

Políticas de lazer e saúde em espaços urbanos

Políticas de lazer e saúde em espaços urbanos

Alex Branco Fraga
Janice Zarpellon Mazo
Marco Paulo Stigger
Silvana Vilodre Goellner
(Organizadores)

Série Esporte, Lazer e Saúde

2009
Porto Alegre



Gênese
EDITORA

© dos autores
1ª edição: 2009

Direitos reservados desta edição:
Ministério do Esporte do Brasil

Capa: Flávio Roberto Gonçalves
Revisão: Vilma Beatriz da Silva Dentzien/ Naila Touguinha Lomando
Editoração eletrônica: Vanessa da Silva/ Gênese Artes Gráficas

P769 Políticas de lazer e saúde em espaços urbanos / organização Alex
Branco Fraga, Janice Zarpellon Mazo, Marco Paulo Stigger,
Silvana Vilodre Goellner – Porto Alegre: Gênese, 2009. – (Série
Esporte, Lazer e Saúde)

125 p.; il.

Ensaio de vários autores.
ISBN: 978-85-61652-04-3

1. Lazer – 2. Saúde – 3. Espaços urbanos – 4. Políticas públicas
– 5. Projetos sociais – 6. Parques públicos – 7. Praças públicas
– I. Fraga, Alex Branco – II. Mazo, Janice Zarpellon – III. Marco
Paulo Stigger – IV. Goellner, Silvana Vilodre

CDU: 379.8

Catálogo na publicação

Bibliotecária responsável: Naila Touguinha Lomando, CRB-10/711

“Sedentarismo é...”: concepções de praticantes de caminhada e a medicalização das práticas corporais¹

Alex Branco Fraga
Felipe Wachs
Ivana dos Santos Teixeira
Rute Viégas Nunes
Igor Ghelman Sordi Zibenberg

1 INTRODUÇÃO

Em 1995, um conjunto de recomendações sistematizadas sobre a prática de atividade física como fator de proteção à saúde é publicado no *Jornal of the American Medical Association (JAMA)*. Tais recomendações são elaboradas e assinadas de forma conjunta pelos *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* e pelo *American College of Sports Medicine (ACSM)*. De forma sucinta, recomendava-se acumular 30 minutos de atividade física de intensidade moderada ao longo do dia, que podem ser fracionados em até três períodos de dez minutos, preferencialmente todos os dias da semana, contabilizando um gasto energético mínimo de 2000 calorias semanais para que se possa adquirir proteção adicional à saúde (PATE et al, 1995). Apesar das inúmeras divergências nas ciências do movimento humano, ela vem sendo a recomendação adotada por diversas entidades ligadas à promoção da atividade física voltada à saúde no mundo (CELAFISCS, 2002a, OPAS, 2003, OMS, 2002), que tratam de montar estratégias visando a inocular na população, de um modo geral, essa “nova crença físico-sanitária” (FRAGA, 2006).

As recomendações de 1995 passaram por uma revisão e atualização em 2007. A atualização é assinada pelo *American College of Sports Medicine (ACSM)* e pela *American Heart Association*. Passa-se a recomendar a realização de atividades físicas aeróbicas de intensidade moderada por, no mínimo, 30 minutos em cinco dias da semana ou atividades físicas aeróbicas de intensidade vigorosa por, no mínimo, 20 minutos em três dias da semana, para promover e manter a saúde de adultos entre 18 e 65 anos de idade (HASKELL et al, 2007).

¹ Este texto foi apresentado no XVI Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte (CONBRACE) e III Congresso Internacional de Ciências do Esporte (CONICE), promovido pelo Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte (CBCE), realizado na cidade de Salvador (Bahia) entre os dias 20 e 25 de setembro de 2009.

Tais recomendações têm sido difundidas pelos programas de promoção da saúde e em alguns recantos da mídia. Por sua ampla divulgação, nosso interesse foi o de investigar o processo de significação das práticas físicas em uma população específica frente à disseminação de informações sobre os benefícios à saúde da vida ativa e sobre os malefícios do sedentarismo. Para dar conta dessa pretensão inicial, projetamos a pesquisa *Estilo de vida ativo versus sedentarismo: efeitos de um programa de promoção de atividade física na cultura corporal urbana*², iniciada em 2005 e finalizada em 2006.

