


A Saúde e a Atividade Física no
trabalho, sociedade e meio ambiente:
reféns de velhos totens?



AGUINALDO GONÇALVES, MÉDICO SANITARISTA
PROF. TITULAR EM SAÚDE COLETIVA E
ATIVIDADE FÍSICA, FEEF, UNICAMP

Resumo

As últimas décadas vêm testemunhando o acumular-se de evidências ameaçadoras à saúde humana em três instâncias básicas, quais sejam: o meio ambiente, o mundo do trabalho e a vida em sociedade. Devido a isso, de modo geral, uma inequívoca consciência sanitária, a respeito dos riscos a se evitar e das reservas a se exercitar, vem se formulando e expressando, mas no plano da intervenção parece permanecer respectiva ambigüidade a ser superada. A decisão pelo que fazer defronta-se com três paradigmas referenciais, em torno dos quais se articula o pensamento defensivo contemporâneo: trata-se de responder a tais desafios, executando ações técnicas numa apropriação tipicamente ortodoxa, mobilizando esforços e iniciativas de transformação no plano macro-analítico mais geral, ou promovendo e fortalecendo a ação política persistente do cotidiano. Em outros termos, a opção a decidir é entre o conservador, a insurreição e o comodismo: para onde pender, enquanto profissionais orgânicos da atualidade? É da recuperação desse quadro que assim se põe que a

presente comunicação se ocupa, desde a perspectiva da Saúde Coletiva, como contribuição para o debate das três vertentes assinaladas. O caso brasileiro é destacado com algum grau de detalhamento, a seguir, para indicar, a partir de lições aí apreendidas, pistas para a construção social da Educação Física: no entendimento do poeta guerreiro, cultive-se a ternura, sem perder a firmeza.

SITUANDO OS PARADIGMAS

Até há três/quatro décadas atrás, vivíamos em outro mundo. O rigor das proposições de muitos pensadores contemporâneos ainda não tinha se expressado na intensidade com que viria a sacudir tantos padrões instalados, no interior de universidades e nações, passando tão ubiquamente por dimensões pessoais e grupais. As relações da saúde-doença-cuidado se davam no quadro da Saúde Pública habitual e costumeira, sobretudo da prevenção e controle das doenças infecto-contagiosas (GONÇALVES, 1977). No mundo do trabalho, o marco mais distante que se podia atingir era com a profilaxia, o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno (quando houvesse) das afecções provocadas por fatores humanos e materiais envolvidos na extração e na manufatura (GONÇALVES, 1978), sem que o desemprego massivo confrangesse dramaticamente os arredores. O meio ambiente era algo externo que nos rodeava e não a integralidade planetária onde se vive. Esse cosmos assim descrito era passível de ser melhorado pela correta apropriação de medidas preventivistas, assistência caritativa aos necessitados, preservação dos benefícios sociais auferidos pela classe trabalhadora e aplicação de soluções tecnológicas para a depuração de locais contaminados e destino adequado de ejeções.

No entanto, os fatos se precipitaram e se sucederam. Sem se aprofundar nas circunstâncias bem conhecidas por todos nós do movimento estudantil europeu de 1968, a se espalhar por tantas regiões, a realidade avassaladora de Woodstock, a queda do muro de Berlim e outros paradigmas tão importan-

tes quanto, é possível cingir-se ao universo sanitário circunscrito por nosso objetivo.

No âmbito da Saúde no plano coletivo, talvez as primeiras manifestações de alterações importantes tenham vindo exatamente com referência à abrangência e volume de novas drogas com que a humanidade passou a lidar (GONÇALVES & GONÇALVES, 1978). Já nos anos sessenta, uma estimativa conservadora avaliava seu número em cifra superior a 1500 por ano, a maioria das quais com efeitos biológicos não avaliados (GONÇALVES & FERRARI, 1982), não obstante suas extremamente numerosas utilizações nos processos produtivos.

Associadamente, passou-se a registrar com grande sensibilidade a outra banda de danos ambientais e suas desabridadas conseqüências para a vida: a devastação e a poluição, com efeitos preocupantes não só sobre populações expostas e atingidas, mas sobre gerações ainda por vir, dado o conhecimento que foi se construindo acerca de sua ação deletéria sobre o interior de estruturas e organelas citoplasmáticas e nucleares (FERRARI *et al.*, 1992).

