

O PAPEL DA INVESTIGAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE E SEUS REFLEXOS PARA A EDUCAÇÃO FÍSICA¹

Dr. JOÃO ROBERTO LIPAROTTI

Professor adjunto do Departamento de Educação Física da UFRN

joao.liparotti@gmail.com

RESUMO

A área da Educação Física ainda está longe de ser reconhecida no âmbito escolar brasileiro. Basta verificar as condições precárias e insuficientes que os profissionais recebem para sua atuação. Sequer a presença deles está garantida por lei em todos os graus de ensino. Pesquisas nacionais incluem indicadores de saúde (PENSE e o VIGITEL) apontam resultados e associações que podem definir prioridades nas futuras intervenções. A avaliação periódica do perfil do estilo de vida ativo e saudável dos estudantes pode caracterizar as necessidades e prioridades nas intervenções pedagógicas por meio da disciplina Educação Física nas escolas, com ações interdisciplinares nas diferentes faixas etárias. Um dos fatores sociais determinantes e causais em países, estados, regiões, município ou bairros, tem sido apontado: vulnerabilidade: considerada aqui como conjunto de aspectos sociais, políticos e culturais que, relacionados a determinado contexto social do indivíduo ou do grupo, podem provocar situação de maior ou menor exposição a doenças e agravos. O conceito de educação em saúde supera o conceito de promoção da saúde, inclui a tomada de decisão de cada indivíduo e comunidade em relação ao cotidiano e envolve aspectos físicos e mentais (abordagem integral do processo saúde-doença), pessoal (ética), igualdade social (corresponsabilidade) e ecológica (sustentabilidade). Objetivos sistematizados com ênfase na Educação Física Escolar para Saúde: 1) Submeter-se a uma rotina periódica de medidas e testes para uma auto-avaliação do crescimento e desenvolvimento motor; 2) Analisar, interpretar e formar conceitos sobre a aptidão física relacionada à saúde e ao desempenho motor adequado e máximo; 3) Adotar um estilo de vida ativo e saudável. Um dos problemas que se coloca a um pesquisador é como? E porque estudar estilos de vida? Objeto de estudo das Ciências Sociais (Sociologia e Etnologia) e/ou Psicologia social ou cognitiva, da Saúde Coletiva, Epidemiologia da Atividade física/Saúde? Estudos do tipo descritivo, transversal de caráter exploratório podem ter como objetivo descrever o estilo de vida individual de esportistas ou não. Crianças e adolescentes, tradicionalmente são mais vulneráveis aos efeitos das horas de estudos, às sobrecargas de treino, à falta de equilíbrio entre o descanso e as atividades, ao estresse (provas, brigas e competições), a uma dieta desequilibrada, a aquisição de vícios (consumo de álcool, drogas e o tabagismo). As pesquisas sobre a atividade física e modificações de atitudes em adultos jovens são recentes e necessitam de delineamentos com seguimentos longitudinais em amostras aleatórias e representativas das populações de risco potencial. O papel da investigação na área da saúde deve atender o conceito de equidade, que considera as desigualdades sociais como injustas e evitáveis, implicando na adoção de ações pessoais,

¹ O presente trabalho foi apresentado em forma de conferência na V Semana de Educação Física, esporte e lazer do CAMEAM, evento realizado de 04 a 05 de agosto de 2014 e que tinha como temática central o debate sobre a saúde e a formação em Educação Física.

profissionais, comunitárias e governamentais para atender às diferentes necessidades da população, em especial as relacionadas à saúde. Os reflexos para a Educação Física sejam que todos tenham conhecimentos, atitudes, vivências nas habilidades e competências em Educação para a Saúde. É preciso que existam ambientes favoráveis nas Cidades e Escolas saudáveis, acesso a experiências, gestão e a oportunidades que permitam escolher por uma vida mais ativa e saudável.

Palavras-chave: Estilo de vida. Educação para Saúde. Educação Física Escolar. Pesquisa em Saúde. Atividade Física. Equidade.

A área da Educação Física ainda está longe de ser reconhecida no âmbito escolar brasileiro. Basta verificar as condições precárias e insuficientes que os profissionais recebem para sua atuação. Sequer a presença deles está garantida por lei em todos os graus de ensino. Por isso, não acontece na maioria das escolas brasileiras, uma atuação nos primeiros anos da vida pré-escolar e escolar quando todo o repertório motor deve ser construído e estimulado da forma mais ampla e rica, porém adequada e controlada, para exercer a aptidão motora plena no cotidiano e na vida futura adulta.

Pesquisas nacionais incluem indicadores de saúde (PENSE e o VIGITEL) apontam resultados e associações que podem definir prioridades nas futuras intervenções. A avaliação periódica do perfil do estilo de vida ativo e saudável dos estudantes pode caracterizar as necessidades e prioridades nas intervenções pedagógicas por meio da disciplina Educação Física nas escolas, com ações interdisciplinares nas diferentes faixas etárias.

Se a proposta da defesa da educação pública como processo democrático e realizado a partir da realidade brasileira o lema “Por um PNE que atenda as necessidades da maioria da população” então a investigação ampla, sistemática e contínua deve ser aplicada em todos os níveis de ensino e em diferentes dimensões, inclusive da saúde, entendida aqui como um estado de completo bem-estar físico, social e psicológico.

Para cada objetivo e meta da educação de cada escola, comunidade, bairro, distrito, região, município, estado do país devem ser realizados estudos diagnósticos que interpretados e discutidos podem fundamentar as ações e definir metas. Por exemplo:

- 1) Está garantido o ingresso e a permanência na escolar e a conclusão do ensino fundamental obrigatório a todas as crianças de 6 a 14 anos?

