

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM EDUCAÇÃO
FÍSICA

MICHEL BINDA BECCALLI

MAIS QUE ATIVIDADE FÍSICA: OS USOS E ENTENDIMENTOS DA SAÚDE
ENTRE USUÁRIOS DO SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO AO EXERCÍCIO DA
PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

VITÓRIA

2012

MICHEL BINDA BECCALLI

**MAIS QUE ATIVIDADE FÍSICA: OS USOS E ENTENDIMENTOS DA SAÚDE
ENTRE USUÁRIOS DO SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO AO EXERCÍCIO DA
PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física do Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Física, na área de concentração Educação Física, Movimento Corporal Humano e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ivan Marcelo Gomes.

VITÓRIA

2012

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Beccalli, Michel Binda, 1989-
B388m Mais que atividade física : os usos e entendimentos da saúde
entre usuários do Serviço de Orientação ao Exercício da
Prefeitura Municipal de Vitória / Michel Binda Beccalli. – 2012.
112 f. : il.

Orientador: Ivan Marcelo Gomes.
Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Educação Física e
Desportos.

1. Exercícios físicos - Aspectos da saúde. 2. Saúde. I.
Gomes, Ivan Marcelo. II. Universidade Federal do Espírito Santo.
Centro de Educação Física e Desportos. III. Título.

CDU: 796

MICHEL BINDA BECCALLI

**MAIS QUE ATIVIDADE FÍSICA: OS USOS E ENTENDIMENTOS DA SAÚDE
ENTRE USUÁRIOS DO SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO AO EXERCÍCIO DA
PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física do Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Física, na área de concentração Educação Física, Movimento Corporal Humano e Saúde.

Aprovada em 24 de abril de 2012.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Ivan Marcelo Gomes
Universidade Federal do Espírito Santo
CEFD-UFES
Orientador

Prof. Dr. Valter Bracht
Universidade Federal do Espírito Santo
CEFD-UFES

Profa. Dra. Yara Maria de Carvalho
Universidade de São Paulo
EEFE-USP

VITÓRIA

2012

As ideias que defendo aqui não são
tanto ideias que possuo, mas
sobretudo ideias que me possuem.

Edgar Morin

Aos colegas de Ensino Fundamental e Médio que me “escolhiam por último” para compor o time de futebol e me colocavam na posição de goleiro por “cobrir mais a trave”, tendo como respaldo argumentos relacionados à obesidade vivenciada na época. Dedico, ainda, aos professores do referido período que reforçavam a mensagem (nem sempre silenciosa) implícita nessas atitudes.

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, por ter me guiado, orientado e protegido por intermédio dos espíritos de luz que comigo estiveram e que comigo permanecerão.

Aos meus pais, Regina Lucia Binda e José Alberto Beccalli, por todo o esforço que desempenharam para me auxiliar durante todo o processo, dentro de suas possibilidades.

A meu orientador, Ivan Marcelo Gomes, por todas as contribuições, os ricos debates, os “puxões de orelha” e, sobretudo, pelo auxílio durante o período de “turbulência” vivenciado.

Aos amigos e amigas do Serviço de Orientação ao Exercício da Prefeitura Municipal de Vitória-ES, pelo acolhimento e por todos os momentos de aprendizado e crescimento profissional e pessoal vivenciados no decorrer do processo de investigação e, sobretudo, por tornarem minha estadia em Vitória mais agradável.

Àqueles que trabalham nos prontos-socorros de Vitória-ES e Santa Teresa-ES que me acolheram e, dada a frequência de minhas “visitas”, em alguma medida, tornaram-se amigos.

Aos amigos e amigas do LESEF e, dentre eles, especialmente Karen Calegari dos Santos e Rosely Maria da Silva Pires, pela paciência e amparo nos momentos de desespero.

A todos os professores e colegas de turma, tanto da formação inicial quanto da continuada, que possibilitaram o crescimento e enriquecimento do meu trabalho e, sobretudo, da minha vida. Embora não tenha condições de citar todos(as) que me auxiliaram, deixo um agradecimento especial a Ana Gabriela Medeiros, que se tornou uma grande amiga; e Andreia Silva, por estar sempre presente.