Diante dos resultados apontados por aquela pesquisa, percebemos a necessidade de uma nova investida no campo para dar conta de alguns temas abertos naquele primeiro movimento analítico. Em função da necessidade de organização de um trabalho investigativo mais ampliado, surgiu o projeto *Políticas de Promoção da Saúde na Gestão do Lazer em Porto Alegre (2007/2008)*, que contou com quatro grandes eixos investigativos³. Esse projeto, assim como o primeiro, foi elaborado e executado pelo Núcleo UFRGS da Rede CEDES⁴ (Centro de Desenvolvimento do Esporte Recreativo e do Lazer) e contou com financiamento do Ministério do Esporte.

O presente texto é um dos produtos do projeto *Políticas de Promoção da Saúde na Gestão do Lazer em Porto Alegre*, desenvolvido especificamente a partir dos achados relativos ao eixo investigativo referente ao *processo de medicalização das práticas corporais* em articulação com os achados do primeiro projeto sobre esse tema desenvolvido pelo nosso núcleo.

2 A POPULAÇÃO ANALISADA E OS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

À medida que o movimento analítico realizado neste segundo projeto está intimamente ligado às decisões metodológicas do primeiro, passa a ser importante expor o processo que nos levou à escolha da população a ser estudada no projeto *Estilo de Vida Ativo versus Sedentarismo*...

Como pretendíamos investigar o processo de significação das práticas físicas frente à disseminação de informações sobre as relações entre estilo de vida ativo e sedentário, julgamos importante centrar a investigação em um grupo de pessoas potencialmente mais exposto a tais informações e que circulassem em um mesmo local com alguma regularidade.

Partimos para identificação de programas de atividade física oferecidos à população porto-alegrense pelo *site* da Secretaria Municipal de Esporte

² O percurso de pesquisa do projeto *Estilo de vida ativo versus sedentarismo: efeitos de um programa de promoção de atividade física na cultura corporal urbana* está detalhado em Fraga et al. (2007).

³ O projeto *Políticas de Promoção da Saúde na Gestão do Lazer em Porto Alegre* está descrito na apresentação do livro.

⁴ A Rede, em implementação no Brasil, busca potencializar o financiamento, pelo Ministério do Esporte, de pesquisas que extrapolem a perspectiva do rendimento esportivo. Mais informações sobre a Rede CEDES podem ser obtidas no site http://portal.esporte.gov.br/sndel/esporte_lazer/cedes/.

tes, Recreação e Lazer da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA). Lá encontramos informações sobre o programa “Lazer e Saúde”, uma iniciativa dessa mesma secretaria voltada à promoção da atividade física através, basicamente, da orientação de caminhadas, de corridas e de ciclismo, contemplando o controle de pressão arterial e frequência cardíaca (PORTO ALEGRE, 2006). Em meio aos materiais de divulgação produzidos pelo programa, também encontramos a mensagem que incentiva cada cidadão a praticar pelo menos trinta minutos de atividade física “para deixar de ser sedentário e melhorar sensivelmente sua condição física” (PORTO ALEGRE, 2006).

O Programa era realizado em 11 espaços públicos da cidade⁵, predominantemente praças e parques. Para escolher qual espaço acompanharíamos, adotamos como critério a região que tivesse pior Índice de Vulnerabilidade Social (IVS)⁶. Tal critério foi adotado levando em consideração que os sedentários, de acordo com Pate e colegas (1995), são encontrados em maior número entre aqueles com condições socioeconômicas menos favoráveis. Entre os 11 espaços da cidade onde era realizado o Lazer e Saúde, o que se encontrava em uma região com pior IVS era o Parque Humaitá⁷ (oficialmente chamado de Parque Mascarenhas de Moraes).

Delimitamos o perfil dos colaboradores da pesquisa: sujeitos caminhantes que utilizam área de passeio saibroso do parque às sextas-feiras pela manhã, descartando-se os transeuntes e os praticantes de corrida. Definimos esse perfil, porque supomos que os sujeitos praticantes de caminhada, frequentadores regulares de um espaço público que oferece o serviço de orientação e de acompanhamento de tal prática (Programa Lazer e Saúde), estão mais suscetíveis às (e provavelmente já “contaminados”) recomendações sobre atividade física e saúde que vêm sendo disseminadas.

