

## INTERFACES ENTRE INIQUIDADES SOCIAIS E SAÚDE: DESAFIOS PARA A EDUCAÇÃO FÍSICA

Graziela Braum Kiepert  
Marcos Bagrichevsky de Souza  
Moisés da Silva Roberto  
Liliane Ferreira Sant'Anna Bianchini Ciceri

### RESUMO

*O texto parte de duas premissas: que a saúde dos sujeitos está implicada de forma significativa pela presença de iniquidades circunscritas à vida humana em coletividade, considerando seu contexto socioeconômico e cultural; e que a educação física como área científica está atrelada a uma tradição acadêmica que valoriza pouco essa perspectiva crítica, fato que se reflete tanto em seu campo de formação profissional quanto nas práticas por ela produzidas nos serviços de saúde. Nesse sentido, foi realizado um estudo de revisão bibliográfica sem a pretensão de esgotar o estado da arte, a partir do qual, buscou-se inferir sobre a pertinência, os limites e as possibilidades de articulação entre esses dois pressupostos.*

**PALAVRAS-CHAVE:** *iniquidades; saúde; educação física; serviços de saúde; formação profissional.*

### INTRODUÇÃO

Sem por em questão o evidente nexos dos fatores biológicos com a saúde, o texto advoga que é fundamental atentar como tal fenômeno encontra-se também fortemente relacionado aos aspectos socioeconômicos, políticos e culturais, considerando que essa compreensão ainda é incipiente no contexto da produção científica da Educação Física (EF) que trata de ‘saúde’. Em linhas gerais, nesse mote majoritário de investigações sobre o tema na EF ainda predomina uma interpretação bioestatística do fenômeno que o reduz a relações de causa e efeito (determinadas individualmente), e tende a desconsiderar as injustiças sociais como aspecto explicativo que condiciona o modo distinto das pessoas e coletividades viverem, e ‘terem’ (ou não) saúde, a depender do estrato socioeconômico ao qual podem estar vinculadas.

Essa orientação ‘conceitual’ vigente no interior da EF no Brasil não se restringe apenas aos espaços acadêmicos ou à atuação de seus profissionais em ‘espaços privados’ da saúde – (academias, clínicas, clubes).



Cabe dizer que o campo da Saúde Coletiva (SC) – com o qual a EF vem estabelecendo diálogos interessantes – conforma e legitima uma perspectiva de saberes e práticas em que é possível estabelecer questões problematizadoras sobre a interface ‘saúde-sociedade’. Desse ponto de vista, torna-se viável engendrar novas possibilidades de atuação profissional para a EF, tendo em vista o reconhecimento do contexto real que circunscreve a vida das pessoas e das coletividades.

Nesse sentido, o estudo buscou refletir como a saúde tem sido ‘vista’ pela EF durante o processo formativo e no ingresso dos serviços de saúde, especialmente na Atenção Básica (SUS).

O presente trabalho possui caráter qualitativo e descritivo. Baseou-se em pesquisa de fontes bibliográficas sem a pretensão de esgotar o "estado da arte", com o objetivo levantar e identificar possíveis discussões que investem no nexos entre saúde e sociedade.

Partimos de dois pressupostos que constituem o mote dessa análise: a saúde dos sujeitos é influenciada significativamente pelas iniquidades circunscritas à vida humana em coletividade; e a EF como área científica está vinculada a uma tradição acadêmica que valoriza pouco essa perspectiva crítica. Por considerarmos que esses fatos refletem em seu campo de formação profissional e em suas práticas nos serviços de saúde objetivamos inferir sobre a pertinência, os limites e as possibilidades de articulação entre esses dois pressupostos gerando contribuições para o campo.

O texto está sistematizado da seguinte forma: na primeira parte trata da saúde como fenômeno complexo, detalhando fatores e aspectos que a influenciam (em especial, as iniquidades). Na segunda parte descreve e problematiza a relação tradicional existente entre saúde e EF, pautada no "modelo biomédico" e em uma concepção reducionista de corpo e saúde (que desconsidera as questões socioeconômicas e culturais presentes nessa relação). Na terceira parte discute alguns desafios colocados para a EF que precisam ser considerados tanto na perspectiva da formação, quanto das práticas de saúde, e sugere algumas possibilidades para que tais desafios sejam enfrentados pela área.

## PARA COMEÇAR... A SAÚDE E O CONTEXTO SOCIAL

O debate sobre a saúde das populações relacionada às condições de vida desiguais e injustas tomou grandes proporções em vários países do mundo, inclusive no Brasil, que convive historicamente com tais mazelas. O Relatório sobre as cidades Latino-Americanas



feito pelo Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos (ONU-Habitat), publicado em 2012, demonstra um cenário nada alentador: nosso país é o quarto mais desigual da América Latina (entre 21 países) no quesito distribuição de renda, ficando atrás somente da Guatemala, Honduras e Colômbia (ONU, 2012). Almeida-Filho (2010) argumenta que o desenvolvimento de políticas de governo que privilegiam apenas uma parcela da população gera desigualdades que são iníquas e deveriam ser, em tese, moralmente rechaçadas pelos governos.

