



AS QUESTÕES PEDAGÓGICAS EM EDUCAÇÃO FÍSICA PARA IDOSOS.

Marília Velardi

Falar sobre as questões que envolvem a Educação Física e que merecem ser discutidas é uma grande responsabilidade. São inúmeras as questões relevantes em nossa área, no entanto, como esse espaço é eclético e por ele já passaram inúmeros pensadores e pesquisadores de nossa área, procurarei ater-me a algumas reflexões sobre um assunto que tem sido uma importante discussão relativa a nossa área e nas suas relações com as ações em saúde.

Desde que o curso bacharelado em Educação Física foi reconhecido e as Faculdades passaram a adotá-lo como uma possibilidade de formação na área, o atendimento às pessoas que buscam a atividade física orientada fora do ensino formal ficou, naturalmente, sob a responsabilidade do bacharel. Se por um lado isso significou um avanço importante quanto à capacitação na área, por outro surgiram algumas questões que na atualidade precisam ser revistas. Quais são as ações do profissional em Educação Física que devem ser dirigidas ao atendimento às populações que não estão inseridas no ensino formal? Quais são as bases teóricas e científicas que sustentarão essas ações: pautadas exclusivamente numa perspectiva biodinâmica, na qual os estudos sobre as funções orgânicas e psicológicas subsidiam a indicação, prescrição e avaliação dos programas de atividades físicas. A questão da pedagogia, a preocupação com a educação como processo parece não ter lugar nos currículos dos cursos de bacharelado em Educação Física e isso tende a converter-se num problema para a nossa área. Vinculada às Ciências da Saúde, a Educação Física precisa voltar-se para as questões educativas sob pena de, caso isso não ocorra, deixar de lado uma preocupação legítima dessa área e, por outro lado, deixar de atender à população naquilo que parece mais importante face às discussões realizadas sobre as estratégias de atenção primária em Saúde.

Especialmente quando nos referimos às populações adulta e idosa essa preocupação com as questões educacionais é ainda mais escassa nos meios acadêmico, científico e profissional.

Considerando-se que talvez mais da metade do declínio frequentemente atribuído às condições fisiológicas do envelhecimento são, na verdade, resultado da inatividade física, um dos grandes instrumentos para a Promoção da Saúde é a prática de atividades físicas, uma das opções de ação primária no cuidado com a saúde, quando centrada na melhora das condições funcionais e na otimização dos aspectos que determinam a qualidade de vida da população que está envelhecendo. Num momento em que é bastante evidente a relação entre saúde e exercício e que as iniciativas relacionadas à Promoção de Saúde afirmam que a prática de atividades físicas deve ser uma das ações primárias em saúde, parece quase senso comum a necessidade de criação de iniciativas que levem às pessoas idosas a adotarem a prática de atividades físicas. Aí está uma situação importante, que deve nortear a prescrição e indicação de atividades físicas para os idosos e que tem sido considerada um problema de saúde pública.

Sabe-se que a inatividade física não é exclusividade dos idosos: em muitos países desenvolvidos e em desenvolvimento, menos de um terço dos jovens é suficientemente ativo para obter os benefícios à saúde advindos da prática regular de atividades físicas sendo que, entre os adolescentes, as meninas são ainda menos ativas que os meninos. No entanto, a adoção de comportamentos



relacionados à prática de exercícios ou atividades físicas parece ser mais difícil para os idosos porque alguns cresceram acreditando que se exercitar era algo difícil e doloroso, porque se consideram frágeis e incapazes de cumprir uma rotina ou sequência de exercícios (apresentam baixos níveis de autoeficácia) ou, ainda, porque nunca aprenderam nem como nem porque exercitem-se. Outro dado importante foi apontado num estudo realizado por Silva Júnior, que identificou o papel da cultura, da etnia e do trabalho na opção de idosos por fazerem ou não atividades físicas.

Além disso, sabe-se que são necessários altos índices de motivação e autoeficácia para que uma pessoa sustente a prática de atividades físicas por um longo período de tempo e isto não tem sido comum entre indivíduos durante todo ciclo vital, mas especialmente na meia idade e velhice. Além da autoeficácia, outra das respostas mais frequentes verificadas para explicar a não adesão é a falta de tempo e disposição para o envolvimento em longos períodos de práticas de atividades físicas extenuantes e complexas.