A tecnologia também assumiu contribuição fundamental na nova correlação de forças econômicas, políticas e sociais que passou a vigorar (GONÇALVES & GONÇALVES, 1985). Nesse sentido, a globalização e o neoliberalismo se tornaram realidades concretas, consolidando, entre muitas outras iniquidades, sociedades conhecidas como “Belíndia”, isto é caracterizadas por contrastes muito marcantes de concentração financeira e carência social (PIRES *et al.*, 1998), em que coexistem as doenças do atraso e da carência com as complicações do sedentarismo e da hipocinesia (MONTEIRO & GONÇALVES, 2000).

Diante de tão claras mutações, muitas vezes se fizeram ouvir no sentido de denunciar assimetrias e desigualdades setoriais (v.g. GONÇALVES, 1989), com libelos inovadores do campo da Saúde a nível internacional anunciando paradigmas transformadores, desde os escritórios da Organização Mundial da Saúde na América do Norte e Europa, até nas lutas sanitárias da América Latina do Terceiro Mundo (MONTEIRO & GONÇALVES, 1994).

Dos mais notáveis deles se deu exatamente na direção de a Saúde redescobrir o ambiente. Embora a iniciativa canadense que passou a ser conhecida como a Nova Saúde Pública e que se irradiou pelo mundo afora contasse com muitas mudanças conceituais, foi, na realidade, a consideração da centralidade ambiental seu diferencial mais forte. Com efeito, identificavam-na também conceitos e propostas germinadoras de realidades que viriam a se tornar conhecidas como Participação Comunitária em Saúde (GONÇALVES, 2004a), Cidades Saudáveis (CORREA *et al.*, 2004), controle social (GONÇALVES, 2004b), Intersetorialidade e multidisciplinariedade (GONÇALVES, 2002), entre tantas outras.

Trata-se do que se poderia apodar de diferentes estratégias para viabilização de um novo modelo de ação em Saúde compatível com o vácuo deixado pelo enxugamento do Estado, que virão se somar a iniciativas assemelhadas, como a famigerada Ética Corporativa, também conhecida como Responsabilidade Social (GONÇALVES, 2005), de ocorrência e desenvolvimento na realidade empresarial a avançar o raio de influência desta sobre a sociedade.

De fato, parece ser o despedir-se das ideologias até então hegemônicas de que, por um lado, a competência profissional associada ao ordenamento estatal seriam os responsáveis incumbidos da gestão social, de cuja supra-estrutura emanaria o calidoscópico de soluções para os agravos que afligiam um mundo eventualmente adoecido; por outro, correndo por fora, a presença sempre ameaçadora de soluções globais em que apenas outra ordem internacional poderia corrigir as distorções inerentes e inamovíveis do modelo capitalista pós-moderno. Em outras palavras, abandonam-se tanto a intervenção técnica quanto as diretivas dos grandes sistemas do agir e do pensar, para adotar-se o fazer cidadão, aquele que se constrói na revolução do dia-a-dia: é a opção pela virtude do pequeno, do alcançável com as próprias mãos. Ou seja, inclui-se outro elemento fulcral na relação, com porte destacadamente protagonista, que é a própria sociedade civil na execução do seu que fazer diário.

Deste modo, portanto, põe-se a terceira via no rol de escolhas por onde se queira fazer chegar o novo. Antigos burocratas, bem como revolucionários da primeira hora, agora passam a propugnar a parceria e a negociação, a “advocacy” dos canadenses, para remontar às origens. No âmbito público setorial, a escolha se dá entre os modelos sistêmicos de igualdade social e as políticas focais dirigidas a grupos de risco ou pessoas na eminência de.

Observando o panorama que constrói esta transição entre séculos, aparentemente o predomínio opera em larga medida às custas desta última opção, na medida em que sua consecução adota caminho cômodo e seguro, ao mesmo tempo que os desdobramentos, por menos comprometidos e complexos, expressam-se fáceis e viáveis. É, segundo alguns, a senda do politicamente correto, insipidamente civilizado e que exige muito esforço para que tudo continue o mesmo, i.e. a pseudo-sensação de auto-satisfação do ter feito, produzida pela cortina de fumaça do imobilismo e do comodismo.

OLHANDO O CASO DA SAÚDE BRASILEIRA

Atravessado por esse contraponto, talvez nosso país tenha sido único ou, ao menos, pioneiro nestes poucos quinze anos de realizações, ao encontrar possibilidade para atendimento das necessidades de Saúde da população, para além da universalidade, regionalidade e integralidade. Significou, importa registrar, situação modelar de atingimento de mudança radical pelo institucional no trato da questão saúde-doença-cuidado.