De acordo com a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) (2010, p.28) "a combinação de más políticas com economia e política é, em grande parte, responsável pelo fato de a maior parte da população mundial não beneficiar da boa saúde, ainda que isso seja biologicamente possível".

Nessa conjuntura é necessário dizer que tanto a modernização<sup>1</sup>, quanto a globalização são processos que possuem grande participação na segregação social. Segundo Westphal (2009) são processos reprodutores e causadores de miserabilidade, individualismo entre os homens, consumismo e destruição ambiental. Para Bauman (2010) esse panorama que condiciona as relações sociais atuais está pautado na exploração da força de trabalho humano, na flexibilização do trabalho, e na produção, sempre latente, de uma lacuna entre populações abastadas e pobres.

As diferenças produzidas socialmente advindas dessa organização social trazem consequências nefastas para a saúde dos sujeitos e grupos sociais de classes baixas. Vinculado a isso é importante referendar a I Conferência sobre Cuidados Primários em Saúde ocorrida em 1978 em Alma-Ata no Cazaquistão, e realizada pela Organização das Nações Unidas e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância. Esse foi um marco histórico no reconhecimento mundial (inclusive pelos países mandatários do capitalismo), de que as desigualdades sociais são prejudiciais à saúde das populações, salientando, além disso, os fatores sociais que interferem na saúde.

Enfatizou-se que a chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos é política, social e economicamente inaceitável devendo ser objeto da preocupação comum de

---

<sup>1</sup> A *modernização*, que não está atrelada apenas ao desenvolvimento dos meios de produção (fábricas e equipamentos), abrange um conjunto de transformações que se processam na estrutura econômica, política e cultural de um lugar e nos grupos sociais que dele participam (HARVEY, 1993).



todos os países, que deveriam salvaguardar a saúde de sua população por meio de adequadas medidas sanitárias e sociais (PAHO, 1978).

Como um importante movimento político dirigido a todos os governos e povos do mundo reconheceu a importância do estabelecimento de metas para a diminuição das desigualdades entre os países e dentro de cada país (PAHO, 1978) e ressaltou qual deveria ser o papel do Estado na redução do panorama dessas desigualdades.

Algo a destacar é que essa Conferência fez alusão às desigualdades injustas. Embora isso pareça redundante, é importante salientar que nem todas merecem esse predicado. Segundo Cavalli (1992) ainda que as desigualdades sociais se originem na ocupação dos sujeitos, que podem ter posições diferentes na organização social do processo de produção e na consequente diferença ao acesso a bens materiais, isso não remete necessariamente à ideia de injustiça.

As pessoas podem ser consideradas completamente desiguais, se comparadas por condição tão restritiva que resulte em uma quase individualização (SILVA; BARROS, 2002). Um exemplo disso são as características fenotípicas que cada um possui, responsáveis por particularidades que podem ser visíveis fisicamente ou detectáveis nos diferentes sujeitos como estatura, cor dos cabelos, dos olhos ou da pele.

O conceito de iniquidade foi sistematizado por Whitehead (1992), para quem esse possui a moral e a ética como dimensões. Refere-se às diferenças (ou desigualdades sociais) que são desnecessárias e evitáveis, mas também consideradas abusivas, na medida em que os governos possuem ciência da sua existência e da maneira como reduzi-las, porém, não o fazem.

Para que uma situação seja julgada e considerada iníqua é importante que haja uma análise criteriosa do contexto em que esteja ocorrendo tal injustiça, e da relação dessa situação com o restante da sociedade (WHITEHEAD, 2006). Isso forneceria subsídios para a compreensão das injustiças sociais apontando também para o caminho a ser traçado na redução dessas injustiças. De acordo com Teixeira e Bronzo (2010) esse caminho tem um cerne político, pois somente através desse fator é que se pode fornecer um ordenamento social capaz de minimizar as iniquidades e reduzir seus efeitos sobre as populações.

Whitehead (2006) argumenta que a iniquidade possui como principal determinante as formas como se organiza a vida social, e as diferenças são injustas quando geradas e mantidas por uma organização social que também é injusta, isto é, aquela em que as relações de poder



são desiguais, poucos detêm o poder econômico, educacional, cultural, em detrimento de muitos que sobrevivem em situações de miserabilidade.

Baseando-se nesse amplo contexto, não se pode querer atingir a saúde desconhecendo-a ou desvinculando-a dos fatores sociais e da maneira como as pessoas vivem. As práticas sanitárias são exitosas quando reconhecem e valorizam as diferenças humanas no âmbito social (BIRMAN, 2005). Essa concepção serve para aqueles que, de alguma forma, estão envolvidos com a saúde, sejam eles pesquisadores, gestores, profissionais ou governantes, logo, é importante discutir a complexidade desse fenômeno.

Segundo Almeida-Filho (2011) existe muita ambiguidade nas tentativas de se definir com êxito o que é saúde. Em 1946, com o intuito de uniformizar as discussões globais sobre esse fenômeno a Organização Mundial de Saúde (OMS) formulou uma definição nada esclarecedora na opinião desse autor: "a saúde é o completo bem-estar físico, mental e psicossocial" (WHO, 2009).