Em relação aos cuidados com a saúde, inúmeros estudos apontam que os idosos são aqueles que tendem a frequentar os serviços de saúde com periodicidade superior a outros grupos etários. Afirma-se que a maior parte da população idosa tende a aderir mais prontamente e com maior engajamento, às atividades que envolvam comportamentos relacionados à saúde quando comparados a adultos jovens ou de meia idade. Acredita-se que fortes tendências de respostas positivas às mensagens de proteção da saúde se justifiquem pelo fato de que o esperado declínio orgânico, capaz de gerar ou predispor essa população às doenças mais comuns na velhice, pode determinar uma maior atribuição de valor à saúde, o que tende a levar os idosos à busca de soluções.

Outro aspecto que pode impulsioná-los na busca dos serviços de saúde, especialmente nas sociedades industrializadas, é o fato de que essas pessoas terão mais tempo para dedicarem-se a si (frente ao período de aposentadoria) e também se levando em conta que a maior parte da população idosa que vive nesses países é fisicamente independente e saudável, o que levaria essas pessoas a terem independência para cuidarem de si. Entretanto, essas respostas são influenciadas também pela dinâmica estabelecida entre as variáveis gênero, nível sócio-econômico e escolarização. No Brasil, por exemplo, idosos com baixos níveis socioeconômicos e de escolarização apresentam menos referências às possíveis doenças. Isso pode significar menor conhecimento sobre as doenças existentes, bem como o precário acesso aos serviços de saúde pela maioria da população menos favorecida no Brasil poderia determinar a falta de diagnósticos.

Surge, então, uma questão a ser investigada e solucionada: porque a prática de exercícios parece ser, do ponto de vista motivacional, difícil para a maior parte das pessoas? No caso específico dos idosos, a não adesão à atividade física por uma população que adere prontamente aos outros apelos no cuidado com a saúde pode ser explicada pelo fato de que a causa da inatividade não é a velhice, mas um conjunto de atributos pessoais e funcionais que envolvem mais a história de vida do que o período em questão.

Na tentativa de lidar com essa problemática, diversas iniciativas têm sido adotadas como meio de estimularem o engajamento de isso em programas de atividades físicas, orientados ou não. Já que os tradicionais métodos de prescrição não eram considerados efetivos para que as pessoas aderissem nem se mantivessem em programas regulares de exercícios devido à intensidade e grande demanda de tempo, foi necessário desenvolver estudos para buscar evidências



cientificamente comprovadas de que o estilo de vida ativo poderia ser tão benéfico quanto a participação em programas sistematizados, com a vantagem de facilitar o envolvimento da população do ponto de vista motivacional.

Essas publicações reforçaram, ainda, evidências de que o envolvimento em tarefas cotidianas, que mobilizem gastos energéticos significativos para o indivíduo, também influencia positivamente variáveis que, acreditava-se anteriormente, eram otimizadas apenas pela prática de exercícios. À luz de investigações dessa natureza ocorreu uma grande tendência em estimular o estilo de vida ativo e não mais o necessário envolvimento da população em programas estruturados de atividades físicas. Assim, grande parte desses estudos culminou em documentos e posicionamentos sobre novos paradigmas de prescrição de atividades físicas para as populações, inclusive idosa, especialmente o *Surgeon's General Report* do *Center of Diseases Control* e o *Position Stand* do *American College of Sports and Medicine* que na década de 90 apontaram mudanças importantes na quantidade, frequência e intensidade de exercícios para o estímulo à saúde, diminuindo sobremaneira o tempo despendido para a realização das atividades e o desconforto gerado pela repetição excessiva dos exercícios. Ambos são, também, fatores frequentemente considerados como determinantes de não adesão ou desistência da prática de atividades físicas.