O diagnóstico pode ao menos estabelecer aspectos como a oportunidade de alfabetização e educação básica garantida a estes brasileiros, a segurança alimentar mínima pela merenda, a possibilidade de busca ao trabalho pelos pais e responsáveis no horário de estudo (que deveria ser integral, afinal lugar de criança é na escola) entre outros.

- 2) Está garantido o ensino fundamental a todos os que a ele não tiveram acesso na idade própria ou que não o concluíram? Resultados que podem contribuir na diminuição da perigosa ociosidade de jovens, no controle do absurdo trabalho infantil a que podem estar submetidos pela vulnerabilidade socioeconômica e cultural.
- 3) Quanto e em que proporção está sendo ampliado o acesso e atendimento nos demais níveis de ensino? Como tem sido contemplada a área da educação física?
- 4) Quais indicadores apontam para a valorização dos profissionais de educação na sociedade brasileira? A busca e permanência dos futuros profissionais nos cursos de licenciatura estão sendo suficientes quantitativa e qualitativamente?
- 5) O acesso aos sistemas de informação e de avaliação em todos os níveis e modalidades de ensino está garantido de forma transparente e suficiente a todos os cidadãos? Os levantamentos incluem os equipamentos, materiais e locais adequados para a prática de atividades físicas, esportes, ginástica, lutas e dança?

O desafio proposto pela mesa buscou estabelecer “O papel da investigação na área da saúde e seus reflexos para a Educação Física”, entendemos que passa pelo contexto maior da Educação Brasileira. Lembrando que como a apresentação no evento *V Semana de Educação Física, Esporte e Lazer do CAMEAM*, realizada no período de 04 a 09 de Agosto, cuja temática esteve voltada para o “Debate sobre a saúde e a formação em Educação Física”, decidimos manter o desenvolvimento do assunto em forma de painéis, similares aos slides projetados, de forma questionadora para manter o debate!

Num esforço de sistematização de diferentes autores estudiosos da área da Educação Física e suas abordagens de ensino, XAVIER (2011) propõe um esquema de concepções e seus principais colaboradores como possibilidades de atuação:

A) Concepções não-propositivas: 1) abordagem sociológica (Betti, Bracht e Tubino); 2) abordagem fenomenológica (Santin e Moreira) e 3) abordagem cultural (Daólio). B) Concepções propositivas não-sistematizadas: 1) Desenvolvimentista (Tani); 2) aulas abertas (Hildebrandt); 3) Construtivista (Freire); 4) Psicomotora (Le Bouch, Vayer e Fonseca); 5) Referência do lazer (Costa); 6) Crítico-Emancipatória (Kunz) e 7) Plural (Vago). C) Concepções propositivas sistematizadas: 1) Aptidão Física e Saúde (Nahas, Guedes, Gaya e Araújo); 2) Crítico-Superadora (Taffarel, Bracht, Castellani, Soares, Varjal e Ortega); 3) Parâmetros Curriculares Nacionais (Brasil).

Numa perspectiva que sugere a adoção individual de um estilo de vida ativo e saudável, que pode ser um fator importante para a formação da cidadania desde a infância, pois um indivíduo educado em saúde exigirá a oferta de espaços adequados para as práticas corporais nas comunidades com arborização, limpeza, iluminação e manutenção pelo poder público em parceria com os moradores. Reivindicará a supervisão pelo posto de saúde com

profissionais de diferentes áreas do conhecimento: médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, atividade física, psicólogos, etc. Para isto deve ser discutida e adotada uma das concepções propositivas sistematizadas denominada acima como *Aptidão Física e Saúde*. (GUEDES e GUEDES, 1994)

Consenso da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte (SBME, 1996) apontou as principais condições clínicas combatidas pela prática regular de exercícios físicos:

- 1) Doença aterosclerótica coronariana; 2) Hipertensão arterial sistêmica; 3) Acidente vascular encefálico; 4) Doença vascular periférica; 5) Obesidade; 6) Diabetes melito tipo II; 7) Osteoporose e osteoartrite; 8) Câncer de cólon, mama, próstata e pulmão; e 9) Ansiedade e depressão.
- 2) Posicionamentos Oficiais sobre temáticas relacionadas às atividades físicas que devem servir de fundamentação para pesquisas: Atividade física e saúde (1996), AFS crianças e adolescentes (1998), AFS no idoso com SB Geriatria/Gerontologia (1999), AFS na mulher (2000), Competição para praticantes com mais de 35 anos (2001), Modificações dietéticas, reposição hídrica, suplementos alimentares e drogas: suas ações ergogênicas e riscos para saúde (2003).

... um menino que brincava me falou ... que hoje é semente do amanhã...(Gonzaga Jr).

Ampliar o direito à educação para saúde é uma das metas que pode ser executada com investigações do tipo *survey*, levantamentos epidemiológicos, revisões sistemáticas dos fatores de risco modificáveis de crianças e jovens em idade escolar. Procuram documentar, analisar, interpretar indicadores relacionados ao crescimento, controle, desenvolvimento e desempenho motor de indivíduos em diferentes idades, aspectos socioeducacionais e econômicos, regiões e culturas.

Os indicadores de aptidão motora desde dois até os 11 anos propostos por ROSA NETO em 2002 (motricidade geral e fina, lateralidade, esquema corporal, equilíbrio, organização temporal e espacial) ou os testes de BRUININKS-OZERESTKY em 1978: (1-motricidade ampla: Velocidade de corrida e agilidade; Equilíbrio estático e dinâmico; Coordenação bilateral e força; 2-motricidade fina: coordenação dos membros superiores; velocidade de resposta; controle viso-motor; destreza e velocidade dos membros superiores), devem ser aplicados periodicamente para diagnóstico e ações.