O primeiro contraponto que se faz a tal definição é que se mostra insuficiente na abrangência do simbolismo, da subjetividade e dos condicionantes dos estados de saúde-doença das pessoas em diferentes contextos sociais (BATISTELLA, 2007). O simbolismo inerente nos estados de saúde ou de adoecimento faz parte da vida, estando relacionado à cultura, às manifestações e às experiências humanas, não havendo possibilidade de ações ocorrerem deslocadas dessas impressões (ALMEIDA-FILHO, 2004; POSSAS, 1989).

Tanto a saúde, quanto o adoecer são formas pelas quais a vida do homem se manifesta, por isso, esses fenômenos não podem ser pensados em separado, tampouco desvinculados das experiências humanas, cuja vida em sociedade faz parte. Essas experiências são singulares e subjetivas para os sujeitos e os grupos sociais, e impossíveis de serem significadas integralmente através de palavras ou definições (CZERESNIA, 2003).

Percebe-se que a definição da OMS tornou a "saúde" um ideal inatingível tanto individualmente, quanto coletivamente, além de causar dificuldades operacionais para a área, pois dificilmente uma pessoa ou grupo poderia alcançar plenamente esse estado (SCLIAR, 2007). A tentativa de alcançar o bem-estar aludido pode gerar nas pessoas expectativas de uma existência humana sem angústias ou conflitos. Todavia, esses são fatores intrínsecos à própria existência humana e de cada sociedade e nem sempre estão sujeitos a intervenções (CAPONI, 1997).



## EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE: QUE RELAÇÃO É ESSA?

Existe uma relação entre EF e saúde que perpassa esse campo desde sua criação, afetando substancialmente a formação e as práticas dos profissionais, logo é necessária uma análise prévia dessa relação a fim de que se possa compreender o *modus operandi* da formação e das práticas profissionais na sociedade contemporânea.

As práticas desses profissionais se consolidaram no Brasil sob forte influência do modelo biomédico e do movimento higienista no século XX<sup>2</sup> (BRACHT, 1999). Essa consolidação gerou para o campo uma grande lacuna, uma vez que os fatores sociais foram inibidos em função dos fatores biológicos.

Rocha e Centurião (2007, p.18) explicam que o modelo biomédico é hegemônico na formação dos profissionais da saúde e deriva-se do Paradigma Cartesiano, que entre muitas coisas, valoriza cientificamente a compreensão do todo a partir de suas partes. De acordo com Nogueira (2010) foi nesse ideal que se estabeleceram as diretrizes da área da saúde tomando-se o corpo humano como um "objeto" que pode ser fragmentado para ser conhecido e sofrer intervenções.

Assim sendo, a EF surgiu vinculada à questão da formação dos corpos para serem saudáveis e dóceis permitindo adequada adaptação ao processo produtivo ou a uma perspectiva política nacionalista. Superpõe no horizonte de seu agir objetivos diversos: militares, disciplinares, de saúde, estéticos, esportivos recreativos, esportivos de alto rendimento, expressivos e formativos do eu mediante o corpo, entre outros (BRACHT, 1999; LOVISOLO, 1995).

O conhecimento básico que é incorporado pela EF para a realização de sua tarefa provém das ciências naturais, mormente a biologia e suas mais diversas especialidades (BRACHT, 1999). Para Lovisolo (1995) as ideologias dominantes nesse campo são científicas, isto é, assumem para o discurso sobre o social o mesmo estatuto dos discursos sobre a natureza elaborados pelas ciências naturais, isso implica aos profissionais o risco de considerarem um "modelo estético" do corpo como um "modelo científico".

---

<sup>2</sup> "Nas últimas décadas do século XIX, no Brasil, surgia um novo pensamento por parte dos profissionais da área da saúde. Suas propostas residiam na defesa da Saúde Pública na educação e no ensino de novos hábitos higiênicos. Convencionou-se chamá-lo de '*movimento higienista*'" (GÓIS-JUNIOR; LOVISOLO, 2005, p.323).



Lovisoló (1995) salienta também que as práticas dos educadores físicos, e a maneira como tem sido desenvolvidas, os caracterizam como meros "mediadores", que, via de regra, estabelecem um programa de atividades e distribuem um conjunto de meios, para satisfazer as demandas do grupo com o qual trabalham. Para Lovisoló (1995), esse profissional assume-se, então, como "formador de valores" e orientador de condutas aos seus clientes.

A abordagem desse autor proporciona um entendimento acerca dos caminhos que têm sido traçados na formação desse profissional e em sua atuação desconsiderando os valores culturais e simbólicos presentes na vida das pessoas e dos coletivos humanos, fato que se torna um problema para esse profissional no campo da SC.

## EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE COLETIVA: ALGUNS DESAFIOS

Para falar sobre Saúde Coletiva é necessário distingui-la da Saúde Pública. Se por um lado a Saúde Pública foi uma das responsáveis pela construção de uma nova estrutura urbana no Brasil e pela produção de estratégias preventivas enraizadas na biologia como os métodos de imunização, por outro lado, a SC se constituiu através da crítica sistemática a esse modelo biológico que conforma o saber médico. Logo, o campo teórico da SC rompe com a exclusividade da saúde pública, ao negar que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo da saúde (BIRMAN, 2005), porém, isso não implicar desconsiderar o saber biológico, cuja importância para a saúde da população brasileira é inquestionável.

Alguns modelos pré-existentes no mundo como a Medicina Social (com raiz européia); a Medicina Preventiva; a Saúde Pública ou Comunitária (com raiz norte-americana) influenciaram a construção do campo da SC no Brasil. Esse campo procurou superar alguns entraves na explicação social da saúde das populações valorizando-a como o foco e o objeto de intervenção, ao invés de unicamente a "doença" como no modelo biomédico (LEAL; CAMARGO-JUNIOR, 2012).

Nesse sentido a SC compreende a "saúde" de forma ampla; não fragmenta o olhar sobre os indivíduos, isolando a "doença" ou os corpos que alojam enfermidades, mas busca-se entender os corpos enquanto meios de existência dos sujeitos que compõem um coletivo, inseridos em cenários que agregam múltiplas características das vidas neles desenvolvidas (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 1998; BIRMAN, 2005; LEAL; CAMARGO-JUNIOR, 2012).

A SC se consolidou no Brasil como um campo de conhecimentos e âmbito de práticas aberto à incorporação de propostas inovadoras. Afirmou-se como um campo interdisciplinar



dinâmico e renovado composto pela Epidemiologia, Administração e Planejamento em Saúde e Ciências Sociais em Saúde, a partir de uma produção teórica consistente e transdisciplinar (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 1998; BIRMAN, 2005).

Enquanto campo de conhecimentos a SC contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações; investiga a produção, reprodução e distribuição das doenças na sociedade; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho dos profissionais) na sua articulação com as demais práticas sociais (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 1998).

Enquanto âmbito de práticas envolve determinadas práticas que tomam como objeto as necessidades sociais de saúde, como instrumentos de trabalho de distintos saberes, disciplinas, tecnologias materiais e não materiais, e como atividades intervenções centradas nos grupos sociais e no ambiente (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 1998; BIRMAN, 2005).

Paim e Almeida-Filho (1998) explicam que a possibilidade de redimensionar o objeto da saúde, considerando sua articulação com a totalidade social, reabre aos profissionais dessa área alternativas metodológicas e técnicas para pensar e atuar no campo da SC.

Um referencial importante para que a saúde seja pensada pelos educadores físicos de acordo com a dinamicidade dos espaços sociais é a "Teoria do Modo de Vida" de Possas (1989). Nessa, há uma diferenciação conceitual entre *condições de vida* e *estilos de vida*, conceitos que conformam essa teoria: *condições de vida* são condições materiais necessárias à subsistência e englobam fatores macroeconômicos e estruturais da sociedade; já *estilos de vida* são formas de viver relacionadas a hábitos e condutas das pessoas.

É notável que na formação e nas práticas do educador físico há uma sobreposição dos estilos de vida em detrimento das condições de vida. As ações são frequentemente direcionadas para a educação em saúde (em sua vertente tradicional), para mudanças de hábitos e para o incentivo aos hábitos considerados saudáveis. Todavia, Castiel (1999) acredita que pensar em *estilos de vida* em contextos de miséria e grupos sociais em que as margens de escolha praticamente inexistem é algo insensato, na medida em que muitas pessoas não podem eleger estilos para levarem suas vidas, pois para elas, não há opções disponíveis. Na verdade, nessas circunstâncias, o que há são estratégias de sobrevivência.





No Brasil, o educador físico pode atuar de modo institucionalizado na SC, haja vista que é um profissional reconhecidamente<sup>3</sup> participante desse campo. Através do Sistema Único de Saúde (SUS), e no modelo de Atenção Básica (AB), esse profissional pode atuar de forma interdisciplinar nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) tendo a possibilidade de interagir com novos e importantes conhecimentos referentes ao lugar onde atuará.

Os NASFs foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da AB no Brasil ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações sanitárias (BRASIL, 2008).

Um NASF é constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos distintos lugares (BRASIL, 2009).

Os profissionais que compõem os NASF são responsáveis por desenvolver atividades coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras (BRASIL, 2008). Neste rol de atividades se insere o profissional de EF.

Diante dessas conjecturas esse profissional necessita estar ciente do que poderá condicionar suas práticas, ou seja, um contexto social envolto por distintas condições de vida e estilos de vida, além de iniquidades e diferentes concepções sociais sobre o que são a saúde e a doença. Contudo existem desafios que inibem esse entendimento relacionados às lógicas que cercam a EF se refletindo tanto na sua formação, quanto nas suas práticas.