Observa-se que, além da modificação dos posicionamentos sobre prescrição de atividades físicas, a implementação de campanhas por estilos de vida ativo foi estimulada pelas problematizações determinadas por questões motivacionais. Assim, atreladas a essas conclusões, foram iniciadas campanhas para mobilizar a população pelo conhecimento advindo desses estudos, numa tentativa de amenizar outro aspecto importante para a não adesão que parece ser a dificuldade percebida pelos idosos sobre como e porque exercitarem-se.

Nessa perspectiva, surgem inúmeras iniciativas para a criação de estratégias para a promoção do estilo de vida ativo entre idosos através da criação de programas informativos que podem esclarecer para as pessoas o alto risco para a saúde que pode ser gerado pela inatividade física. A justificativa para a criação dessas campanhas pelo estilo de vida ativo entre os idosos reside no fato de que, para auxiliar efetivamente os idosos a aderirem e manterem comportamentos de prática regular de atividades físicas em programas específicos, é essencial que eles compreendam os benefícios decorrentes desta prática, bem como conheçam as recomendações mais apropriadas para efetivar sua ação.

Não é difícil verificar que as campanhas que visam estimular a prática de atividades físicas na população idosa pautam-se, normalmente, em relações causais, considerando as informações que aliam conhecimento sobre as vantagens à simplificação da prática (associando, então, conhecimento ao estímulo à auto-eficácia positiva) como determinantes para a tomada das decisões que permitam incorporar novos comportamentos. Nesse caso propõe-se o ensino de fatos e procedimentos, buscando informar sobre *o que fazer, porque e como fazê-lo*.

Essas campanhas aproximam-se dos componentes básicos do Modelo da Crença em Saúde. Segundo esse modelo teórico, que tende a explicar de maneira consistente, comportamentos de natureza mais simples, conhecer sobre o que leva à doença, acreditar que algo é bom para a saúde, perceber-se suscetível à enfermidade e reconhecer-se capaz de adotar um comportamento é suficiente para adotá-lo. Entretanto dessa forma pode-se, normalmente, fazer com que a mensagem seja compreendida, mas pouco frequentemente isto é capaz de favorecer mudanças ou incorporações de comportamentos ou atitudes.



No entanto, saber o que é “certo” não nos levará, necessariamente, a fazermos o que é “certo”, já que não é possível estabelecermos relações de causa e efeito quando se trata de algo tão complexo, composto por variáveis como acesso aos serviços, gosto pessoal, disponibilidade, história de vida e sentido de autoeficácia como é o comportamento de prática de atividades físicas ou de exercício.

Pode-se pressupor que, caso o meio ambiente não mude, apesar de perceber-se suscetível o indivíduo pode não se sentir competente para mudar. É importante também acrescentar que no caso de um comportamento complexo, como é a adesão à prática regular de atividades físicas, a interação que o indivíduo tem com o meio é capaz de reforçar, dispor, facilitar ou dificultar as ações individuais, influenciando diretamente as atitudes.

Assim, pior do que acreditar que se pode modificar ou incorporar comportamentos apenas por saber sobre o que gera uma condição e sentir-se suscetível à ela é acreditar que o sujeito é o único responsável pelo que ocorre consigo. Recai-se, naquilo que é um dos temas centrais da Promoção da Saúde: a culpabilização da vítima, que se estabelece quando atribui-se a responsabilidade pela adoção ou não de determinado comportamento ao próprio indivíduo, desconsiderando-se o fato dele não dispor de meios para efetivar o controle sobre si.

Os modos de vida são definidos por processos de educação e aprendizagem social e este motivo talvez limite sobremaneira a adoção de comportamentos. Assim, não se pode acreditar que os comportamentos sejam incorporados ou se modifiquem exclusivamente pela ação do sujeito, sem levar em conta as necessidades e condições de vida que se relacionam diretamente ao modo de ser e viver da comunidade a qual o indivíduo pertence.

Pode-se pensar, ainda, que quando as intervenções baseiam-se na idéia de transmissão de conhecimento pela explicação do que é a doença e quais os riscos relacionados a ela, essa questão é reforçada. Enxerga-se, muitas vezes, por trás dessas ações, intenções que visam mobilizar as pessoas pelo medo ou, ainda, assumindo caráter assistencialista. Pode-se acrescentar a isso a idéia de que ações dessa natureza tendem a ser mais coercitivas do que educacionais.