A definição do perfil nos levou a reorganizar nossos procedimentos de abordagem, pois nem todos que caminham nesse dia e nesse horário participavam diretamente do programa. De acordo com o relato de um dos professores, alguns preferem caminhar sem supervisão, muitas vezes por receio de saber como anda a frequência cardíaca ou a pressão arterial. Esse tipo de situação criou alguns obstáculos a ser transpostos no transcorrer das abordagens, já que era preciso interromper a caminhada de vários deles para

⁵ Hoje o programa é realizado em 12 parques e praças, além de contar com o *Lazer & Saúde Itinerante*, “que procura atender à população em locais onde não há atendimento sistemático” (PMPA, 2009).

⁶ O IVS foi obtido em dados disponibilizados pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre no Observatório da Cidade, uma ampla base de informações georeferenciadas sobre o município, que permite a visualização de indicadores sociais por bairros e região da cidade (PMPA, 2006a).

⁷ Apesar de contar com o pior IVS, importantes desigualdades sociais podem ser verificadas na região que circunda o parque. De um lado, um condomínio de apartamentos populares, de outro lado, um condomínio fechado de classe média e mais adiante uma “vila” (termo utilizado de forma pejorativa em Porto Alegre e que equivaleria à favela em outras regiões).

apresentarmos nossas intenções, o termo de consentimento e para realizarmos a entrevista propriamente dita. Foi preciso desenvolver uma estratégia específica para abordar um público em plena atividade, pois as pessoas chegavam caminhando ao parque e da mesma forma iam embora, não possibilitando uma intervenção no início ou no final. Alguns dos caminhantes se recusavam a parar ao ser abordados, outros diziam que, no final da caminhada, poderiam nos atender, mas, na maioria das vezes, não voltavam. Em várias oportunidades, os registros chegaram a ser feitos em deslocamento.

Para o projeto *Estilo de vida ativo versus sedentarismo: efeitos de um programa de promoção de atividade física na cultura corporal urbana* de 2005/2006 foi elaborado um questionário com seis perguntas relacionadas ao significado, ao tipo de prática realizada, à rotina diária, ao tipo de orientação, ao nível e às fontes de informação sobre atividade física e saúde.

A nossa referência principal foi o questionário semiestruturado usado pelo Instituto Datafolha, por encomenda do Serviço Social do Comércio de São Paulo, em pesquisa publicada no livro *Escolhas sobre o corpo: valores e práticas físicas em tempo de mudanças* (SESC, 2003). O objetivo do SESC com esse trabalho era o de “traçar um mapa não apenas das atividades praticadas pelos paulistas, como também das motivações e dos comportamentos relacionados a elas.” (SESC, 2003, p. 20).

Consideramos o modelo do questionário do Instituto Datafolha mais ajustado aos propósitos da nossa pesquisa do que, por exemplo, o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ)⁸, instrumento universal proposto pela OMS para estabelecer estimativas mais “confiáveis” sobre a incidência do sedentarismo em diferentes regiões do mundo (PARDINI, et al. 2001), pois nossa intenção não era fazer levantamentos sobre os níveis de atividade física de uma dada população, e sim mapear os significados atribuídos às práticas pela população. Montamos o instrumento adaptando as três primeiras questões elaboradas pelo Datafolha: primeira idéia sobre atividade física, costumes em relação à atividade física e tarefas desenvolvidas na rotina diária (SESC, 2003), e acrescentamos mais três: conhecimento sobre os benefícios da atividade física à saúde, como chegaram às informações que possuem e quais as fontes consideradas mais confiáveis.

2.1 Questionário – pontos em destaque

Neste primeiro projeto, foram entrevistados 100 caminhantes: 68 mulheres com idades que variam dos 18 aos 80 anos e 32 homens entre 21 e 80 anos. Entre as mulheres, o maior número de respondentes se concentra na faixa dos 51 e 60 anos, sendo 19 ao todo. Entre os homens o maior número

⁸ Maiores informações sobre o IPAQ estão disponíveis em: <<http://www.ipaq.ki.se/>> Acesso em 17 out. 2004.

está concentrado na faixa dos 41 a 50 anos, sendo oito respondentes; seguido dos que se encontram na faixa entre 21 e 30 anos, sete respondentes. No conjunto de homens e mulheres, 55% dos entrevistados possuem idades entre 18 e 50 anos, e 45% estão entre os 51 e 70 anos de idade.