Incluir a avaliação da aptidão física relacionadas à saúde sugerida no PROESP desde 1994 (composição corporal, força-resistência muscular, flexibilidade e condição cardiorrespiratória). Apresentam resultados adequados em função com cada idade cronológica? Conhecimentos sobre o corpo humano em movimento, suas adaptações a diferentes tipos de esforços físicos, indicadores para avaliar prescrição adequada de programas de atividade ou exercício físico. E atitudes positivas sobre o movimento corporal,

reconhecer esforços adequados dos colegas, cooperação e vivências na natureza e sua relação com o estado de saúde atual e futuro. Competências necessárias!

COSTA (2010) apresentou relações da atividade física de adolescentes na vida adulta:

As possibilidades de relação entre atividade física na vida jovem e saúde na fase escolar e na vida adulta foram discutidas por Blair (1989) num modelo conceitual e posteriormente revisado por Malina (2001). Mais recentemente, Hallal (2006) elaborou um modelo conceitual mais detalhado relacionando a atividade física à saúde de adolescentes, conforme a figura abaixo. Segundo este estudo de revisão, as evidências mais claras são aquelas que estabelecem a manutenção (*tracking*) da atividade física da adolescência para a vida adulta (relação A), o papel da atividade física na saúde óssea e mental do adolescente (relação D) e o efeito em longo prazo da atividade física na densidade mineral óssea de adultos (relação B). Embora associações entre o nível de atividade física e morbimortalidade não sejam tão evidentes quanto na população adulta, crianças e adolescentes podem obter benefícios imediatos e futuros de sua prática regular. O bem estar psicológico, a autoestima, o controle do peso corporal, a diminuição dos fatores de risco para doenças crônico-degenerativas e a possibilidade de manutenção do comportamento ativo na vida adulta jovem são alguns dos benefícios da participação regular das crianças em atividades físicas (Cavill, 2001). Apesar das críticas quanto às evidências da relação dose-resposta entre atividade física na infância e adolescência e a saúde nesta fase da vida e na vida adulta (Strong, 2005), algumas recomendações têm sido divulgadas para este grupo populacional. As recomendações mais recentes promovem a prática de pelo menos 60 minutos por dia de atividade moderada a vigorosa, que incluam também atividades para o desenvolvimento da flexibilidade, força muscular e saúde óssea.

Nosso Cenário – ... *virada do século ... alvorada voraz!* (RPM)

SADER (2000) aponta para desigualdades no final de século que demonstram o poder excessivo e injusto de muito poucos em detrimento da maioria de habitantes:

Se o mundo fosse uma aldeia com mil habitantes, a metade da riqueza estaria nas mãos de apenas 60 pessoas, todas de nacionalidade norte-americana. Oitocentas pessoas da aldeia viveriam em casas de má qualidade, 670 seriam analfabetas e apenas uma teria educação universitária... Para um hipotético vôo de 24 horas desses mil passageiros, na virada do século... Quanto à ocupação, sete seriam professores, cinco são soldados e três refugiados, que estão saindo de seus países devido a algum conflito bélico ou alguma catástrofe natural... Na hora do café, há 25 passageiros que têm três bandejas, todos eles europeus e norte-americanos. Cinquenta e cinco só têm meio café e meio pãozinho. Para 20 não há absolutamente nada. Mas assim que se completa uma hora de vôo os passageiros já não são mil: dez morreram e nasceram 28... no final do vôo, 24 horas depois, serão 1.432. Dos que morrem ao cabo das dez primeiras horas de vôo, para 30 a causa é a fome, dez são bebês que morrem ao nascer e dez morrem de câncer. Isto é, de cada dez que morres, oito são vítimas de causas sociais. Mas por que os recursos do avião não são mais bem repartidos? A resposta do pessoal de bordo é que 5% dos recursos obtidos com a venda das passagens foram gastos em educação, 4% em saúde, 65 em armamentos, revelando por que as condições de desigualdade não diminuem.”

Hobsbawm (1995) já havia apontado para um século assassino - 187 milhões (similar a um Brasil?) ainda são mantidas aproximadamente 50 guerras (quem vende armas e tem interesse comercial em mantê-las?),enfim o maior número de famintos da história!

Na América Latina que García Márquez nos revelou no seu 100 anos de solidão; um Brasil em processo de degradação e *apartheid* social apesar de sermos a “Civilização do automóvel e tecnologia” adotamos hábitos com uma “Dieta do lanche rápido com refrigerante” que incluem “Drogas lícitas” e por aqui e agora acolá “Água escassa”.

Na área da saúde tivemos a transição epidemiológica “Doenças crônico-degenerativas” com prevalência / incidência igual ou maior que as “Doenças infectocontagiosas”. Mas isto só aconteceu nos países desenvolvidos, na maioria, temos as duas com altas taxas!

Um dos fatores sociais determinantes e causais em países, estados, regiões, município ou bairros, tem sido apontado: vulnerabilidade: considerada aqui como conjunto de aspectos sociais, políticos e culturais que, relacionados a determinado contexto social do indivíduo ou do grupo, podem provocar situação de maior ou menor exposição a doenças e agravos.

Está relacionada à condição econômica, ao acesso a informações, à educação, à disponibilidade de recursos materiais, ao poder de influenciar decisões políticas, às possibilidades de enfrentar barreiras culturais, entre outros. Há grupos socialmente definidos no processo histórico que estão mais propensos a uma situação de vulnerabilidade a determinadas doenças, conforme glossários de promoção da saúde.