Coerção e geração de medo podem não ser estratégias nem interessantes nem aceitas pelos indivíduos. Paulo Freire aponta claramente que ações dessa natureza, que gerem susto ou medo podem levar os indivíduos à ação na busca de assistência mas isso não os capacita, necessariamente, a buscarem soluções mais adequadas para si. Assim, aqueles que se sentem coagidos não serão atingidos pela mensagem. Isso não significa que não devamos dar assistência àqueles que buscam. Entretanto, a assistência não pode ser considerada como estratégia mas como tática. Tratá-la como estratégia significa afirmar que o indivíduo *irá* adoecer caso não mude o comportamento. Se isso ocorre, o indivíduo pode acreditar que se deu o *inevitável* o que tenderá a paralisá-lo. Se não ocorrer, leva ao descrédito da mensagem o que tende a paralisá-lo também. Ou, ainda, é possível que observemos duas situações: aquela do sujeito que “faz tudo errado” e vive cerca de cem anos e, ao contrário, aquele que “faz tudo certo” e é surpreendido por um evento dramático em relação a sua saúde.

Como o comportamento individual tende a movimentar uma intrincada rede de significados coletivos e sociais, é bastante provável que isso gere o mesmo tipo de ação na comunidade. Tratar a assistência como tática significa usar essa informação para iniciar uma reflexão mais profunda sobre quais meios as pessoas possuem e quais podem ser conquistados ou desenvolvidos para lidar com a situação em



questão. Ao refletir sobre essas considerações pode-se concluir que modelos educacionais serão eficientes para promover a mobilização frente à atividade física, se considerarmos que devam ter como ponto central a modificação daquilo que pode impedi-los de participar: falta de conhecimento e informação, baixo sentido de autoeficácia, pouco tempo e disposição e, ainda, empecilhos criados pelo ambiente físico, político ou socioeconômico. Considerando que, normalmente, os modelos educativos ou de comunicação que são utilizados para mobilizar os idosos e outros grupos etários à prática de atividades físicas caracterizam-se por ênfases que passam do foco quase exclusivo nos processos biológicos das doenças ao foco no comportamento individual surgem, então, recomendações de condutas apropriadas normalmente desvinculadas do contexto socioeconômico e de outras interrelações, que muitas vezes, são a causa direta ou indireta da doença.

A prática do profissional em Educação Física que atende a essa visão está normalmente apoiada numa abordagem biomédica e visa a informação e não a educação. Em geral, esses programas fundamentam-se numa concepção behaviorista sobre as ações humanas. Frequentemente nessas intervenções, que são na maior parte das vezes de curta duração, diz-se o que fazer, porque fazer, como fazer e avaliam-se atitudes e valores, como se *fazer* significasse, necessariamente, *ser* ou mesmo *saber*. Grandes partes das intervenções pautam-se em ensino ou transmissão de fatos, por exemplo, e seus modelos mensuram e avaliam a adoção de atitudes. Ensinam-se fatos esperando que sejam transformados em conceitos, procedimentos para que sejam transformados em valores e atitudes e assim por diante.

Ensinar, por exemplo, que caminhar no parque todos os dias traz benefícios para saúde significa ensinar conceitos, não atitudes. Informar que mais da metade das doenças crônicas decorre da inatividade física, significa ensinar fatos e não valores. Estabelecer uma prescrição simples para o trabalho muscular significa ensinar procedimentos e não conceitos nem atitudes e assim por diante.

Pode-se, assim, afirmar que o equívoco provavelmente está tanto na escolha das atividades instrucionais, quanto nos conteúdos que podem ser veiculados por seu intermediário, bem como naquilo que se espera da educação. Na Educação Física as ações relacionadas à população idosa são realizadas pelos bacharéis e identifica-se, em sua formação, uma tendência voltada para as questões técnicas e científicas e muito pouco (ou quase nada) dos currículos é dedicado às questões pedagógicas. Quando são discutidas questões relativas à atividade física para idosos, muitas vezes a questão da adesão ao exercício é um tema passageiro, identificado e solucionado pela utilização de ações padrão, considerando-se os idosos como um grupo etário homogêneo. Acredita-se que a informação é a mola propulsora da adesão ao exercício, considerando-se que uma pessoa bem informada será capaz de, por conta própria, mudar atitudes e passar a valorizar mais ou menos determinados comportamentos, como se cada informação pudesse encerrar em si o poder de modificar um indivíduo.