Entre as seis questões do questionário, destacaremos quatro. Através delas, foi possível visualizar o que aqui chamamos de medicalização das práticas corporais. Apenas a título de ilustração, esquematizamos as respostas (mais frequentes) fornecidas pelos colaboradores da seguinte forma:

QUESTÃO 1

Quando se fala em atividade física, qual a primeira idéia que lhe vem à cabeça?

Resposta	Frequência
Caminhada	37
Manter saúde	37
Corpo não pode parar, corpo em movimento	5
Musculação, desenvolver músculo, malhação	5
Emagrecer, perder barriga	3
Por causa da pressão, trabalho sobre órgãos	3

QUESTÃO 3

A prática de atividade física traz benefícios à saúde? Em caso afirmativo, quais?

Resposta	Frequência
Sim	100

QUESTÃO 4

De que modo você chegou às informações que já possui sobre atividade física e saúde?

Resposta	Frequência
Médico	37
Experiência própria (trabalha na saúde, preparador físico, estudante, enfermeira, militar)	35
Televisão	34
Mídia, Meios de comunicação	13
Escola (Educação Física)	10

QUESTÃO 5

Quais são as fontes de informação sobre atividade física e saúde que você considera mais confiáveis?

Resposta	Frequência
Médico	44
Professor de Efi, acadêmicos de Efi, personal	27
Televisão	22
Profissional da área (saúde):	6
Jornal	6
Revistas	6
Livros	6

Quando questionados sobre a primeira ideia que lhes vem à cabeça ao se falar de atividade física, as respostas mais frequentes eram “manter a saúde” e “realizar caminhadas”. Elas, a princípio, parecem um tanto óbvias para um público direta ou indiretamente envolvido com um programa de orientação de caminhadas, mas é justamente essa obviedade que nos permite visualizar o quão arraigada estão as recomendações difundidas pelos programas de atividade física quanto à forma (atividade física moderada) e à intencionalidade (manutenção da saúde).

No que se refere à aquisição de informações e à confiabilidade nas fontes (questões 4 e 5), o médico foi a figura invocada o maior número de vezes para legitimar o elo entre atividade física e saúde, pois é na palavra do médico que se pode confiar quando se trata de saúde, independentemente do tema específico a ela associado.

Chama a atenção o fato de que, mesmo em um ambiente onde estavam presentes professores de Educação Física vinculados ao programa “Lazer e Saúde”, o professor de Educação Física foi o menos citado (e somente quando relacionado à escola) como responsável pelo fornecimento de informações sobre atividade física e saúde. Contudo, a figura do profissional de Educação Física (professores, personal trainer, estagiários) foi citada como fonte de informação confiável logo abaixo do médico.

É interessante notar os diferentes índices de citação relacionadas à Educação Física nas questões 4 e 5. Apesar de não ser citado como “provedor” de informação, é considerada uma fonte confiável. Provavelmente o fato de as perguntas estarem sendo feitas por professores e por estudantes de Educação Física e haver no parque os professores do programa, interferiu nas respostas. Mesmo assim, fica evidente que o professor só é uma figura

confiável, porque está inscrito na mesma ordem discursiva que o médico, mas em uma posição subordinada no processo de “medicalização da sociedade”⁹.

A potência da televisão e de outros meios de comunicação também precisa ser destacada. Tão inquestionável quanto à associação entre atividade física e saúde parecem ser as mensagens veiculadas na mídia em geral. Parece que “se não fosse verdade, não apareceria na televisão”. Com frequência, a “potente e confiável figura social do médico” é utilizada pela mídia para reforçar o crédito das informações que transmite.

A reincidência da ênfase “porque o médico mandou” na decisão de começar a caminhar, conduziu-nos a uma sequência do projeto de investigação para aprofundar a reflexão sobre o processo de medicalização de práticas corporais. Percebemos que o questionário, apesar de permitir o acesso a um número maior de colaboradores, para o intuito de nossa pesquisa, mostrou-se um instrumento pontual e limitado. No transcorrer das análises dos questionários, muitas dúvidas surgiram (Será que haviam entendido as questões? Será que não mudariam as respostas se tivessem mais tempo para pensar na pergunta? Será que foi anotado o que deveria?), assim como sentimos que era necessário interpretar os silêncios e as respostas que não foram dadas. Isso nos levou a optar pela entrevista gravada para continuar as investigações no Parque Humaitá no projeto de 2007/2008.