Nessa direção, foi possível preservar, nós vivemos e a História recente do país no-lo dá conta, a maior parte da logística operante na Saúde brasileira, porém com mudança total de seus dois extremos: as bases e a supra-estrutura. Colocando a questão de forma detalhada malgrado perfunctória: é amplamente reconhecido que as origens e evolução do modelo assistencial brasileiro até então – assim como todo nosso apa-

relho de Estado – manteve-se sempre a partir dos interesses das elites, fossem elas quais fossem: do âmbito político-institucional do poder da família real portuguesa, atravessamos os impérios brasileiros e cultivamos a República embalada pelos proprietários rurais e urbanos, enquanto a Saúde, ou melhor, a doença, era considerada nas culminâncias das epidemias pestilenciais, para, no século subseqüente, expressar-se nos meandros da exclusão das filas do INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Assistência Social –, órgão federal símbolo de atuação centralizada em todo território nacional, a que necessitados recorriam, à falta de outra alternativa.

Do interior de gestões parlamentares progressistas, da ação de profissionais vividos na rede de serviços públicos, dos encaminhamentos e fundamentações de intelectuais e acadêmicos, da prática sindical e partidária, enfim de segmentos setoriais ponderáveis, no entanto, exteriorizou-se o eixo da resistência e reconstrução popular. É do SUS – Sistema Único de Saúde – de que se fala! Decorreu, no passado imediato, das acumulações do Movimento Sanitário a iluminar a VIII Conferência Nacional de Saúde que sacudiu a Constituição Cidadã com a Saúde como conquista de cidadania e dever de Estado (GONÇALVES & GONÇALVES, 2004): tudo isso começou, estruturalmente, com a extinção do referido INAMPS e passagem de seus próprios e recursos a Estados e Municípios, que há muito operam – mesmo que, até o presente, em muitas localidades, de forma ainda parcial – a partir do processo decisório participativo de colegiados locais, regionais e nacionais (GONÇALVES & MANTELLINI, 2006).

E assim com o somatório resultante desses avanços e retrações (“Democrata sofre!”, como dizia mestre Martins de Barros), o Brasil mostrou que é perfeitamente possível subverter de maneira legal e bem sucedida a palavra de ordem da Organização Mundial da Saúde de ação local mercê da reflexão global (NAKAJIMA, 1990). Aqui o que se exerceu foi o agir e pensar simultaneamente no local e no global.

ATIVIDADE FÍSICA NA QUALIDADE DE VIDA: ATINGINDO O ESTILO DE VIDA OU AS CONDIÇÕES DE VIDA?

A consciência crítica acerca das transformações produzidas na Saúde brasileira tem permitido a apreensão de muitos aprendizados, inclusive sua expansão para outras realidades sanitárias. Aqui de que interessa tratar é a aplicação da relação da Atividade Física com a Qualidade de Vida, síntese em cujo vórtice se situa a própria identidade social da Educação Física (E.F.), enquanto prática profissional contemporânea.

Iniciando pela Qualidade de Vida, observa-se um emaranhado de conotações polissêmicas, metafóricas, metonímicas e sinedóquicas que nos permite entendê-la, ao final, como “a percepção subjetiva do processo de produção, circulação e consumo de bens e riquezas”, i.e., a forma pela qual cada um de nós vive seu dia-a-dia (GONÇALVES & VILARTA, 2004), constituída de dois conjuntos de componentes, os subjetivos e os objetivos, a compor, respectivamente o estilo e as condições de vida. Embora atualmente reconheça-se certa tendência em não admitir tal divisão, dado seu pronunciado esquematismo, o primeiro é tomado pelas escolhas apreendidas e adotadas durante toda a vida da pessoa, enquanto a constelação da segunda envolve moradia, escolaridade, saúde, transporte, segurança, em resumo, os aspectos materiais da vida, historicamente determinados e socialmente constituídos, vale dizer, o referente à segunda parte da definição acima reproduzida.

Pois muito bem: no quadro geral de consumismo do corpo em que nossa sociedade atual está enredada – sem nenhum falso moralismo! – incumbe à E.F. o desenvolvimento de hábitos saudáveis para a vida adequada. Aí se inclui extenso elenco de programas como “Mexa-se” e “Agita galáxia” que acaba por colocá-la como figura indissociável da Santíssima Trindade do bem viver o corpo “sarado”, ao lado dos padrões recomendáveis de ingesta e do abandono/privação do tabagismo (CASTIEL, 2003). Para se chegar a este estado de coisas, individualmente, é necessário malhar com muita fibra nas aca-

demias ou, de preferência, com “personal trainers” (MATIELLO JR & GONÇALVES, 2001). Em outros termos, “contra a competitividade sedentária de uma sociedade que fuma, bebe e se droga, a higiene física do um, dois!” (GONÇALVES, 2001).