Diante disso elencamos alguns fatores imbricados nesse campo que representam possíveis desafios a serem superados, para que a formação e as práticas desses profissionais suplantem o biologicismo e sejam mais condizentes com os princípios da SC, são eles: *discussões negligenciadas e estigmas que se reproduzem no campo.*

### *Discussões negligenciadas*

A SC tem um espaço reduzido ou quase inexistente nos currículos de formação profissional. Sobressaem disciplinas que fornecem um aparato técnico biológico na área da

---

<sup>3</sup> O artigo 1º da resolução CONFED nº 229/2012 dispõe sobre especialidade profissional em educação física na área de Saúde Coletiva.



saúde e esboçam tendência em estudá-la a partir da noção de SUS e suas diretrizes, o que é insuficiente, diante da amplitude desse campo.

Há uma tendência dos graduandos e dos profissionais em considerarem programas específicos como academias populares, academia para pessoa idosa, grupos de caminhada terapêutica, serviços de orientação ao exercício, como SC pelo fato desses programas reunirem pessoas num mesmo local e com objetivo de "buscar a saúde".

Todavia, o contexto onde se dão as intervenções públicas em saúde não é problematizado, as pessoas que participam desses programas não exercem uma representatividade social do território adstrito a uma unidade de saúde, ou seja, muitas vezes, são as pessoas com melhores condições de vida dentro de uma comunidade que participam dos programas com intuito de "buscar saúde", o que não significa que consigam expor as necessidades ou prioridades no que se refere à saúde da comunidade.

Educadores físicos necessitam compreender a realidade das populações participantes desses programas antes de proporem ações de saúde incoerentes com essas realidades (CARVALHO, 2007). Para tanto a aproximação da EF com a temática das iniquidades sociais no campo da SC torna-se imprescindível. Do contrário, a área colaboraria para o aumento das desigualdades, reproduzindo discursos que tendem a culpar os sujeitos pela suas más condições de vida e de saúde.

Conforme Machado (2007) a EF é uma das áreas da saúde onde pouco se discute o SUS. Isso produz uma lacuna na formação desse profissional, pois ao sair da graduação, encontrará uma realidade desconhecida e desafiadora que o induz a se conformar com a sua formação, muitas vezes, pautada em uma lógica privatista.

Sair dessa conformidade com o sistema educacional superior não é uma tarefa fácil; o primeiro passo é se dar conta de que o processo de aprendizagem vai além das paredes da sala de aula, talvez esta tomada de consciência faça-o procurar outras possibilidades de ampliar seu conhecimento e sua vivência (MACHADO, 2007, p.100).

A discussão de SC (para além do SUS) não pode ser encarada como uma disciplina estanque, sem diálogo com as demais disciplinas do curso, e nem subentendida, somente a temas transversais, correndo o risco de não ser reconhecida com a devida atenção (MACHADO, 2007).

O estudante necessita ter acesso ao campo de estágio em saúde, na atenção básica, de baixa, média e alta complexidade (MACHADO, 2007). Diante de tais pressupostos, é urgente



no processo de formação desse profissional, a revisão das grades curriculares, a fim de incluir discussões que lhe são negligenciadas, ou mencionadas de forma tímida, como é o caso da SC.

Ao tentar estabelecer outra lógica para orientar a formação no contexto da saúde Rocha e Centurião (2007) propuseram uma estrutura que engloba o sujeito e seu organismo, porém, centrada em sua potencialidade e no espaço social no qual esse sujeito vive. Denominaram essa proposta de "formação sob a lógica da saúde e não da doença", tendo como foco o(s) sujeito(s) em seu(s) espaço(s) de vida. Segundo os autores essa lógica compreende: sensações, percepções, movimento e cultura; ação; função; expressão; autonomia; espaço social/espaço de vida.

#### *Estigmas que se reproduzem no campo*

Ideias como "saúde é ausência de doenças", "saúde pode ser conquistada" com hábitos saudáveis como boa alimentação e prática de atividades físicas se avigoram a todo o momento por exposição na mídia e pelo incentivo desses profissionais (NOGUEIRA, 2001; LOVISOLO, 2009). Possivelmente, tais ideias historicamente consolidadas no próprio campo da EF, seja o aspecto mais desafiador para que esses se destaquem na SC como profissionais que visem suplantar os ideais de estética e beleza física, focalizando, ao contrário, a integralidade do ser humano.

A atividade física como "remédio para todos os males humanos" é uma concepção herdada do modelo biomédico, que perpassa a formação desse profissional e também as suas práticas causando consequências ruins aos sujeitos e grupos atendidos por eles. Nesse sentido, parte dos profissionais gera uma estigmatização às pessoas que não praticam atividade física, sendo elas, muitas vezes, consideradas "desleixadas", "preguiçosas", "irresponsáveis" e recebendo o título de "sedentários", o que segundo Bagrichevsky et al., (2010, p.1699) denota uma "conduta de risco à saúde, equivalendo à falência moral e inaceitável falta de cuidado consigo".

Ferreira, Castiel e Cardoso (2011) apontam a forte tendência de "satanização do sedentarismo" por esses profissionais. Esses autores destacam como exemplo o programa Agita São Paulo, e criticam a visão conservadora desse programa de estímulo à práticas de atividades físicas, cujas atividades difundidas não podem ser igualmente realizadas por todos os extratos socioeconômicos.