A análise do material produzido no campo levou-nos a alterar o foco das questões para dar conta de algo que começava a destacar-se: o *processo de medicalização das práticas corporais*¹⁰, que viria a tornar-se um dos eixos investigativo do projeto *Políticas de Promoção da Saúde na Gestão do Lazer em Porto Alegre* (2007/2008). Em função disso, estruturamos o instrumento para a realização de entrevistas semiestruturadas a partir de roteiro baseado em questões sobre o significado de sedentarismo; capacidade de identificação de uma pessoa sedentária, pessoas sedentárias conhecidas, crenças sobre o estilo de vida sedentário, aquisição de informação e confiabilidades nas fontes.

⁹ “Grosso modo, a medicalização é um processo de expansão progressiva do campo de intervenção da Biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos” (TESSER, 2006, p. 348). De acordo com Barros (2008), Ivan Llich foi um dos pioneiros na utilização desse termo para descrever a invasão da Medicina e seu aparato tecnológico na vida cotidiana.

¹⁰ Recentemente têm surgido alguns trabalhos no campo da saúde que procuram analisar o processo de medicalização em pontos específicos do tecido social. Por exemplo, medicalização do corpo feminino (COSTA et al., 2006), medicalização do sofrimento psíquico (GUARIDO, 2007), medicalização do crime (REBELO, F.; CAPONI, S, 2007), medicalização da beleza (POLI NETO; CAPONI, 2007). É dentro desse mesmo espírito analítico, e em parte apoiado nestes autores, que tratamos de entender a centralidade do sedentarismo no processo de medicalização das práticas corporais.

Apesar de ainda nos valermos do questionário como instrumento principal de captação dos significados junto aos caminhantes do Parque Humaitá, sentimos a necessidade de mudarmos os procedimentos de abordagem. Já havíamos percebido que não seria uma boa alternativa continuar “atrapalhando” as pessoas durante a caminhada, por isso decidimos montar um espaço para realizarmos as entrevistas gravadas bem ao lado do quiosque onde ficavam os professores do programa Lazer e Saúde, junto à pista de caminhada. A composição do grupo de entrevistados foi intermediada pelos professores do Lazer e Saúde, que nos encaminhavam as pessoas quando elas paravam para fazer as verificações da frequência cardíaca, pressão arterial e receber orientações. Foram entrevistadas 20 pessoas que faziam caminhadas orientadas no Parque Humaitá no período de maio a novembro. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

3 O SEDENTARISMO E A MEDICALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS CORPORAIS

Os achados do projeto 2005-2006, principalmente a verificação de sentidos atribuídos à caminhada a partir da figura médica, conduziram-nos a um redirecionamento da investigação. Resolvemos, então, abordar o discurso não mais a partir da atividade física, mas das significações acerca do comportamento combatido por ele: o sedentarismo. Tomamos a reincidência da figura do médico como um reflexo da patologização do ócio, do não movimento, que acaba, por consequência, atribuindo outros significados às práticas corporais e modificando a cultura corporal de movimento.

A grande maioria das respostas dadas pelos colaboradores está baseada naquilo que vem sendo associado como os “verdadeiros” benefícios da atividade física e saúde por programas de promoção da vida ativa. Expressões, como diabetes, colesterol, pressão, circulação, dores nas costas, disposição para o trabalho, faz bem para cabeça, felicidade, bem-estar, qualidade de vida, agilidade intelectual etc., encontradas de forma recorrente no conjunto das respostas, demonstram, em uma análise mais genérica, correspondência com a idéia de que atividade física funciona como uma espécie de “panacéia”, um remédio para todos os males¹¹.

