?

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO EM SAÚDE NA ÁREA DE EDUCAÇÃO FÍSICA: "UMA LUZ NO FIM DO TÚNEL"

Em nosso ponto de vista, existem controvérsias dentre alguns projetos de programas de atividades físicas na área de Educação Física quando retratam o conceito de promoção em saúde.

Os programas específicos na área de Educação Física que possuem como objetivo principal a mudança de comportamentos através de ações de ensino-aprendizagem são conceituados como programas de educação em saúde.

A promoção em saúde, além de incluir a educação em saúde em suas ações, refere-se a mudanças muito mais amplas de ordem estrutural, que incluem ações políticas e econômicas, que dificilmente acontecem nas ações de educação em saúde.

Segundo CANDEIAS (1996), os planejamentos de programas de promoção em saúde, devem possuir uma abordagem integrada baseando-se no modelo tridimensional, o qual é caracterizado por três níveis:

- O nível institucional ou de sistema, que abrange dois aspectos significativos, um ao nível macro e outro ao nível micro, cabendo-lhe executar as reformas propostas constitucionalmente pelo sistema de saúde e, ao mesmo tempo planejar a infra-estrutura necessária à implementação das atividades da unidade onde se realizam os serviços de saúde, sendo que, é evidente que a política de saúde antecede à implementação programática no nível local, muito embora a realidade local fundamente sempre as mudanças propostas;

- O nível programático, que ocorre na pró-

pria unidade onde se espera que o programa seja implantado, fazendo um diagnóstico da situação e procurando analisar as funções educativas em termos dos problemas de saúde em comum, objetivando aprimorar a qualidade técnica do programa;

· O nível de usuários, que representa o alvo terminal da atividades educativas a serem desenvolvidas, sendo que, nesta dimensão torna-se necessário fazer um levantamento de necessidades, incluindo-se entre estas as necessidades dos próprios usuários, que participam do processo de implementação e avaliação do plano educativo.

Um exemplo de programa de promoção em saúde, é o *Projeto North Karelia*, o qual foi iniciado em 1972 na região de North Karelia na Finlândia, tendo como objetivos diminuir a mortalidade e morbidade por doenças cardiovasculares, com referência especial para homens de meia-idade, reduzir os fatores de risco como fumo, colesterol sérico e hipertensão arterial entre a população local, promover rápidos diagnósticos, tratamentos e reabilitação para doenças cardiovasculares e proporcionar bases para uma possível aplicação em âmbito nacional dos métodos de campo utilizados para o controle das doenças cardiovasculares e outros problemas de saúde. As estratégias utilizadas consistiram de intervenções na comunidade através de métodos de educação em saúde, treinamento específico de profissionais e organização dos serviços de saúde, incluindo exames médicos e fornecimento de informações para o gerenciamento do programa. A estrutura administrativa envolveu representações em três níveis caracterizados pelo Comitê Médico Nacional, Departamento Social e de Cuidados com a Saúde de North Karelia e os Comitês de Centros de Saúde de North Karelia (KOSKELA et al., 1976).

Este projeto obteve excelentes resultados já no final de 1972, sendo que, 80% da população da região na faixa etária de 25 a 59 anos já haviam obtido informações referentes ao programa. Em 1974, dentre os principais resultados, em homens na faixa etária de 25 a 29 anos, obteve-se redução no número de fumantes (de 54 % para 42 %), aumento na utilização de leite desnatado (de 17 % para 41 %), aumento na mensuração

da pressão arterial a cada seis meses (de 28 % para 56 %), participação em exames médicos para identificação de doenças cardiovasculares (de 0 % para 32 %). Gradualmente, elementos que compõe a comunidade como os serviços sociais e escolas, organizações voluntárias, administrações locais e produtores de alimentos foram envolvidos com os serviços de saúde. O projeto preconizou a integração dos serviços de Saúde Pública e de administração em saúde, sendo que, as atividades foram integradas com os serviços de saúde existentes (saúde materno-infantil, atividades de exames médicos, saúde escolar e saúde ocupacional), juntamente com a criação de novos serviços como clínicas móveis de hipertensão com enfermeiros de Saúde Pública e programas especiais para o controle dos fatores de risco das doenças cardiovasculares em homens de meia-idade (KOSKELA et al., 1976).

Desde 1977 algumas ações do programa foram estendidas em âmbito nacional na Finlândia e, neste mesmo ano, foi implantada uma legislação anti-fumo no país. Em 1978, foram implantados programas específicos para influenciar o comportamento de crianças e adolescentes com relação aos fatores de risco. Após dez anos de existência do *Projeto North Karelia*, houve grande modificação nos padrões de morbi-mortalidade na Finlândia, principalmente através da diminuição na prevalência das doenças cárdio-vasculares. O ponto principal foi integrar os serviços de saúde existentes juntamente com a participação da comunidade como figura principal, moderando o custo total do programa (PUSKA et al., 1988).