Sociedade do Consumo – ... gente estúpida ... gente hipócrita. (Gilberto Gil)

É importante que para a formação das crianças e jovens cidadãos críticos e comprometidos com a verdadeira democracia, que o conhecimento sobre as tomadas de decisões de investimentos e gastos das populações em um ano, por exemplo, seriam necessários por ano países mais pobres: Ensino básico 6 bi \$ enquanto nos EUA se gasta em cosméticos 8 bi \$; Água e saneamento 9 bi \$ enquanto na Europa se gasta com sorvete 11 bi; Saúde reprodutiva 12 bi \$ equivalente ao que EUA e Comunidade Europeia (CE) gastam com perfumes; Nutrição básica de humanos 13 bi \$ enquanto no mundo gasto com Drogas estupefacientes é de 400 bi \$ e somente na CE se gasta com Cigarros - 50 bi \$ e Bebidas Alcoólicas - 105 bi \$.

Haskell (1988) apontou a influência de diferentes fatores de risco de morte por doenças e o resultado apontou que a maioria (51%) está relacionada ao Estilo de Vida, quando comparados aos fatores Biológicos (20%), Ambientais (19%) e Assistência médica (10%). Estudo brasileiro de fatores de risco modificáveis estabelece potencial de prevenção alcançável para as enfermidades cardiovasculares (15-59 anos): 1) O consumo de tabaco; 2) A hipertensão arterial; 3) A hipercolesterolemia. São controláveis: 4) A diabetes; 5) A inatividade

física; 6) O consumo excessivo de álcool; 7) A obesidade. Assim, reforçamos que como uma das poucas abordagens de ensino da Educação Física brasileira, que estão minimamente sistematizadas e são propositivas, denominada Aptidão Física e Saúde, deve ser priorizada nas escolas de ensino fundamental obrigatório em todos os anos letivos. Incluir ações no ensino médio e superiores que estão limitados a poucas instituições com programas sérios e adequados.

CANDEIAS (1997) conceitua promoção em saúde como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida relacionadas à saúde. Aponta a 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 para 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. A promoção em saúde caracteriza-se como um processo de envolvimento das pessoas para aumentar e melhorar o controle sobre a saúde.

A perspectiva da promoção da saúde, vigente e ainda predominante nas propostas deve também ser superada pela perspectiva da Educação para Saúde, estimulados por movimentos como a *Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud*, fundada em 1951, em Paris, com escolas de 80 países membros que promovem uma rede escolas saudáveis. O contexto mais amplo a atingir é um programa da OMS das Cidades Saudáveis.

Cuide-se bem ... Perigos há por toda a parte ... (Guilherme Arantes)

Estas Escolas Saudáveis utilizam as seguintes estratégias: 1) Difundir o conceito destas escolas na comunidade; 2) Criação de políticas e mecanismos de coordenação intersetorial; 3) Oferece programas de formação de recursos humanos com enfoque integral; 4) Formação e fortalecimento de uma rede; 5) Intercâmbio de experiências entre cidades e países; 6) Formação de alianças estratégicas e atividades colaborativas.

Envolvem todos os membros da escola e da comunidade: 1) Na tomada de decisões; 2) Na execução das intervenções. Tem um plano de trabalho para: 1) Melhorar o ambiente físico e psicossocial; 2) Criar ambientes livres de fumo, drogas, abusos e qualquer forma de violência; 3) Garantir o acesso a água limpa e instalações sanitárias; 4) Possibilitar a escolha

por alimentos saudáveis; 5) Criar um ambiente escolar saudável; 6) Promover atividades que se estendam para fora da escola.

Implementam ações que conduzam a melhorar a saúde de seus membros e trabalha com os líderes da comunidade para assegurar: 1) Acesso à nutrição; 2) Atividade física; 3) Condições de limpeza e higiene; 4) Serviços de saúde e respectivos serviços de referência. Oferece treinamento efetivo a professores e educadores. Tem comissão local de educação e saúde: 1) Associação de pais; 2) Organizações não governamentais; 3) Organizações comunitárias. Quantas escolas conhecemos que adotam alguns destes princípios e linhas de atuação participativa? Como a área da Educação Física e Esportes tem agido pelas Secretarias dos estados e municípios? E a relação Ministério da Educação, Saúde e do Esporte, tem se efetivado nos projetos junto à sua comunidade?

PATE (1995), salienta 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 facilite nas 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, listaram-se algumas ações relevantes que, em nosso ponto de vista, poderiam enquadradas como projetos de promoção em saúde na área de Educação Física: 1) 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; 2) 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; 3) 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 das ações de promoção em saúde nos projetos que, no caso de países como o Brasil, limitam-se, muitas vezes, a “campanhas de um dia de ‘conscientização’, com caminhadas, passeios de bicicletas, lanches, entregas de bonés e camisetas com atendimento e diagnóstico grátis”, apenas!

Educação para Saúde

A educação para a saúde apresenta princípios que ampliam as possibilidades, pois busca integrar os aspectos educacionais, políticos, éticos, econômicos e socioculturais da vida humana sem desconsiderar a atividade física saudável, estabelecendo relação com as políticas públicas, serviços de saúde e cidadania com direitos humanos.

O conceito de educação em saúde supera o conceito de promoção da saúde, inclui a tomada de decisão década indivíduo e comunidade em relação ao cotidiano e envolve aspectos físicos e mentais (abordagem integral do processo saúde-doença), pessoal (ética), igualdade social (corresponsabilidade) e ecológica (sustentabilidade).