Aos alunos e alunas que me proporcionaram a (re)descoberta da minha capacidade de ação para enfrentar os desafios encontrados em meu caminho e, fundamentalmente, no “*sprint* final”.

A você que, embora não tenha sido citado(a), me auxiliou durante o mestrado, seja de maneira direta ou indireta.

RESUMO

Esse estudo trata das representações dos usuários do Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV) sobre atividade física e saúde, na tentativa de buscar elementos para a compreensão de como os indivíduos lidam com as informações que recebem, via serviço, sobre essas temáticas. Nosso objetivo central foi verificar o imaginário dos usuários do SOE da PMV sobre atividade física e saúde e, a partir dele, buscamos verificar, por intermédio das diretrizes que norteiam o trabalho desenvolvido no SOE, qual o discurso legitimador do serviço. Além disso, buscamos compreender como os indivíduos lidam com as informações que recebem sobre atividade física e saúde, via SOE. Nossas análises têm como referência prioritária os dados produzidos através das entrevistas realizadas com os usuários do SOE, mas utilizamos, de maneira complementar, dados produzidos através das observações, bem como da experiência enquanto usuário do serviço, para compreender as representações dos usuários sobre atividade física e saúde. Percebe-se que as informações são centrais no contexto do SOE, desde o discurso que sustenta a intervenção do serviço até o cotidiano deste. Embora, por um lado, esse movimento possa ser interpretado como certa tentativa de controle sobre a vida, por outro, é possível perceber que o processo de circulação dessas informações gera, para além do efeito que se espera – nesse caso, que as pessoas se engajem em atividades físicas regulares, via orientação especializada, por intermédio do SOE – outras possibilidades que não se encontram, necessariamente, circunscritas nas justificativas e objetivos do serviço. Em se tratando dessas possibilidades, destacamos a produção de encontros que, em alguns casos, constitui-se enquanto elemento mobilizador dos indivíduos e, sobretudo, enquanto elemento de produção de saúde. Embora o discurso do estilo de vida ativo manifeste-se com significativa expressividade nas falas dos sujeitos que frequentam o SOE, é possível identificar alguns tensionamentos.

Palavras-chave: exercícios físicos; aspectos da saúde; saúde

ABSTRACT

This research deals with the representations of users from Prefeitura Municipal de Vitória's Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) about physical activity and health in an attempt to find elements for understanding how individuals deal with the information they've been in contact, via SOE, on these issues. Our main objective was to verify how SOE's users conceive physical activity and health. Also, we tried to verify, through SOE's guidelines, its legitimizing's discourse. In addition, we seek to understand how individuals deal with the information they've been in contact with about physical activity and health, through SOE. Our analyzes are mostly referenced at data generated through interviews with SOE's users but, in order to complement the analyzes, we also have used observations' generated data, as well as elements from the experience of being a services's user, in order to understand the users' representations of physical activity and health. Information is essential in SOE's context, from its intervention's supportive's discourse to its daily intervention. While in one hand, this movement can be interpreted as an certain attempt to life on the other, you can see that the process of information's circulation generates, in addition to the expected effect - in this case, that people get engaged in regular physical activity, via expert guidance through SOE - other possibilities that are not necessarily circumscribe the justifications and objectives of the service. About these possibilities, we highlight encounters' production that, sometimes, is a mobilizing factor for individuals and also an element of health production. Although the discourse of active lifestyle manifests with significant expression in individuals' speeches, it is possible to identify some tensions.