Os autores citam um exemplo interessante nesse sentido: o que falar da recomendação de lavar o carro para se exercitar, ao invés de deixá-lo em um lava-jato, sendo que há pessoas que lavam veículos para sobreviver?! (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2011).

Na lógica do incentivo à prática de atividade física, cabe exclusivamente ao sujeito realizar suas escolhas. Segundo Antunes (2010) nessa lógica, as ofertas de saúde e longevidade estão em abundância por toda parte, portanto, só não tem saúde e longevidade, quem não quiser. Isso dissemina uma cultura do medo, em que a doença e a morte passam a ser responsabilidades apenas do sujeito. Nesse vertente Valla (2000) assume que há a “culpabilização da vítima”, pois se torna mais fácil para os poderes públicos juntamente com a mídia culparem os sujeitos por não praticarem atividades físicas do que se assumir a responsabilidade pela ausência dessa prática nos diferentes lugares e entre diferentes classes sociais, fato que pode caracterizar uma iniquidade.

Uma situação emblemática para confirmar a impossibilidade de alguns grupos sociais praticarem atividade física de lazer, é o caso dos sujeitos que possuem carga de trabalho exaustiva. Em qual horário poderiam se dedicar a atividade física, considerando o horário que saem e chegam à sua residência e o cansaço devido ao trabalho? (PALMA, 2000). Esses sujeitos possuem de fato condições para realizar qualquer atividade física, diante de tais apontamentos?

A atividade física relacionada à saúde necessita de um contraponto. Se considerarmos a atividade física utilizando como parâmetro o gasto calórico, logo teremos que concordar que existe a atividade física que gera desgaste físico, ou seja, que é deletéria à saúde das pessoas, como exemplos há os trabalhadores que utilizam seu corpo como força de trabalho na construção civil, na limpeza urbana, na limpeza de domicílios, no levantamento e transporte de cargas.

Os estigmas "sedentário", "preguiçoso" ou "desleixado com a saúde", não condizem com as práticas da SC, que busca para além da atuação sobre o corpo biológico, compreender em territórios e comunidades precarizadas, onde há falta de recursos públicos para sobrevivência, quais são os motivos para que as pessoas não pratiquem essas atividades. Tais motivos são, muitas vezes, colocados em pauta nas discussões de saúde, para que cheguem a despertar a atenção dos poderes públicos.

Não pretendemos ignorar a importância da mudança individual de comportamentos adotando-se formas mais "saudáveis" de vida, contudo, destacamos que ela só será possível se



existir uma mudança coletiva não apenas no setor saúde, mas em outros setores públicos. Isso evidencia a necessidade dos educadores físicos considerarem, além das dimensões biológicas, o contexto social, cultural e econômico dos sujeitos. A estigmatização de pessoas como “sedentárias” ou “preguiçosas” evidencia que há pobreza teórica e reflexiva no campo da EF. Isso porque as pessoas não podem tomar decisões absolutamente livres por serem determinadas (também) socialmente.

## DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA A EDUCAÇÃO FÍSICA

Por ser o educador físico um profissional que pouco se relaciona com discussões como esta no ambiente acadêmico, as exposições preliminares serviram para situá-lo sobre o contexto social em que podem estar inseridas as suas práticas no âmbito da SC.

Percebemos que os maiores desafios desses profissionais nesse campo estão relacionados às ideologias pré-concebidas sobre o que significam saúde e doença e como esses fenômenos se manifestam no contexto de vida das pessoas. Diante da complexidade envolvida no processo saúde-doença-cuidado surge novos desafios aos profissionais como: compreenderem os desejos e necessidades populacionais na atenção à saúde e qual sua função no campo da SC. Essa discussão ainda é cara à EF, se confirmando nos currículos de graduação insuficientes na abordagem desse tema.

Apesar disso, é plenamente possível galgarmos novas possibilidades de práticas para esses profissionais no âmbito da SC, haja vista que no Brasil, o SUS permite que isso aconteça. Para tanto, o campo necessita romper com alguns estigmas históricos, como por exemplo: a "atividade física é sinônimo de saúde" e "remédio" para todos os males existentes.

Ainda que os conhecimentos técnicos e biológicos de sua formação sejam indispensáveis, atuar no âmbito das *práticas corporais* associando os conhecimentos biológicos aos sociais é um recurso interessante. Carvalho (2007) explica que além da atuação puramente biológica, esse conceito envolve todo o simbolismo existente na vida humana. Requer do profissional o conhecimento do território de atuação, das pessoas, e dos grupos, que trazem implícitos no seu cotidiano uma cultura corporal. A autora advoga que essas práticas operam de acordo com a lógica do acolhimento, o que significa estar atento às pessoas ouvindo seus desejos e necessidades e atendendo-as para além do imediato (CARVALHO, 2007).



É essencial "reposicionar" as práticas corporais na SC, para a construção de uma nova atuação profissional que fuja do modelo prescritivo e hospitalocêntrico (WARSCHAUER; D'URSO, 2009), sobretudo se considerarmos que na EF, o que tem prevalecido é essa abordagem conservadora em relação à preconização da atividade física (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2011).