De modo geral, a medicalização das práticas corporais pode ser entendida como um dos efeitos do movimento político-sanitário mundial em favor da promoção da saúde (BUSS, 2003, FRAGA, 2006), que, apesar de ser um movimento centrado no princípio da *desmedicalização* do cuidado em saúde, paradoxalmente vem contribuindo com o processo de *medicalização* da

¹¹ Evocar a imagem de um remédio para reforçar a ideia de que a atividade física é o meio mais eficaz de prevenir doenças não é exatamente uma novidade, exercícios ginásticos já eram “receitados” em meados do século XIX “para curar os homens de sua letargia, indolência, preguiça, imoralidade.” (SOARES, 2001, p. 6).

sociedade como um todo (SANTOS, 2002). Um processo que se evidencia na responsabilização cada vez maior dos sujeitos pela sua própria saúde através da disseminação de comportamentos a ser evitados: comer mal, não praticar exercícios físicos, não dormir, expor-se ao sol, fumar entre outras tantas interdições prescritas por uma ordem médica que, em nome da longevidade, “caldaveriza a vida” (FOUCAULT, 2001, p. 190).

Nas entrevistas realizadas entre 2007-2008, a maioria dos colaboradores associa sedentarismo com “falta de atividade física” ou com “aqueles que não praticam nenhuma espécie de exercício”. As entrevistas, no entanto, permitiram uma maior imersão nas elaborações feitas por eles em torno do sedentarismo¹². Uma primeira análise é o traço dicotômico entre sedentarismo e atividade física. Tal dicotomia se estende aos significados constituídos em torno daqueles que realizam atividade física e daqueles que não o fazem. Dando eco ao processo de (des)medicalização que dita os padrões corretos de alimentação, sono, etc. e, em especial, ao discurso da vida ativa, percebemos que os entrevistados retratam os sedentários como figuras prejudiciais ao bem-estar individual e os não sedentários como figuras positivas. Um traço moral, elaborado em torno da “certeza” de que a atividade física faz sempre bem à saúde.

A figura do sedentário parece ocupar um lugar de fiel depositário, catalisador de tudo aquilo que é ruim, “errado” e “patológico”. Tais traços são perceptíveis nas descrições dos colaboradores, especialmente quando eles foram solicitados a responder se conheciam algum sedentário:

[...] inclusive eu tenho sim, na própria família existe pessoa sedentária, parente minha, né, existe. Ela de forma ou de outra ela não pratica nenhuma, nenhum exercício, é fumante, quer dizer, aquela rotina, demais dentro de casa, às vezes deitada, televisão e aquela coisa toda eu acho que faz parte do sedentarismo, não sei (Entrevistado 3).

O entrevistado associa sedentarismo não apenas à (falta de) exercício físico, mas também à prática de fumar. Outro entrevistado associa sedentarismo à obesidade e, quando questionado se é capaz de identificar uma pessoa

¹² Mas assim como algumas pessoas responderam associando sedentarismo à preguiça, à depressão e à falta de atividades, também tivemos pessoas que não conseguiram elaborar nenhuma resposta sobre o que significa sedentarismo. Como o Entrevistado 15 que, por não conhecer a palavra e por trabalhar como motorista confundiu sedentarismo com “assidentarismo” no sentido de acidente. Ao iniciar a entrevista e perceber que ele se referia a “assidentarismo”, no lugar de sedentarismo, a dicção do termo foi reforçada e percebeu-se que ele realmente não conhecia a palavra. Por analogia, pensou em algo do seu contexto de vida e, assim, saiu “assidentarismo”, relacionando-o com acidente de trânsito.

sedentária, diz: “Ah pelo grau de gordura no corpo, a barriguinha” (Entrevistado 17). De forma semelhante comenta outro entrevistado:

Porque eu não consigo ficar sem caminhar, eu não consigo, a minha pressão é 10 por 7. Com 59 anos não tomo medicação. Inclusive essa minha irmã que te falei a pressão dela é sempre 18, 19, ela é obesa, ela não se movimenta, é uma pessoa que não se movimenta (Entrevistado 8).

A atividade física como um medicamento “tomado” em substituição ao remédio da pressão é uma das formas de entender-se o sedentarismo como elemento central no processo de medicalização das práticas corporais. Contudo o ele não está associado, apenas, a aspectos anatomofisiológicos. Os nossos colaboradores os relacionam à preguiça e ao estado de humor, como se percebe nos trechos a seguir:

Aquela pessoa que não faz nada, só come e dorme, olha TV, só isso!! (Entrevistado 1)

[...] uma pessoa estressada, entendeu, uma pessoa sem atividade física, por que eu acho que isso faz parte da vida da pessoa, né, tu tem que ter uma atividade física, ou que seja uma caminhada seja qualquer coisa que te movimente, tu não pode ficar uma pessoa parada, né. [...] Ah, uma pessoa sedentária pra mim, pra mim na minha forma de eu pensar é aquela pessoa desanimada, que tá sempre cansada, aquela pessoa assim que tá sempre de mal com a vida, porque as que eu conheço são assim, entendeu, são pessoas que não fazem, não praticam nenhum exercício físico (Entrevistado 8).