Essa visão, geralmente apoiada no paradigma biomédico que ainda parece hegemônico em nossa área, é essencialmente diferente da concepção estabelecida pela Promoção da Saúde pós Carta de Ottawa, conforme apontaram Bydlowski et al (2004). Somente a partir da Carta de Ottawa, o conceito de Promoção da Saúde passa a ser entendido como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002, p. 19). Em razão disso, Buss (2003) passa a tratar o conceito de Promoção da Saúde como uma estratégia que busca



modificar as condições de vida para que sejam dignas e adequadas. Assim, aponta para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão, que favorecem a qualidade de vida e a saúde e orientam ao conjunto de ações e decisões coletivas.

Segundo Pelicioni (2000), durante a realização das grandes conferências nacionais e internacionais de Promoção da Saúde, o papel da Educação foi apontado como a mais importante estratégia a ser utilizada visando a participação coletiva. Mas para que isso aconteça, é preciso insistir também no fato de que os educadores saibam que educar é prover situações ou experiências que estimulem a expressão potencial do educando, isto é, para que a educação se efetive, é preciso que o sujeito social motivado tenha uma aprendizagem significativa dos conhecimentos oferecidos e que saiba utiliza-los na sua prática cotidiana, favorecendo o *empowerment*. (Guimarães, 2009).

Nesse aspecto, no que se refere ao que se espera da educação, a afirmação anterior atribui um grande valor àquilo que é importante para o indivíduo. Para que isso se efetive, aquilo que Paulo Freire considerou como Educação para a Autonomia encontra lugar nessa discussão. Para o autor, a educação pode ser entendida como tal quando é considerada parte do direito integral do cidadão sendo dirigida para conduzi-lo, de fato, à cidadania. À educação atribui-se a missão de garantir o acesso à sistematização de intenções que possam levar o homem e a mulher a saberem-se como pertencentes a um grupo e a organizarem-se para que possam de fato ser em comunidade (Freire, 1997).

No caso de educação para os idosos, é importante refletir sobre o direito das pessoas a processos dessa natureza, considerando-se este período da vida como um momento em que é possível viver com autonomia que é garantida, na maior parte das vezes, por processos de aprendizagem que gerem condições para o autoconhecimento, para que o indivíduo seja capaz de adotar um comportamento, sendo consciente do porque irá adotá-lo, quais recursos pessoais e ambientais serão necessários para isso e como poderá agir segundo seus valores, necessidades e desejos. Para que, assim, possa sentir-se capaz de agir porque quer (e se quiser) e não movido pelo medo do “inevitável”.

Neste sentido, a educação deve ser considerada um estímulo à aprendizagem que liberte o indivíduo da ingerência de outros. Pode-se, assim, concluir que, de fato, ensinar não significa simplesmente transferir algum conhecimento. O processo de aprendizagem que pode promover a mudança de comportamento ou atitude passa, necessariamente, pela atribuição de significado, sendo ainda, capaz de estimular a autonomia (Freire, 1997).

Tanto em relação ao ensino e quanto à saúde, o termo autonomia tem sido amplamente divulgado pela Promoção da Saúde. Considerada um dos seus constructos básicos, espera-se que a autonomia, possa advir de um conjunto de ações que auxiliem a capacitação de indivíduos e comunidade para as ações que sejam de interesse individual e coletivo. Para Paulo Freire (1997), a organização metódica das intenções educacionais é o ponto de partida para as ações pedagógicas que visem a construção da cidadania e da autonomia.