A ação educativa em saúde é um processo que objetiva capacitar indivíduos e / ou grupos para assumirem ou ajudarem na melhoria das condições de saúde da população. Os profissionais e a população devem compreender que a saúde da comunidade depende das ações oferecidas pelos serviços de saúde, como também do esforço da própria população através de conhecimentos, compreensão, motivação, reflexão e adoção de práticas de prevenção e promoção da saúde.

Processo planejado e sistemático de ensino-aprendizagem orientado a aquisição, eleição e manutenção de práticas saudáveis e evitar as condutas de risco. No processo haverá confronto e procura de um entendimento entre os conhecimentos técnicos (dos profissionais de saúde) com os da população (cultura popular).

A Educação para a Saúde tem como características: 1) processo pelo qual os indivíduos adquirem ativamente conhecimento e habilidades; 2) estimula o indivíduo a pensar de forma autônoma; 3) a competência é adquirida pela autodeterminação e autocontrole; 4) analisar pela razão as situações problemas antes de agir; 5) valoriza a individualidade, personalidade e auto expressão; 6) aconselha atitudes críticas e radicais em relação aos problemas; 7) gera benefícios derivados da educação para o educando.

Considera-se que a realidade da saúde das pessoas é um processo dinâmico, mutável e pode ser melhorado quando o indivíduo ou grupo analisa criticamente sua situação, propõe ações conjuntas, organiza-se para realizá-las e avalia sua eficácia.

GUEDES (1993) propôs algumas temáticas, conteúdos e objetivos, por exemplo: Unidades de Ensino e Conteúdos: 1) Crescimento, composição corporal e desempenho motor; 2) Atividade física e saúde; 3) Efeitos agudos e crônicos do exercício e da atividade física; 4) Nutrição e gasto energético; 5) Estilo de vida ativo e saudável (adaptado por Liparotti) com adoção de práticas corporais; 6) Competições esportivas /eventos; 7) Cidades e Escolas Saudáveis (proposto por Liparotti).

Movimento para a constituição das Cidades Saudáveis fomentado pela OMS para o estabelecimento de políticas públicas urbanas, preconizando-se a adesão aos princípios da participação social, intersetorialidade, sustentabilidade e equidade na gestão, associado ao fortalecimento do espaço público.

Alguns objetivos sistematizados com ênfase na Educação Física Escolar para Saúde propostos: 1) Submeter-se a uma rotina periódica de medidas e testes para a auto-avaliação do crescimento e desenvolvimento motor; 2) Analisar, interpretar e formar conceitos sobre a aptidão física relacionada à saúde e ao desempenho motor adequado e máximo; 3) Adotar um estilo de vida ativo e saudável; 4) Identificar e controlar os efeitos dos esforços físicos; 5) Reconhecer e selecionar diferentes nutrientes em função do gasto energético diário; 6) Inibir o aparecimento de fatores de risco modificáveis monitorando periodicamente indicadores de saúde; 7) Praticar regularmente atividades motoras, avaliando periodicamente a composição corporal, flexibilidade, força-resistência muscular e condição cardiorrespiratória; 8) Vivenciar experiências esportivas coletivas e individuais competitivas em diferentes funções: aluno-atleta, treinador técnico-tático, preparador físico-fisiologista, primeiros socorros, equipe de arbitragem, tribunal de justiça, organizador e divulgador do evento.

Devido ao crescente uso abusivo de substâncias (fumo, álcool de outras drogas) e à necessidade da adoção de comportamentos preventivos, VARELLA (2003) aponta que um dos tipos de drogas mais usados por jovens com finalidade de ganho rápido de massa muscular e busca de um padrão de estética corporal idealizado, é importante um capítulo sobre o uso e abuso dos anabolizantes (esteroides androgênicos), pois provocam distúrbios comportamentais (agressividade exacerbada, irritabilidade, diminuição da libido, transtornos bipolares, síndromes do pânico e quadros depressivos), Endócrinos (lesões dermatológicas, atrofia dos testículos, calvície, impotência sexual, masculinização das mulheres e quadros de diabetes), cardiovasculares (edemas, aumento do colesterol total, diminuição de HDL, aumento de LDL e triglicérides), Hepáticos (elevação de enzimas no fígado, quadros de icterícia e até câncer no fígado), musculoesqueléticos (lesões osteomusculares, fechamento precoce das epífises e interrupção do crescimento dos ossos).

Destacar que o *Programa de Análise de Produtos* do Inmetro avaliou 15 marcas nacionais e importadas de um suplemento nutricional *Whey protein*, proteínas do soro do leite, concentrado em pó, a forma mais comum e uma das mais consumidas no país. Foram avaliadas a quantidade de proteína, o teor de proteínas, o teor de carboidrato, a origem proteica, a presença de substâncias não declaradas e a rotulagem. Apenas um suplemento concentrado foi aprovado em todos os critérios entre 15 marcas analisadas.

Outros suplementos alimentares utilizados para emagrecimento contêm uma substância proibida, a *dimethylamylamine* (DMAA), semelhante à anfetamina. Esta substância causa efeitos tóxicos no fígado, disfunções metabólicas, danos cardiovasculares, alterações do sistema nervoso, podendo levar até a morte. Isso ocorre porque os efeitos da DMAA estão

relacionados com o aumento da pressão arterial e frequência cardíaca, ataques de pânico, crises convulsivas e cardiomiopatia induzida por estresse. Com base nesses efeitos prejudiciais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) alertou sobre os efeitos adversos associados ao consumo da substância DMAA para diversos países.

Investigar periodicamente o Estilo de Vida de toda a população é um papel necessário na área da saúde que pode contribuir para a Educação Física Escolar mais importante para a adoção efetiva, eficaz e eficiente de atividades físicas saudáveis habituais.