Keywords: physical exercises; health aspects; health

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Localização dos Módulos do SOE.....	24
Figura 2 – Localização dos Bairros de Vitória	33
Figura 3 – Região Administrativa III	34
Figura 4 – Praça.....	35
Figura 5 – Quadra e arquibancada.....	36
Figura 6 – Estrutura do Módulo Bairro de Lourdes.....	37
Figura 7 – Decks	37
Figura 8 – Pista de bocha.....	38
Figura 9 – Parque de areia.....	38
Figura 10 – Recorte 1 de material de divulgação do SOE	68
Figura 11 – Recorte 2 de material de divulgação do SOE	70
Figura 12 – Recorte 3 de material de divulgação do SOE	74
Figura 13 – Recortes 4 e 5 de material de divulgação do SOE.....	77
Figura 14 – Recorte 6 de material de divulgação do SOE	79
Figura 15 – Recorte 7 de material de divulgação do SOE	83
Figura 16 – Recorte 8 de material de divulgação do SOE	83
Figura 17 – Recorte 9 de material de divulgação do SOE	84
Figura 18 – Recorte 10 de material de divulgação do SOE	94
Figura 19 – Recorte 11 de material de divulgação do SOE	94
Figura 20 – Recorte 12 de material de divulgação do SOE	95

SUMÁRIO

Apresentação	9
1. Serviço de Orientação ao Exercício: características e aspectos históricos	19
1.1 Os módulos do SOE	28
1.2 O módulo do Bairro de Lourdes	32
2. Atividade física, saúde e risco: o indivíduo em foco	42
2.1 Saúde enquanto capacidade de ação	42
2.2 O paradoxo do risco	50
2.3 Atividade física e saúde: o mercado da informação	60
3. Relação atividade física-saúde e SOE: ressignificando conceitos, atividades, locais	65
3.1 O acesso ao serviço: o indivíduo mobilizado	65
3.2 Atividade física e saúde: um olhar sobre si e sobre o outro	73
3.3 O SOE enquanto espaço(s)	85
3.4 Busca por aconselhamento	93
4. Considerações	102
Referências	106
Apêndices	

Apresentação

Esse estudo trata das representações dos usuários do Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV) sobre atividade física e saúde, na tentativa de buscar elementos para a compreensão de como os indivíduos lidam com as informações que recebem, via serviço, sobre essas temáticas.

Bauman (2001) defende a ideia de que vivemos em uma sociedade de consumo marcada, sobretudo, pelo excesso de ofertas, onde o indivíduo necessita “mover-se”. Essa mobilidade relaciona-se fundamentalmente a seu poder de consumir as ofertas que lhe estão disponíveis, sob as mais diversas formas. Dentre elas, é possível falar sobre um mercado da vida (ativa) (FRAGA, 2006a), marcado principalmente pela oferta de informação.

No campo da Educação Física, na atualidade, o axioma “atividade física é saúde” é fortemente presente, de modo a ter o fomento do chamado estilo de vida ativo como um de seus objetivos fundamentais. Esse incentivo ocorre principalmente por intermédio da disseminação de informações sobre os benefícios “intrínsecos” à prática regular de atividade física. Atrelado a esse movimento de circulação de informações nota-se, de maneira implícita ou explícita, um dever ser, na medida em que foca a capacidade racional do indivíduo na condução de sua própria vida, a partir do contato com as informações (corretas) que recebe. Ou seja, o indivíduo é demandado a tomar as decisões (corretas e racionais), tendo como base as informações que recebe sem que, necessariamente, outros fatores intervenientes nessas decisões sejam levados em consideração ou sejam, no mínimo, secundarizados.

Nesse sentido, a informação assume centralidade na medida em que constitui-se enquanto estratégia de controle (sobre a vida). Há forte apelo às ações individuais no combate às chamadas condutas de risco. Todavia, esse discurso centrado no indivíduo e com fortes traços biologicistas, de certa forma, simplifica e reduz o processo saúde-doença ao controle de variáveis individuais, desconsiderando ou, no mínimo, secundarizando outras influências possíveis nas tomadas de decisões dos indivíduos como, por exemplo, condições socioeconômicas.

Num contexto (moderno) de incertezas e ofertas, sobretudo de informações, os indivíduos buscam respaldo que legitimem suas ações, no sentido de garantir-lhes, ainda que de maneira “incerta”, alguma segurança em suas ações. Para tal, os especialistas são consultados. O indivíduo possui acesso a informações e especialistas diversos, transitando entre eles. Nesse sentido, nos questionamos: como os indivíduos lidam com as informações que recebem sobre atividade física e saúde?