Acredita-se que, em países como o Brasil, onde ainda existem pessoas que morrem de fome e epidemias de doenças infecciosas como sarampo, dengue e tuberculose, a promoção em saúde é vital para todas as áreas no âmbito da Saúde Pública. Não é diferente para a Educação Física, a qual segundo NAHAS & CORBIN (1992), se apresenta como uma profissão que tem a maior responsabilidade em prestar serviços relacionados com atividades físicas e desenvolvimento humano, ou ainda, de acordo FLORINDO & ARAÚJO (1997), além da tradicional atuação em escolas, clubes, academias e parques, a Educação

Física poderia atuar como parte de uma equipe multidisciplinar na área de saúde, inclusive em centros de saúde junto com a comunidade, orientando a prática de atividades físicas, de acordo com as características regionais e populacionais.

Um exemplo concreto de promoção em saúde através da atividade física, foi o **Projeto de Promoção e Avaliação da Saúde Comunitária**, realizado na cidade de Atlanta nos Estados Unidos da América em 1986. Através de organizações comunitárias, foram coletadas opiniões sobre os principais problemas da população, juntamente com levantamento técnico realizado por profissionais de saúde. Um dos principais problemas levantados foi a hipertensão arterial. A intervenção foi realizada através da implantação de programas de exercícios físicos e reeducação alimentar. Participaram do projeto, 70 mulheres obesas com idade entre 18 a 59 anos residentes numa região pobre da cidade de Atlanta. Mediante um conjunto de estratégias educativas e ambientais, caracterizadas pela utilização de uma clínica, uma escola e um clube, todos de fácil acesso para as pessoas, monitoração da dieta, visitas regulares de educadores de saúde pública nas casas das pessoas, participação ativa com comentários e incorporação de sugestões das pessoas nos programas e participação controlada procurando evitar absenteísmo, obteve-se resultados excelentes, principalmente com redução do peso corporal e diminuição da pressão arterial das participantes (LASCO et al., 1989).

Acredita-se que as ações de promoção em saúde em países em desenvolvimento, deveriam ser trabalhadas com base nos fatores determinantes da saúde. Isto se justifica, em virtude de grande parte dos problemas em países como o Brasil serem de ordem estrutural. Não é diferente no caso da área de Educação Física. Dados recentes de pesquisas em populações brasileiras (OLIVEIRA et al., 1998; ANDRADE et al., 1998) demonstram que a falta de tempo é principal barreira que as pessoas encontram para a aderência à prática regular de exercícios físicos. Refletindo-se sobre os fatores causadores da falta de tempo numa população pobre como a do Brasil, acredita-se que estes estejam relacionados com os graves problemas estruturais do

país, pois existem pessoas que não possuem tempo hábil para praticar em virtude do excesso de trabalho, ou ainda, existem pessoas que possuem tempo hábil, porém não têm condições de arcar com os custos de uma academia, um clube ou principalmente um *personal training*.

PATE et al. (1995), salientam que é necessário que as organizações de saúde pública, instituições educacionais, órgãos de cuidados com a saúde, comunidades, e todos os indivíduos, consigam efetivamente promover atividades físicas através de programas educacionais e a criação de programas que facilitem as situações para as pessoas se tornarem mais ativas. Neste aspecto, aponta-se uma luz no fim do túnel para a área de Educação Física, a qual deve centralizar suas ações nas estratégias de promoção em saúde. Considerando-se a importância destas estratégias, listou-se algumas ações relevantes que, em nosso ponto de vista, poderiam enquadradas como projetos de promoção em saúde na área de Educação Física:

- **Programas de ciclovias:** A implantação de programas de ciclovias e incentivo à utilização regular de bicicletas para locomoção, além de estar atuando na melhora da aptidão física, serviria como uma alternativa de transporte;

- **Programas de atendimento gratuito em avaliação física e prescrição de exercícios físicos em centros de saúde:** A implantação destes programas poderiam servir como uma alternativa para as pessoas carentes, oferecendo condições para a aderência à prática regular de exercícios físicos;

- **Programas de ginástica laboral:** A implantação de programas de prática regular de exercícios físicos no ambiente de trabalho, poderia ser uma alternativa para as pessoas que não possuem tempo hábil para praticar.