A OMS recomenda monitoramento de atividades física em três grupos de idade: 5 a 17, 18 a 64, e 65 anos ou mais (*Global Recommendations on Physical Activity for Health*) Na Espanha recomenda-se a exploração sistemática do estilo de vida, no mínimo a cada 2 anos, em toda pessoa de mais de 14 anos sem limite superior de idade (*PAPPS-semFYC - Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud*).

Segundo a OMS (1998) “O estilo de vida é uma forma de vida que se baseia em padrões de comportamento identificáveis, determinados pela interação entre as características individuais, as interações sociais e as condições de vida, socioeconômicas e ambientais”.

Já para Nahas (2001) é um “Conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas”. Estes hábitos e ações conscientes estão associados à percepção de qualidade de vida do indivíduo. Os componentes do estilo de vida podem mudar ao longo dos anos, para isso o indivíduo precisa perceber-se como capaz de realizar as mudanças pretendidas.

Um dos problemas que se coloca a um pesquisador é como? E porque estudar estilos de vida? Objeto de estudo das Ciências Sociais (Sociologia e Etnologia) e/ou Psicologia social ou cognitiva, da Saúde Coletiva, Epidemiologia da Atividade física/Saúde?

Alguns padrões sociais de estilo de vida constituem os principais fatores de risco comportamentais envolvidos nas doenças crônicas e incapacidades sérias. Observe-se que doenças crônicas como as cardiovasculares e neoplasias, junto com os acidentes e violências estão entre as principais causas de morte nas sociedades desenvolvidas ou não. Um estilo de vida inativo está associado a sobrepeso e obesidade, por exemplo.

Um instrumento denominado *Perfil do Estilo de Vida Individual* (PEVI) de Nahas, Barros e Francalacci (2000), busca a medida de cinco dimensões: 1) Atividade Física; 2) Nutrição; 3) Controle de estresse; 4)Relacionamentos; 5) Comportamento preventivo.

Controle sistemático tem sido acompanhados por pesquisas e estudos nacionais:

- 1) *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*. VIGITEL. Monitoramento realizado por entrevista telefônica,

por Amostragem, com a população maior de 18 anos, que estabelece, anualmente, a frequência e a distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas e agravos não transmissíveis nas capitais brasileiras.

2) *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar*, PENSE. Inquérito por amostragem realizado nas capitais brasileiras entre escolares do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas com o objetivo de conhecer os comportamentos de risco e proteção para subsidiar políticas públicas voltadas para adolescentes. Contém os seguintes módulos: atividade física, alimentação, álcool e outras drogas, violência e trânsito, atividade sexual, tabagismo e atenção da família.

Estudos do tipo descritivo, transversal de caráter exploratório podem ter como objetivo descrever o estilo de vida individual de esportistas ou não. Crianças e adolescentes, tradicionalmente são mais vulneráveis aos efeitos das horas de estudos, às sobrecargas de treino, à falta de equilíbrio entre o descanso e as atividades, ao estresse (provas, brigas e competições), a uma dieta desequilibrada, a aquisição de vícios (consumo de álcool, drogas e o tabagismo).

O questionário DAFA (Dia Típico de Atividades Físicas e Alimentação) é um instrumento composto de figuras referentes aos hábitos de atividade física e alimentação da criança em um dia típico (em três ou mais vezes nos dias de semana). Outros instrumentos utilizados: QUADA (Questionário de Alimentação do Dia Anterior), QUAFDA (Questionário de Atividade Física do Dia Anterior), *Physical Activity Questionnaire for Older Children* (PAQ-C).

Costa (2010) investigou os hábitos alimentares e de atividade física de escolares de Florianópolis, SC/BR para identificar as diferenças nos padrões alimentares e de atividade física entre escolares da rede pública e privada de ensino. Analisou também a associação entre os comportamentos alimentares e de atividade física num estudo transversal com uma amostra representativa de escolares (2936) crianças de sete a 10 anos de Florianópolis-SC em 2002. Quantas cidades brasileiras possuem estudos semelhantes que contribuem para a definição de estratégias adequadas e metas viáveis para estas crianças por meio de projetos futuros para a área de Educação Física?

COSTA (2013) propõe um sistema de monitoramento digital (on-line e off-line) dos padrões de atividade física e alimentação de escolares de sete a dez anos de idade. Destaca-se que o monitoramento do consumo alimentar das crianças permitirá a discriminação das fontes alimentares, a avaliação da adesão ao guia alimentar da população brasileira, a identificação dos itens consumidos no ambiente escolar e a avaliação da adesão dos escolares ao *Programa Nacional de Alimentação Escolar* (PNAE). O monitoramento dos padrões de atividade física permitirá verificar a adesão as recomendações diárias. O sistema pretende ser uma alternativa viável e de baixo custo, utilizando os recursos da informática acessíveis e disponíveis nas

escolas públicas e privadas do Brasil. A proposta pode ser dividida em duas principais etapas, qual sejam a de adaptação e validação para o ambiente virtual (on-line e off-line) do *Questionário Alimentar do Dia Anterior (QUADA)* e do *Questionário de Atividade Física do Dia Anterior (QUAFDA)*, previamente validados para esta população na versão em papel; e o desenvolvimento e avaliação de um sistema de monitoramento computadorizado do consumo alimentar e da atividade física dos escolares. A proposta é de que se utilizem os laboratórios de informática presentes em escolas públicas.

As pesquisas sobre a atividade física e modificações de atitudes em adultos jovens são recentes (últimas três décadas) e necessitam de delineamentos com seguimentos longitudinais em amostras aleatórias e representativas das populações de risco potencial.