A essa armadilha fácil é possível à E.F. furtar-se! Não que se deseje a prescrição normativa de páginas de receituário, mas como fazê-lo? Colocando seu saber e arte (únicos e inconfundíveis da identidade de corpo, movimento e motricidade) em aliança com as condições de vida e não com o estilo de vida. O relato de uma situação de aplicação ainda que aparentemente singela talvez possa fornecer pistas esclarecedoras a respeito.

O projeto em tela dedicou-se a oferecer programa de hidroginástica a mulheres sedentárias habitantes do Jardim São Marcos, um dos bairros mais violentos de nossa cidade e, justamente, o mais próximo do *campus*. Ao visar introduzi-las à modalidade, a forma de trabalho adotada partiu do entendimento, de forma clara e ética, da bilateralidade do compromisso, pelo qual incumbiu-se-lhes a viabilização dos elementos cardinais de execução, a começar por piscina disponível, roupas apropriadas e recursos para transporte, enquanto nossa responsabilidade consistiu em disponibilizar-lhes conhecimentos profissionais: o ganho, para um lado implicou na obtenção de novos saberes e fazeres; para o outro, na aplicação de pedagogia em construção (VICENTIN *et al.*, 2004).

Os resultados alcançados, ao final, não se restringiram somente à mudança de estilos de vida como indicaram as melhoras mensuradas em capacidades motoras como a flexibilidade, ou em domínios da qualidade de vida, como o físico e o psíquico, tudo aferido por instrumentos técnicos específicos, como, respectivamente, o teste de sentar e alcançar e o questionário Whoqol-bref: à medida em que passaram a dialogar nova interlocução pela busca de soluções demandadas pelas práticas recém adquiridas, construíam elas formas de superação das mencionadas condições materiais e imateriais de vida. E, curiosamente, este agir social só pode e só cabe à E.F. exercer!

REFERÊNCIAS

BUSS, P.M. PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA. *CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA* 5(1): 163-177, 2000.

CASTIEL, L. D. DÉDALO E OS DÉDALOS: IDENTIDADE CULTURAL, SUBJETIVIDADE E OS RISCOS À SAÚDE. IN CZERESNIA, D; FREITAS, C.M. *PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONCEITOS, REFLEXÕES, TENDÊNCIAS*. RIO DE JANEIRO, EDITORA FIOCRUZ, 2003.

CORRÊA, C.R.S.; GONÇALVES, A & VILARTA, R. PROPOSTAS E AÇÕES NA ÁREA DE SAÚDE. IN: MARTINS, J.P.S.; RANGEL, H.A. *CAMPINAS NO RUMO DAS COMUNIDADES SAUDÁVEIS*. CAMPINAS, IPES EDITORIAL/PREAC UNICAMP, 2004, p. 167 A 182.

FERRARI, I.; GONÇALVES, A.; BARBOSA, A.; CENTENO, A.J. & PADOVANI, C.R.; GONÇALVES, N.N.S. INVESTIGAÇÃO DE GENOTOXICIDADE DO MERCÚRIO EM PESSOAS PROFISSIONALMENTE EXPOSTAS EM GARIMPO DE REGIÃO DA AMAZÔNIA LEGAL I - RESULTADOS DOSIMÉTRICOS E GENOTÓXICOS. *REV. BRAS. SAÚDE OCUP.* 76(20): 10-14, 1992.

GONÇALVES, A. GENÉTICA E SAÚDE PÚBLICA. *SAÚDE EM DEBATE*. 1 (4): 21-23, 1977.

GONÇALVES, A. POSSÍVEIS DANOS GENÉTICOS POR EXPOSIÇÃO PROFISSIONAL A AGENTES FÍSICOS E QUÍMICOS. *REV. BRAS. SAÚDE OCUP.* 35: 21-22, 1978.

GONÇALVES, A. SAÚDE E AMÉRICA LATINA/ CONTRIBUIÇÕES CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS. *REV. BRAS. CIÊNC. ESP.* 11(1): 14 - 18, 1989.

GONÇALVES, A. ATIVIDADE FÍSICA: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA. *DISCORPO*. 11(2): 41-7, 2001.

GONÇALVES, A. A SAÚDE COLETIVA NO MANUEL SÉRGIO CONTEMPORÂNEO. *CADERNOS SAÚDE PÚBLICA* .18(3): 890-891, 2002.