Finalizando, deve-se ter maior atenção quando da utilização dos conceitos de promoção em saúde nos projetos de programas de atividades físicas, e que, no caso de países como o Brasil, as ações de promoção em saúde na área de Educação Física devem ser dirigidas com base nos fatores determinantes da saúde, estabelecendo-se como parte integrante do cotidiano da população.

Referências Bibliográficas

- ANDRADE, D. R.; MATSUDO, S. M. M.; MATSUDO, V. K. R.; FIGUEIRA Jr., A. J.; ARAÚJO, T. L.; ANDRADE, E. L. & OLIVEIRA, L. C. Barriers to exercise adherence among active young adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise. Supplement. Official Journal of the American College of Sports Medicine.* 30 (5): 182, 1998.
- BRASIL, **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências. Brasília, 1991.
- CANDEIAS, N. M. F. Planejamento em promoção em saúde: uma abordagem integrada. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 30 (1):149-166, 1996.
- CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de Saúde Pública.* 31 (2):209-213, 1997.
- CANDEIAS, N. M. F. **Curso de Mestrado em Saúde Pública da FSP-USP** (Material escrito e anotações de aulas da disciplina de Promoção em Saúde - mimeografado). 1998.
- DEVER, G. E. A. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde.** São Paulo, Ed. Pioneira, 1988. p. 01-24.
- FLORINDO, A. A. & ARAÚJO, A.S. O papel do profissional de educação física na saúde pública. *Anais do IV Congresso Internacional Unicastelo.* Tema: "Qualidade de Vida". São Paulo. 1997. p. 114.
- FORATTINI, O. P. **Ecologia, epidemiologia e sociedade.** São Paulo, Editora Artes Médicas - USP, 1992. p. 353-366.
- KALACHE, A.; VERAS, R.P. & RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública.* 21 (3): 200-210, 1987.
- KOSKELA, K.; PUSKA, P.; TUOMILEHTO, J. The north karelia project: a first evaluation. *International Journal of Health Education.* 19: 59-66. 1976.
- KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas.** São Paulo, Editora Perspectiva. 5ª edição, 1997. p. 09-17.
- LASCO, R. A.; CURRY, R. H.; DICKSON, V. J.; POWERS, J.; MENES, S.; MERRITT, R. K. Participation rates, weight loss, and blood pressure changes among obese women in a nutrition-exercise program. *Public Health Reports.* 104 (6): 640-646, 1989.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Promoção da saúde: carta de Ottawa, declaração de Adelaide, declaração de Sundsvall e declaração de Bogotá.** Fundação Oswaldo Cruz e Informação, Educação e Comunicação (IEC). Brasília, 1996.
- NAHAS, M. V. & CORBIN, C. B. Educação para a aptidão física e saúde: justificativa e sugestões para implementação nos programas de educação física. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento.* 8 (3): 14-24, 1992.
- OLIVEIRA, L.; ANDRADE, D.; FIGUEIRA, A.; ARAUJO, T.; MATSUDO, V.; MATSUDO, S. & ANDRADE, E. Physical activity barriers as related to behavior stage in white collar workers. *Medicine & Science in Sports & Exercise. Supplement. Official Journal of the American College of Sports Medicine.* 30 (5): 121, 1998.
- PATE, R.R.; PRATT, M.; BLAIR, S.N.; HASKELL, W.L.; MACERA, C.A.; BOUCHARD, C.; BUCHNER, D.; ETTINGER, W.; HEATH, G.W.; KING, A. C.; KRISKA, A.; LEON, A.S., MARCUS, B.H.; MORRIS, J.; PAFFENBARGER JR., R.S.; PATRICK, K.; POLLOCK, M.L.; RIPPE, J.M.; SALLIS, J. & WILMORE, J.H. Physical activity and public health: a recommendation from the centers for disease control and prevention and the american college of sports medicine. *JAMA.* 273 (5): 402-407, 1995.
- POWELL, K. E.; MARSHALL, W. K.; STEPHENS, T.; MARTI, B. & HEINEMANN, L. Dimensiones de La Promoción de La Salud Aplicadas a La Actividad Física. In: **Promoción De La Salud: Una Antología.** Quinta Sección: Promoción De La Salud Para Grupos Específicos. OPAS - OMS, 1996. p. 352-364.
- PUSKA, P.; LEPARSKI, E.; LAMM, G.; HEINE, H.; PEREIRA, J.; PISA, Z. & THELLE, D. **Comprehensive cardiovascular community control programmes in Europe.** World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen, p.31-38, 1988.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION A discussion document on the concept and principles of health promotion. *Health Promotion.* 1 (1):73-76, 1986.

Endereço para correspondência

Rua Euclides Coelho, 101
São Paulo-SP - CEP 03919-060
E-mail: aflorind@usp.br