A partir desse e de outros questionamentos, salientamos que nosso interesse em realizar esse estudo no SOE surgiu através da constatação de sua presença no município de Vitória, vinculado à SEMUS, atuando efetivamente desde 1990. Por se tratar de um serviço anterior à estratégia de Saúde da Família, o SOE foi o responsável, no município, pela inserção do profissional de educação física no âmbito do serviço público de saúde, constituindo-se enquanto *lócus* privilegiado para refletirmos sobre a relação atividade física e saúde.

Seguindo a mesma metodologia utilizada pelo VIGITEL¹, foi realizada pelo Ministério da Saúde uma avaliação² do SOE, tendo como foco o conhecimento e participação do programa a partir de inquérito telefônico, no ano de 2009. A amostra do estudo foi composta por 2.023 indivíduos que residem em bairros que possuem módulos do SOE. A pesquisa constatou que 71% da população desconhece o SOE e apenas 15,1% já participaram ou conhecem alguém que participou do serviço e dentre os que participaram, 51,1% o fizeram em módulos fixos.

O SOE foi avaliado positivamente pelos indivíduos que participam/participaram das atividades oferecidas e os principais pontos ressaltados como de alta qualidade são as atividades (83,3%) e os profissionais (95,3%). A que se deve a avaliação positiva da população em relação ao serviço? Questões como esta e diversas outras alimentaram nosso interesse em conhecer o SOE, bem como

¹ O VIGITEL elenca como fatores de risco a serem investigados: tabagismo; excesso de peso e obesidade; dieta; consumo de bebidas alcoólicas; atividade física; estado de saúde ruim; e morbidade referida. A partir de 2007, foi incorporada a prevenção de câncer e, específica e exclusivamente em 2009, também foi avaliada a saúde bucal.

² A avaliação foi feita tomando como base parâmetros estabelecidos pela American College of Sports Medicine (ACSM) que, no Brasil, são subsidiadas, principalmente, pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS).

a circulação de informações no serviço, tendo como foco as (re)apropriações de seus usuários.

Isso posto, este trabalho foi estruturado em três capítulos, dispostos da seguinte forma: (I) Serviço de Orientação ao Exercício: elaboração e características; (II) Atividade física, saúde e risco: o indivíduo em foco; e (III) Relação atividade física-saúde e SOE: ressignificando conceitos, atividades e locais.

O Capítulo I destina-se a descrever algumas características e aspectos históricos do SOE, como forma de aproximação/inserção do contexto. Para tal, resgataremos alguns aspectos de sua constituição, a partir do *corpus* documental selecionado. Prosseguiremos com uma descrição do serviço, de maneira geral, enfatizando o trabalho dos módulos do SOE, culminando no módulo que se constitui enquanto *lócus* de pesquisa. Nesse capítulo, utilizamos mapas e fotos, na tentativa de estimular a aproximação do leitor com o serviço e o módulo apresentado.

O Capítulo II trata de uma problematização de conceitos centrais para a compreensão das representações dos sujeitos sobre atividade física e saúde, bem como a relação deles com o SOE. Ainda que haja diferenças teóricas, procuramos estabelecer diálogo com autores diversos, na tentativa de compreender questões centrais em nosso estudo.

Inicialmente, abordaremos o conceito de saúde, tratando-a enquanto capacidade de ação do indivíduo, relacionando-se à percepção deste sobre si e sobre o meio onde se insere. Prosseguiremos com elementos que nos auxiliem na compreensão da (re)apropriação do discurso médico (científico) pelos sujeitos. Recorreremos a algumas reflexões sobre a categoria do risco, a qual é central no discurso hegemônico circulante sobre saúde, através das chamadas condutas de risco. Destacaremos, todavia, a característica reflexiva (paradoxal) da modernidade, que diz respeito à “gênese” e ao “combate” de determinados riscos. Na sequência, apresentaremos alguns elementos fundamentais para perceber como o indivíduo se move diante do risco, através do suporte dos especialistas (conselheiros). Por fim, recorreremos à informação e seus usos, no contexto da atividade física e saúde; na tentativa de (re)pensar a relação entre ambas.

O capítulo III consiste nas análises dos dados sobre o ambiente do módulo selecionado, enfocando quatro aspectos: (a) a busca pelo serviço; o(s) sentido(s) atribuído(s) (b) à atividade física e saúde bem como (c) ao SOE; e (d) a busca dos indivíduos por orientação, no que diz respeito à saúde.