GONÇALVES, A. AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: CHOQUE DE POVO *CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA* 20(6): 1771-1772, 2004^a.

GONÇALVES, A. EM BUSCA DO DIÁLOGO DO CONTROLE SOCIAL SOBRE O ESTILO DE VIDA. IN: VILARTA, R. *QUALIDADE DE VIDA E POLÍTICAS PÚBLI-*

CAS: SAÚDE, LAZER E ATIVIDADE FÍSICA. CAMPINAS, SP: IPES EDITORIAL, 2004B, p. 17 A 26.

GONÇALVES, A. INTRODUZINDO RESPONSABILIDADE CORPORATIVA: RESPONSABILIDADE OU CORPORATIVA? IN: GONÇALVES, A; GUTIERREZ, G.R. & VILARTA, R. (ORG.). GESTÃO DA QUALIDADE DE VIDA NA EMPRESA. 1ED. CAMPINAS, SP, 2005, v. 1, p. 23-31.

GONÇALVES A. & GONÇALVES, N.N.S. INQUÉRITO SOBRE PRÁTICA MÉDICA. EDUC. MED. SALUD. 12 (1): 59-72, 1978.

GONÇALVES, A. & FERRARI, I. – AGENTES QUÍMICOS E BIOLÓGICOS E TERATOGENIA. REV. BRAS. S. OCUP. 39 (10): 32-35, 1982.

GONÇALVES, A. & GONÇALVES, N.N.S. CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE EM NOSSO MEIO: ALGUNS PONTOS BÁSICOS. CIÊNCIA E CULT. 37(3): 457-460, 1985.

GONÇALVES, A. & GONÇALVES, N.N.S. EXPOSIÇÃO HUMANA AO MERCÚRIO NA AMAZÔNIA BRASILEIRA: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA. PAN AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 16(6): 415-419, 2004.

GONÇALVES, A. & VILARTA, R (ORG.). QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE FÍSICA : EXPLORANDO TEORIA E PRÁTICA. BARUERI: MANOLE, 2004.

GONÇALVES, A. & MANTELLINI, G. G. EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM HANSENÍASE: CONCEITOS E APLICAÇÕES. REV. BRAS MÉD. (ACEITO PARA PUBLICAÇÃO), 2006.

MATTIELO JR, E. & GONÇALVES, A. ENTRE A BRICOLAGEM E O PERSONAL TRAINING, OU... A RELAÇÃO ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE NOS LIMITES DA ÉTICA. XII CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIA DO ESPORTE, CAXAMBU. MESA REDONDA. IN: ANAIS DO XII CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIA DO ESPORTE, CAXAMBU, MG. OUT, 2001. 1CD.

MONTEIRO, H. L. & GONÇALVES, A. SALUD COLECTIVA Y ACTIVIDAD FÍSICA: EVOLUCION DE LAS PRINCIPALES CONCEPCIONES Y PRACTICAS. REV. CIENCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA. 2 (3): 33-45, 1994.

MONTEIRO, H. L. & GONÇALVES, A. SAÚDE COLETIVA E ATIVIDADE FÍSICA NO CONTEXTO DE SUBDESENVOLVIMENTO: EVIDÊNCIAS E PERSPECTIVAS PARA SUPERAÇÃO DO ATRASO. REV. BRASILEIRA DE MEDICINA DO ESPORTE. 69 (5): 180-7, 2000.

NAKAJIMA, H. UM PLANETA FERIDO. A SAÚDE NO MUNDO: 3, JAN-FEV, 1990

PIRES, G.L.; MATIELLO, JR E. & GONÇALVES, A. – ALGUNS OLHARES SOBRE APLICAÇÕES DO CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA EM EDUCAÇÃO FÍSICA/CIÊNCIAS DO ESPORTE. REV. BRAS. CIENC. ESP. 20(1): 53-57, 1998.

VICENTIN, A.P.M.; GONÇALVES, A; PADOVANI, C.R. & ARAGON, F.F.I. EFEITOS DE PROGRAMA QUASE-EXPERIMENTAL DE HIDROGINÁSTICA NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES SEDENTÁRIAS APONTA PARA CONSIDERAÇÃO DO DOMÍNIO SOCIAL NO QHOQOL BREF. XXII JORNADA SUL-RIO-GRANDENSE DE PSIQUIATRIA DINÂMICA E II ENCONTRO IBERO-AMERICANO DE QUALIDADE DE VIDA, 19 A 21 DE AGOSTO DE 2004, PORTO ALEGRE, RS.