[De onde você tirou as informações sobre sedentarismo?] Foi desde o momento que comecei a entrar em depressão, que eu comecei a ficar muito gorda, eu comecei a ficar muito triste comigo mesma e um dia pensei o que que eu posso fazer, eu mesmo. (Entrevistado 8).

O sedentarismo é atrelado à preguiça, à falta de vontade para caminhar, a ficar em casa, a não trabalhar. Os relatos demonstram ênfase na idéia de que ser sedentário é ficar trancado em casa assistindo à televisão. Como o relato a seguir sobre uma pessoa conhecida considerada sedentária pelo entrevistado:

Eu acho que pela, pela, pela, preguiça de caminhar, uns são pela preguiça de sair, às vezes o comportamento psi-

cológico também é importante, tem pessoas que se trançam em casa, uma coisa assim, não tem alegria de sair pra caminhar (Entrevistado 11).

É associada, também, a forma de relacionar-se e comunicar-se:

sedentária é uma pessoa mais parada, mais, até pra se comunicar, sabe assim tudo, pra se movimentar, né, é bem diferente de uma pessoa que tem uma atividade né, quem tem atividade é mais rápida, mais elétrica, né, é o que eu observo nas pessoas” (Entrevistado 1).

O fato de estarmos entrevistando pessoas que fazem caminhadas no parque pode favorecer o entendimento de que ser sedentário é aquela pessoa que não faz caminhada. Algumas falas se reportam a caminhada como um exemplo antisedentarismo, e por isso as pessoas sedentárias deveriam seguir o exemplo, mexer-se e caminhar. Quando questionados se conhecem algum sedentário, afirmam:

[...] ela é uma pessoa que prefere ficar deitada, “aaahhh, mas caminhar é ruim”, “aaahhh, mas eu não gosto”, fazer exercício físico, sair, se movimentar, nada ela, entende? (Entrevistado 8).

Conheço, tem em casa até, acho que meu filho é um sedentário, não caminha, mesmo, né. (Entrevistado 11).

A maioria dos entrevistados reconhece que é possível deixar de ser sedentário, basta ter boa vontade e motivação para isso. Boa vontade de dizer a si mesmo:

hoje eu vou começar meu dia diferente, vou sair de casa, e vou fazer uma boa de uma caminhada, nem que seja uma caminhada de passeio num parque, respirar um ar diferente” (Entrevistado 1).

Ou então,

bom, a partir de hoje eu vou deixar de ser uma pessoa sedentária, vou começar a praticar esporte, né, deixar de fumar, deixar de tá muito tempo deitada, olhando televisão durante muitas e muitas horas (Entrevistado 3).

Os entrevistados concordam que as pessoas sedentárias precisam mudar seu estilo de vida para evitar doenças, principalmente, aquelas que se adquire com o passar dos anos,

talvez quando a pessoa é moço pode ser sedentário e não ter notado que a atividade física faz falta (Entrevistado 11).

Afirmações desse tipo estão presentes na maioria das falas. Nossos colaboradores parecem impregnados pela crença de que o sedentarismo é um mal nem sempre visível que está sempre à espreita e a prática de caminhadas, ou qualquer outra atividade física, como uma forma de evitar essa ameaça à saúde (FRAGA, 2006).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de o sedentarismo estar intimamente associado à falta de alguma atividade física, as pessoas entrevistadas referem-se ao “sedentário” como alguém que, além de não fazer exercícios, é depressivo, tabagista, possui maus hábitos alimentares, está acima do peso, é mal-humorado, não se relaciona socialmente, assiste à televisão em demasia, etc. Ele representa um “pacote” de comportamentos considerados negativos sob o ponto de vista dos saberes médicos que destoam dos preceitos do bem-viver.