A atuação da EF por meio dessas práticas não precisaria centrar-se no sentido da normalização dos comportamentos considerados "saudáveis" ou "minimizadores de doenças", porque estes já estão de alguma maneira em excesso no cotidiano das pessoas, mas poderia concentrar-se mais em ações sobre a carência humana de sentido da vida (ANTUNES, 2010).

Luz (2007) ressalta a importância de terem em mente que na SC não se trata de "treinar", ou de "adestrar" e nem de "habilitar" o corpo dos praticantes para o desempenho de atividades físicas, mas colocar em contato com seu próprio corpo pessoas que jamais se detiveram em "senti-lo" ou "ouvi-lo" como algo seu, vivo, pulsante, com capacidades e limites.

O compartilhamento de saberes e práticas entre os profissionais envolvidos na atenção à saúde e entre os diferentes setores públicos emana novas e boas possibilidades de intervenção no campo da SC (CAMPOS, 2006).

Objetivando ampliar a concepção do objeto de conhecimento e de intervenção nesse campo, Campos (2006) propôs o "Método Paidéia". Nesse, as doenças e os problemas de saúde (situações que aumentam a vulnerabilidade das pessoas) são valorizados em sua expressão individual e coletiva, e encarnados em pessoas concretas, logo, a criação de rodas-espacos coletivos- entre sujeitos é um passo metodológico importante.

Para essa atuação é fundamental conhecer e agir sob a égide da "integralidade", conceito no qual a atenção em saúde leva em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos. É uma das diretrizes do SUS, ao lado da universalidade do acesso, do cuidado organizado em rede, da prioridade das ações preventivas em detrimento das assistenciais, bem como da equidade da oferta e das oportunidades em saúde (BRASIL, 2009).

Desta interação entre profissionais, sujeitos, gestores e diferentes grupos de pessoas é que surgem os problemas prioritários a serem enfrentados pelos poderes públicos: alguns ofertados pela equipe profissional e outros demandados pelos próprios usuários (CAMPOS, 2006). Nessa perspectiva, o profissional juntamente com a equipe em que está inserido



necessita assumir uma postura política e cidadã que o possibilite identificar e atuar junto aos formuladores de políticas públicas sobre as necessidades do lugar onde trabalham.

A participação nos conselhos de saúde é fundamental, pois nesses espaços deliberativos (que priorizem a escuta), os profissionais podem requerer mudanças microestruturais, a nível local, por exemplo, de espaços físicos para práticas corporais como praças, pátios, centros comunitários, campos e quadras, que podem reverberar em mudanças setoriais e outras políticas sociais mais amplas.

Por mais que esse profissional, não possa atuar diretamente sobre os fatores macroeconômicos causadores das iniquidades, e sobre os modos precários de vida dos coletivos, uma atuação sem estigmatizar os sujeitos, no âmbito das práticas corporais, do acolhimento e da escuta, lhes possibilitaria serem valorizados não apenas porque mudaram a estrutura de um corpo físico, aumentando sua massa corpórea, ou tornando-o mais "belo", mas porque colaboraram positivamente com as histórias de vida, e com o bem coletivo de uma comunidade.

## INTERFACE BETWEEN INEQUITY SOCIAL AND HEALTH: CHALLENGES FOR PHYSICAL EDUCATION

### ABSTRACT

*The text is based on two assumptions: that the health of individuals is involved significantly by the presence of inequities restricted to human life in community with others considering their socioeconomic and cultural context; and that physical education as a scientific area is linked to an academic tradition that values this little critical perspective, a fact that is reflected both in their field vocational training as in practice for it produced in health services. In this sense, we performed a bibliographic review without intending to exhaust state of the art, from which, sought to infer the relevance, the limits and possibilities of articulation between these two assumptions.*

*KEYWORDS: inequities; health; physical education; health services; vocational training.*

## RELACIÓN ENTRE LA INEQUIDAD SOCIAL Y SALUD : DESAFÍOS DE LA EDUCACIÓN FÍSICA

### RESUMEN



*El texto se basa en dos supuestos: que la salud de los individuos está implicado de manera significativa por la presencia de injusticias existente en la vida humana en la comunidad, teniendo en cuenta su contexto socioeconómico y cultural; y que la educación física como un área científica está ligada a una tradición académica dando poco valor a esta perspectiva, un hecho que se refleja tanto en su campo de formación profesional y en las prácticas que produjo en los servicios de salud. En este sentido, se realizó una revisión bibliográfica sin pretensión de agotar el estado de la arte, a partir del cual buscado hasta inferir la pertinencia, los límites y posibilidades de articulación entre estos dos supuestos.*

*PALABRAS CLAVE: inequidad; la salud; educación física; servicios de salud; la formación profesional.*

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: NOGUEIRA, R.P. (Org.). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p. 13-36.

ALMEIDA-FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n. 4, p. 865-884, 2004.

ALMEIDA FILHO, N. *O que é saúde?* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. 160 P.