Concordando com FLORINDO (1998):

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 com unidade, orientando a prática de atividades físicas, de acordo com as características regionais e populacionais.

Enfim o papel da investigação na área da saúde deve atender o conceito de equidade, que considera as desigualdades sociais como injustas e evitáveis, implicando na adoção de ações pessoais, profissionais, comunitárias e governamentais para atender às diferentes necessidades da população, em especial as relacionadas à saúde. Assim os reflexos para a Educação Física sejam que todos tenham conhecimentos, atitudes, vivências nas habilidades e competências em Educação para a Saúde. É preciso que existam ambientes favoráveis nas Cidades e Escolas saudáveis, acesso a experiências, gestão e a oportunidades que permitam escolher por uma vida mais ativa e saudável.

Até um dia, até talvez, até quem sabe ... João Donato

Referências

AINSWORTH, B.E. et al. Compendium of physical activities: classification of energy costs of human physical activities. **Med. Science Sports Exerc.**, 1993, 25:71.

ANDRADE, D.R. et al. Barriers to exercise adherence among active young adults. **Med.Science Sports Exerc.**, 1998. Supplement; 30(5): 182.

BANDURA, A. **Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.** Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

BLAIR, S. et al. Changes in physical fitness and all-cause mortality: a prospective study of health and unhealthy men. **JAMA**, 1995; 273: 1093-8.

BARROS, M.V.G. et al. Validity of physical activity and food consumption questionnaire for children aged seven to ten years old. **Rev Bras Saude Matern Infant.** 2007; 7: 437-48.

BETTI, M. **Educação Física e Sociedade.** São Paulo: Ed. Movimento, 1991.

BLAIR, S.N. et al. Exercise and fitness in childhood: implications for a lifetime of health. In: Gisolfi, C.V., Lamb D.R. **Perspectives in exercise Science and sports medicine.** Indianapolis: Bench-mark 1989; 401-22.

BRASIL. **Glossário de Promoção da Saúde.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_promocao_saude_led.pdf Acesso: fev. 2015.

BRUININKS, R.H. **Bruininks-Oseretsky test of motor proficiency examiner's manual.** Circle Pines, M.N.: American Guidance Service, 1978.

BOUCHARD, C.; SHEPHARD, R.; STEPHENS, T. Consensus statement. In: C Bouchard et al (Ed) **Physical Activity, Fitness and Health.** Champaign, Illinois, Human Kinetics Publishers. 1994.

CABRAL, A.L.B; TEIXEIRA, L.R. (coords.) **Vencendo a asma: uma abordagem multidisciplinar.** São Paulo: Bevilacqua, 1994.

CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, 1997; 31 (2): 209-13.

CASPERSEN, C.J.; POWELL, K.E.; CHRISTENSON, G.M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Rep.** 1985; 100: 126-31.

CASTELLANI FILHO, L. **Educação Física no Brasil: a história que não se conta.** Campinas: Papirus, 1994.

CAVILL, N.; BIDDLE, S.J.H; SALLIS, J.F. Health enhancing physical activity for young people: statement of the United Kingdom expert consensus conference. **Pediatr Exerc Sci.** 2001;13:12-25.

COLETIVO DE AUTORES. **Metodologia do Ensino da Educação Física.** São Paulo: Cortez, 1992.

COSTA, F.F. **Hábitos Alimentares e de Atividade Física de Escolares de Florianópolis, SC/BR.** [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de Santa Catarina. 2010.

_____. **Desenvolvimento e avaliação de um questionário baseado na WEB para avaliar o consumo alimentar e a atividade física de escolares.** [Tese de Doutorado]. Universidade Federal de Santa Catarina. 2013.

DAOLIO, J. **Educação Física Brasileira.** Autores e Atores da Década de 80. Campinas: Papirus. 1998.

DELGADO FERNÁNDEZ, M. Perspectivas da AF y S en la sociedad actual. En: Actas del 2º. Congreso Internacional de Educación Física y Diversidad. Selección de ponencias y comunicaciones (coord.) Arturo Díaz Suárez y Eduardo Sezarra Vicens. Región de Murcia. Consejería de Educación y Universidad. Gymnos: 137-60. 2002

GONÇALVES, A. **Conhecendo e discutindo Saúde Coletiva e Atividade Física.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

EDUCAÇÃO PARA SAÚDE. Disponível em: <http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones/Folletos/Folletos%20IA/Documentos%20tecnicos/mod1.pdf>

FLORINDO, A.A.; ARAÚJO, A.S. O papel do profissional de educação física na saúde pública. **Anais do IV Congresso Internacional UniCastelo.** São Paulo: 1997.

FLORINDO, A.A. Educação física e promoção em saúde. **Rev Bras Ativ Fís e Saúde**, 1998; 3(1): 84-9.

FLORINDO, A.A; HALLAL, P.C. **Epidemiologia da Atividade Física.** São Paulo: Ed. Atheneu, 2011.

FREIRE, J.B. **Educação de Corpo Inteiro.** 2ª. ed. São Paulo: Scipione, 1991.

GHIRALDELLI JR, P. **Educação Física Progressista: A Pedagogia Crítico-Social dos Conteúdos e a Educação Física Brasileira.** 5ª. ed. São Paulo: Ed. Loyola: 1994.

GRECO, J.P.; BENDA, R.N. **Iniciação esportiva universal.** Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1998.

GUEDES, D.P.; GUEDES, J.E.R.P. Sugestões de conteúdo programático para programas de Educação Física Escolar direcionados à Promoção da Saúde. *Revista APEF* 1994; 9(16): 3-14.