Esses quatro aspectos foram elencados a partir da transcrição das entrevistas, tendo como base temas que dessem suporte às análises, a partir de sua recorrência nas falas dos sujeitos. As categorias foram estabelecidas da seguinte forma: (a) o acesso ao serviço: o indivíduo mobilizado; (b) atividade física e saúde: um olhar sobre si e sobre o outro; (c) o SOE enquanto espaço(s); e (d) busca por aconselhamento.

A primeira categoria diz respeito à aproximação dos sujeitos com o SOE, demonstrando as vias pelas quais eles tomaram conhecimento do serviço, bem como seus dispositivos mobilizadores, no sentido de engajarem-se no espaço oferecido pelo SOE. A segunda trata dos sentidos e (re)apropriações no que tange à atividade física e saúde. A terceira refere-se aos sentidos atribuídos ao SOE, bem como as (re)significações do espaço do serviço, ou seja, trata-se do SOE vivenciado pelos usuários. A quarta reúne elementos para compreender a busca por aconselhamento, no que diz respeito à saúde, a partir dos especialistas mais citados pelos indivíduos.

Isso posto, buscaremos, brevemente, demonstrar alguns aspectos do caminho percorrido para a construção/constituição do presente estudo. Antes de iniciar, todavia, é importante destacar que evidenciaremos, nesse momento, o processo ao invés de nos determos a caracterizar um enfoque metodológico previamente estabelecido, visto que “as normas metodológicas, quando confrontadas com a realidade do trabalho de campo e com a presença concreta e ativa do outro, tornam-se instáveis, precárias” (SCHMIDT, 2006, p. 15). Isso não significa que tais normas sejam dispensáveis. No entanto, compreendemos que, dadas as especificidades do estudo, esse tipo de abordagem foi o mais adequado.

Estratégias metodológicas

Para que o foco da pesquisa pudesse ser estabelecido, bem como para maior aproximação com o objeto de pesquisa, realizamos uma imersão no campo,

através de um dos módulos do serviço – localizado na Praça Altemar Dutra, Bairro de Lourdes – em novembro de 2010. Acreditávamos que a vivência no espaço do SOE poderia nos fornecer elementos para que pudéssemos refletir sobre questões relacionadas à atuação do profissional de educação física no âmbito do serviço público de saúde, no intuito de que alguma questão pudesse nos chamar a atenção.

Durante essa primeira aproximação, não nos identificamos enquanto pesquisador, buscando não interferir nesse processo em função de nossa formação acadêmica. Tal identificação ocorreu apenas após cerca de um mês de inserção/participação no serviço, e somente para os profissionais que nele atuam.

Permanecemos cerca de 9 meses em campo, desde a primeira aproximação até a finalização da produção de dados, o que possibilitou contato com professores que atuam no módulo do Bairro de Lourdes, bem como outros que pertencem aos demais módulos. Para além do contato com profissionais que desenvolvem as atividades nos módulos, foi possível estabelecer diálogo com o gestor do serviço, visto que algumas visitas foram feitas ao setor responsável, na SEMUS.

Esse tipo de estratégia nos permitiu não limitar a visão sobre o campo, no sentido não nos atermos exclusivamente a nosso olhar, na medida em que foi possível o diálogo sobre aspectos diversos do serviço, buscando compreendê-lo, do ponto de vista de suas características e de sua trajetória. Desse modo, parte dos dados pôde ser obtida, também, através do contato com profissionais que atuam no SOE.

Em um primeiro momento, este estudo visava a compreender as relações que se estabelecem entre as informações que circulam, por intermédio dos mais diversos meios, sobre atividade física e saúde. Para tal, acreditamos que seria necessário investigar sujeitos que estivessem em contato com essas informações com alguma regularidade e que pudessem compartilhar um mesmo local (SOE). Como lócus de pesquisa foram estabelecidos dois módulos do serviço situados em regiões de perfis socioeconômicos distintos. Nenhum dos módulos selecionados correspondia ao módulo onde o pesquisador se encontrava inserido, visto que a inserção, conforme destacado

anteriormente, deveu-se a uma tentativa de aproximação com o SOE, numa espécie de “aproximação-piloto” (que durou cerca de 1 mês).