Tudo aquilo que pode ser aprendido pode ser ensinado o que pode ser aprendido pode ser ensinado e, para tanto, o professor deve ser considerado um participante ativo da construção do conhecimento. Tendo em mente que o centro do processo ensino-aprendizagem não é a atividade, nem, no nosso caso a atividade física ou o exercício, mas os alunos. Outro aspecto a considerar é o fato de que a organização e o planejamento didáticos, bem como a criação de estratégias e



avaliações coerentes são cruciais, e não apenas a periodização ou o planejamento das sequências de atividades e as avaliações físicas pré e pós participação. Isso é fundamental para que os programas de Educação Física possam não apenas otimizar as funções orgânicas ou estabelecer melhoras indiretas sobre outros domínios, mas também promover processos de aprendizagem e desenvolvimento capazes de contribuir para a autogestão e autonomia em relação à prática de atividades físicas.

A partir das reflexões suscitadas por esse texto, algumas problematizações podem ser estabelecidas: a) Considerando a utilização de modelos teóricos que levem em conta os aspectos pessoais como crenças, expectativas, motivos, valores, percepções, personalidade, estados emocionais, ações, hábitos e sua contínua interação com o meio, como organizar modelos ou programas de Educação Física para a população idosa? b) Quais conteúdos são socialmente importantes para que os alunos idosos possam se apropriar do conhecimento que é esperado para que incorporem a prática de atividades físicas em seu cotidiano? c) Especialmente em relação à população idosa, o que pode ser ensinado para que sejam modificados ou adotados comportamentos relacionados à prática de atividades físicas? d) Como operacionalizar conteúdos e ações didáticas (estratégias, avaliações – o ensino em si)?

A tese aqui defendida é a de que as intenções educativas, mais do que as atividades instrucionais, levadas a cabo no ambiente educacional por seus atores (agentes de saúde, professores, alunos e demais envolvidos) determinam o tipo de aprendizagem capaz de modificar comportamentos. Mais do que isso podem ou não levar o indivíduo à autonomia. Isso se reflete no estabelecimento das metas, na escolha dos conteúdos, nas ações docentes, nas avaliações e no conjunto de significados que geram a efetiva operacionalização das ações educacionais.

Mais do que indicar e prescrever práticas de atividades físicas assume-se aqui o compromisso da Educação Física como área eminentemente pedagógica em que, tanto a autonomia quanto a capacitação individual e coletiva devem ser consideradas metas a serem atingidas, levando-se em conta que se estabelecem por modificações ou incorporações de atitudes e valores e pelo incremento de comportamentos positivos frente ao autocuidado além da busca de soluções comunitárias.

Assim, o que se propõe é o entendimento de como o processo de elaboração de ambientes educacionais em Educação Física deve ser organizado quando são pautados em perspectivas capazes de analisar indivíduos, meio ambiente e assim caminhar de maneira coerente com o desenvolvimento da autonomia. Não é objetivo desse estudo esgotar as respostas para cada um dos problemas levantados, mas considerar suas possibilidades de resolução na concepção, implantação e avaliação de programas de educação física para idosos.

Talvez um olhar cuidadoso da Educação Física para as questões educacionais, ainda que fora do ambiente de ensino formal. Seguramente essa visão tem severas implicações sobre a Educação Física como área acadêmica, como área de conhecimento e como profissão.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: Educação Física**. Brasília: MEC/SEF, 1998.

BUSS. **Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: FioCruz, 2003.

BYDLOWSKI, R.C.; WESTPHAL, M.F.; PEREIRA, I.M.T.B. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! **Revista Saúde e Sociedade** v.13, n.1, p.14-24, jan-abr., 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

GUIMARÃES, C.C.P.A. **Educação Física Escolar e Promoção da Saúde: uma pesquisa participante**. (Dissertação de Mestrado) Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, 2009.

PELICIONI, M.C.F. **Educação em Saúde e Educação Ambiental: estratégias de construção da escola promotora da saúde**. [Livre Docência - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]. São Paulo, 2000.

SILVA JUNIOR, A.P. **Avaliação de idosos de dois Grupos de Convivência de Marechal Cândido Rondon à luz do ideário da Promoção da Saúde: implicações sobre a elaboração de um programa de educação física**. (Dissertação de Mestrado) Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, 2007.

Recebido: 24/07/2009

Aprovado: 24/07/2009