GUEDES, D.P. et al. Níveis de prática de atividade física habitual em adolescentes. **Rev Bras Med Esporte**, 2001; 7: 187-99.

HALLAL, P.C.; VICTORA, C.G.; AZEVEDO, M.R.; WELLS, J.C. Adolescent physical activity and health: a systematic review. **Sports Med.** 2006; 36: 1019-30.

HASKELL, W. Physical activity and the diseases of technologically advanced society. **American Academy of Physical Education Papers**, 1988; 21: 73-87.

- HOBSBAWM E. **Era dos Extremos: o breve século XX.** São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
- KUNZ, E. **Transformação Didático-Pedagogia do Esporte.** Ijuí: Ed. Unijuí, 1994.
- LE BOULCH, J. **Educação pelo movimento.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- LOVISOLO, H. **Atividade física, educação e saúde.** Rio de Janeiro: Sprint, 2000.
- MALINA, R.M. Physical activity and fitness: pathways from childhood to adulthood. **AmJ Hum Biol.** 2001; 13: 162-72.
- MATSUDO, V.R.K. Physical Activity: Passport for Health. **World Health Report,** 1997, 50(3):16-7.
- _____. **Testes em Ciências do Esporte.** 4^a. ed. São Caetano do Sul: CELAFISCS, 1983.
- MATSUDO, S.M.M. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de reprodutibilidade no Brasil. **Rev Bras Ativ Fís e Saúde,** 2001; 6(2): 5-18.
- MEDINA, J.P.S. **Educação Física cuida do corpo e mente.** São Paulo: Papyrus, 1983.
- MENDOZA, R.; SAGRERA, M.R. **Los escolares y la Salud – Avance de los resultados del segundo estudio español sobre Conductas de los escolares relacionadas con la Salud.** Madrid; Plan Regional sobre Drogas – Ministerio de Educación y Cultura: 1990.
- MENDOZA, R.; SAGRERA, M.R.; BATISTA, J.M. **Conductas de los Escolares Españoles relacionadas con la salud. (1986-1990).** Madrid: CSII- Consejo Superior de Investigaciones Científicas. 1994.
- MONDINI, L.; MONTEIRO, C.A. Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira (1962-1988). **Rev Saúde Pública,** 1994, 28: 433-39.
- MOTA, J.A.P.S. **A educação da saúde: as crianças do séc. XX os idosos do séc. XXI.** Horizonte, 1993.
- NAHAS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** Londrina: Midiograf, 2006.
- NAHAS, M.V.; CORBIN, C.B. Educação para a aptidão física e a saúde: justificativa e sugestões para implementação nos programas de educação física. **Rev Bras Ciência e Movimento,** 1992, 5(3): 14-24.
- NAHAS, M.V.; BARROS, M.V.G. e FRANCALACCI, V.L. O Pentágulo do Bem-Estar. Base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. **Rev Bras Ativ Fís e Saúde,** 2000; 5(2): 48-59.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** Brasília, 2003.

PARIGUIN, B.D. **A psicologia social como ciência.** Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

PAFFENBARGER, R.S. et al. The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. **N Engl J Med**, 1993; 328: 538-45.

PATE, R.R. et al. Physical activity and public health: A recommendation from the Center for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA**, 1995; 273(5):402.

PENSE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar.** IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/> Acesso em: fev. 2015.

PERRAULT, G. (org.). **O Livro Negro do Capitalismo.** São Paulo: Record, 1999.

PICCOLO, V. **Educação Física Escolar: Ser ou não ter?** Campinas: UNICAMP, 1995.

PROCHASKA, J; DICLEMENTE, C. Stages and processes of self-change in smoking: Towards an integrative model of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 1983; 59: 295-304.

PROJETO ESPORTE BRASIL. Disponível em: <http://www.proesp.ufrgs.br> Acesso em: fev. 2015.

ROSA NETO, F. **Manual de avaliação motora.** Porto Alegre: Artmed, 2002.

SADER, E. **Século XX uma biografia não-autorizada: o século do imperialismo.** São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2000.

SALLIS, J.F.; PROCHASKA, J.J.; TAYLOR, W.C. A review of correlates of physical activity of children and adolescents. **Med Sci Sports Exerc.** 2000; 32: 963-75.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde – I.** Disponível em <http://www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf> Acesso: fev. 2015.

STREY, M.N. et al. **Psicologia Social Contemporânea: livro-texto.** Petrópolis: Vozes, 2008.

STRONG, W.B. et al. Evidence base d physical activity for school-age youth. **J Pediatr.** 2005;146:732-7.

TAFFAREL, C.N.Z. **Criatividade nas aulas de educação física.** Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1985.

TANI, G. et al. **Educação Física Escolar: fundamentos de uma abordagem desenvolvimentista.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1988.



TEIXEIRA, L. **Educação física escolar**: alterações posturais e respiratórias na infância e adolescência. São Paulo: Escola de Educação Física da USP, 1991.

TRITSCHLER, K.A. et al. **Medida e Avaliação em Educação Física e Esportes de Barrow & McGee**. Barueri: Manole, 2003.

TWISK, J.W.R. Physical activity guidelines for children and adolescents: a critical review. **Sports Med.** 2001;31:617-27.

VARELLA, D. **Abuso de anabolizantes**: doping. Coluna Evolução e saúde. www.cartacapital.com.br

VIGITEL. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1521

XAVIER NETO, L.P. & ASSUNÇÃO, J.R. Disponível em <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAacDQAG/saiba-mais-sobre-educacao-fisica-lauro-pires-xavier-neto-jeane-rodella-assuncao?part=8> . Acesso: fev. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disponível em http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf?ua=1