ANTUNES, P.C. *Corpo, saúde e práticas corporais: uma análise da produção científica do campo da Educação Física acerca das pessoas na meia-idade*. 2010. 198 p. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Programa de Pós-Graduação. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos. Florianópolis- SC. 2010.

BAGRICHEVSKY, M; CASTIEL, L. D; SILVA, P. R. V. ESTEVÃO, A. Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, (Supl. 1), p.1699-1708, 2010.

BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F; CORBO, A. M. D'.A (Orgs.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p.25-50.

BAUMAN, Z. *Vida a crédito: conversas com Citlali Roviroso-Madrado*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

BIRMAN, J. A Physis da saúde coletiva. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, (Suplemento), p.11-16, 2005.





BRACHT, V. A constituição das teorias pedagógicas da Educação Física. *Cadernos Cedes*, Campinas, São Paulo, v.19, n.48, p.69-88, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes do NASF: núcleo de apoio a saúde da família*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília, 2009.160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família*. Brasília, 2008.

CAMPOS, G.W de S. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. *Trabalho, Educação e Saúde*, Manginhos, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.19-31, 2006.

CAPONI, S. ‘Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud’. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.287-307, 1997.

CARVALHO, Y. M. 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*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

CASTIEL, L.D. *A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 204 p.

CAVALLI, A. Classe. In: BOBBIO, N; MATTEUCCI, N; PASQUINO G. *Dicionário de política*, v.1. 4.ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1992. p.169-175.

CDSS (2010) - Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os determinantes sociais. *Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*. Portugal: Organização Mundial de Saúde, 2010.

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: Fiocruz, 2003. p.39-53.

FERREIRA, M.S; CASTIEL, L.D; CARDOSO, M.H.C.A. Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.865-872, 2011.

GÓIS- JUNIOR, E; LOVISOLO, H R. A educação física e concepções higienistas sobre raça: uma reinterpretação histórica da educação física brasileira dos anos de 1930. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, Porto, v.5 n.3, p.322-328, 2005.

HARVEY, D. *Condição pós-moderna*. São Paulo: Loyola, 1993.



LEAL, M.B; CAMARGO-JUNIOR, K.R. Saúde coletiva em debate: reflexões acerca de um campo em construção. *Interface - Comunicação Saúde Educação*, Botucatu, São Paulo, v.16, n.40, p.53-65, 2012.

LOVISOLO, H. R. A evolução faz sentido. Inclusive na atividade física? *Sinais Sociais*, Rio de Janeiro, v.3 n.9, p. 114-149, 2009.

LOVISOLO, H. R. *Educação Física: arte da mediação*. Rio de Janeiro: Sprint, 1995.

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*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p.9-16.

MACHADO, D de O. A educação física bate à porta: o Programa de Saúde da Família (PSF) e o acesso à saúde coletiva. In: FRAGA, A. B; WACHS. F. (Orgs.). *Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.p.99-112.

NOGUEIRA, R. P. A Determinação objetual da doença. In: NOGUEIRA, R.P. (Org.). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p. 139-150.

NOGUEIRA, R. P. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: VASCONCELOS, E. M. et al. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p.63-72.

ONU- Organização das Nações Unidas- *Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos* (ONU-Habitat). Rio de Janeiro, Agosto de 2012.

PAHO - PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Declaration of Alma-Ata*. Washington, 1978. Disponível em: [http://www1.paho.org/english/dd/pin/alma-ata\\_declaration.htm](http://www1.paho.org/english/dd/pin/alma-ata_declaration.htm) . Acesso em: 20 jun. 2014.

PAIM, J.S; ALMEIDA-FILHO, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, p.299-316, 1998.

PALMA. A. Atividade física, processo saúde-doença e condições sócio-econômicas: uma revisão da literatura. *Revista Paulista de Educação Física*, São Paulo, v.14, n.1, p.97-106, 2000.

POSSAS, C. *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1989.

ROCHA. V. M.; CENTURIÃO. C. H. Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social. In: FRAGA, A. B; WACHS. F. (Orgs.). *Educação física e saúde*



*coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção.* Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.p.17-32.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.29-41, 2007.

SILVA, J.B; BARROS, M.B.A. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. *Revista Panamericana Salud Publica*, Washington, v.12, n.6, p.375-383, 2002.

TEIXEIRA, P.F; BRONZO, C. Determinação social da saúde e política. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.37-59.

VALLA, VV. Revendo o debate em torno da participação popular: ampliando sua concepção em uma nova conjuntura. In: BARATA, RB; BRICEÑO-LEÓN, RE (Orgs.). *Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais*. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2000. p.251-268.

WARSCHAUER, Marcos; D'URSO, Lourdes. Ambiência e Formação de Grupo em Programas de Caminhada. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.18, n.2, p.104-107, 2009.

WESTPHAL, M.F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.S; MINAYO, M.C.S; AKERMAN, M; DRUMOND-JÚNIOR, M; CARVALHO, Y.M. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.635-668.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*, v.22, n.3, p. 429-445, 1992.

WHITEHEAD, M; DAHLGREN, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. *World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health*, 2006.