Nas falas dos caminhantes do Parque Humaitá, o sedentarismo ganha contornos pejorativos, é um mal que nos espreita, um estilo de vida “daniño” que pode evitado ou alterado com boa vontade. Para deixar de ser sedentário, na opinião de nossos colaboradores, basta seguir as orientações disponíveis sobre os benefícios de uma vida fisicamente ativa e empenhar-se para mudar o estilo de vida, movimentando-se mais, saindo de casa, conversando com as pessoas, enfim, relacionando-se de modo mais ativo com a sociedade.

Tal simplificação é uma das tantas formas de mostrar que o sedentário não é apenas aquele sujeito fisicamente descuidado, é também um sujeito moralmente decadente, um errante que dá sentido positivo aos preceitos da vida ativa, um elemento central no processo de medicalização das práticas corporais.

REFERÊNCIAS

BARROS, José Augusto C. Nuevas tendencias de la medicalización. *Ciência saúde coletiva*, v.13, p.579-587, abr. 2008.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003 p. 15-38.

CENTRO DE ESTUDOS DO LABORATÓRIO DE APTIDÃO FÍSICA DE SÃO CAETANO DO SUL. *Isto é Agita São Paulo*. São Caetano do Sul: CELAFISCS/Governo do Estado de São Paulo, 2002b.

_____. *Atividade física e a saúde da mulher: mulher ativa, mulher sadia*. São Caetano do Sul: CELAFISCS, 2002a. Disponível em: <<http://www.agitasp.com.br/mulher.asp>> Acesso em: 27 fev. 2002.

COSTA, T. et al. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Butucatu, SP, v.10, n.20, p.363-80, jul. dez. 2006.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr. 2007.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

FRAGA, Alex Branco. *Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa*. Campinas: Autores Associados, 2006.

FRAGA, Alex Branco et al. Significados de atividade física e saúde em caminantes: das camadas metodológicas à construção de uma agenda analítica. In: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe. *Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

HASKELL, L.M. et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the ACSM and the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association*, 2007. Disponível em: <<http://>

circ.ahajournals.org/cgi/reprint/CIRCULATIONAHA.107.185649> Acesso em 16 fev. 2009.

IGNÁCIO, V.; NARDI, H. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. *Psicologia & Sociedade*, v.19, n.3, p.88-95, 2007.

LOVISOLO, Hugo R. *Atividade física, educação e saúde*. Rio de Janeiro: Sprint, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Move for Health: World Health Day 2002 Report*. Genebra: WHO, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/physactiv/docs/whd_2002_report.pdf> Acesso em 5 jul. 2004b.

_____. *Annual Global Move for Health Day Initiative*. Genebra: WHO, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/physactiv/mfh.day.shtml>> Acesso em 5 jul. 2004a.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília: OPAS/OMS, 2003. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d_cronic.pdf> Acesso em 28 ago. 2003.

PARDINI, Renato et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ – versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, v. 9, n. 3, p. 45-51, jul. 2001.

PATE, Russel et al. Physical Activity and Public Health: A Recommendation from Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*, v.273, n.5, p.402-407, 1995.

PORTO ALEGRE. PREFEITURA. *Observatório da Cidade de Porto Alegre*. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/>> Acesso em 10 jul. 2006a.

_____. *Programa Lazer e Saúde*. Secretaria Municipal de Esporte, Recreação e Lazer. Disponível em: <<http://www.portoalegre.rs.gov.br/sme>> Acesso em 8 jul. 2006.

_____. *Programa Lazer e Saúde*. Secretaria Municipal de Esporte, Recreação e Lazer. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sme>> Acesso em 17 mar. 2009.

POLINETO, P.; CAPONI, S.N.C. A medicalização da beleza. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v.11, n.23, p.569-84, set/dez 2007.

REBELO, F.; CAPONI, S. A medicalização do crime: a Penitenciária de Florianópolis como espaço de saber e poder (1933-1945). *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v.11, n.22, p.193-206, maio/ago 2007.

SANTOS, Luis Henrique Sacchi dos. *Biopolíticas de HIV/AIDS no Brasil: uma análise dos anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção (1986-2000)*. Porto Alegre: UFRGS, 2002. Tese (Doutorado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO. *Escolhas sobre o corpo: valores e práticas físicas em tempo de mudança*. São Paulo: SESC, 2003.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, SP, v. 10, n. 20, p. 347-362, 2006.