Durante o amadurecimento do projeto de pesquisa em disciplina do Programa de Pós-Graduação em Educação Física, em diálogo estabelecido com outros pesquisadores, foi sugerido que permanecêssemos no módulo do Bairro de Lourdes, devido à prévia inserção, enquanto usuário do serviço, visto que a aproximação conseguida com os usuários do módulo poderia auxiliar na interpretação dos dados.

Acreditamos, dadas as relações estabelecidas com os usuários e profissionais, ser possível um olhar mais aprofundado no que diz respeito às nuances que compõem a complexa dinâmica que se estabelece no local, através das pessoas que nele se inserem. Ou seja, as relações construídas no módulo poderiam servir de suporte para qualificar o olhar sobre e através do campo, no sentido de contribuir com a inteligibilidade dos dados produzidos por outras vias que não somente entrevistas e visitas pontuais. Nesse sentido, nosso *locus* de investigação passou a ser exclusivamente o módulo do Bairro de Lourdes.

Por meio dessa abordagem, foi possível estabelecer um primeiro contato com informações que circulam no SOE sobre atividade física e saúde, através dos diálogos estabelecidos no módulo e, sobretudo, via panfletos de divulgação do serviço. Os panfletos ficam disponíveis aos usuários, que são incentivados a observarem as informações/recomendações neles contidas. Por se tratar de um material produzido pelo próprio SOE, reflete seus objetivos e, portanto, foi utilizado em nossas análises, como forma de ilustrar o discurso do serviço sobre atividade física e saúde, visto que é o material com o qual os usuários possuem contato direto.

Paralelamente, buscando maior familiarização com o discurso legitimador do SOE, bem como informações referentes ao histórico e características do serviço, recorreremos aos documentos oficiais do serviço – a saber: decreto municipal nº7092; lei municipal nº 3267/85; documento referente à organização

e funcionamento do SOE³ - bem como a seus funcionários. Cabe destacar que a investida na aproximação via documentos não objetivou remontar a trajetória histórica do SOE, mas serviu como forma de aproximação do lócus de pesquisa.

Isso posto, nosso objetivo central foi verificar as representações dos usuários do SOE da PMV sobre atividade física e saúde e, a partir dele, buscamos verificar, por intermédio das diretrizes que norteiam o trabalho desenvolvido no SOE, qual o discurso legitimador do serviço. Além disso, buscamos compreender como os indivíduos lidam com as informações que recebem sobre atividade física e saúde, via SOE.

Após cerca de três meses de inserção no módulo do serviço, a identificação enquanto pesquisador para os usuários ocorreu apenas em meados do mês de abril de 2011, seguida de convite para participação do estudo. A partir dessa identificação, foi possível perceber certo “afastamento” dos usuários em relação a nós, bem como receio em participar da pesquisa. Optamos, então, por permanecer um maior tempo em contato com os usuários para que o convite a participar da pesquisa, através de entrevistas, pudesse ser reforçado.

Dessa forma, em junho de 2011 o convite foi reforçado e as entrevistas semiestruturadas tiveram início em julho de 2011, contando com a participação de 11 sujeitos.

Sujeitos

Dos sujeitos entrevistados, 10 são do sexo feminino e 1 do sexo masculino. O único critério utilizado para a seleção dos sujeitos – além da manifestação de interesse em contribuir com o estudo – foi o vínculo com o SOE, enquanto usuário(a), por acreditarmos que, pelo fato de estarem vinculados ao serviço, contando com a orientação de professores de educação física nas atividades desenvolvidas, estão mais expostos a recomendações/informações envolvendo atividade física e saúde.

³ De acordo com informações do gestor do SOE, bem como das organizadoras do referido documento, este foi confeccionado no ano de 2008, mas o serviço já se norteava pelos princípios e diretrizes nele contidos. O esforço empreendido no ano de 2008 ocorreu em função da necessidade de documentar a trajetória do serviço.

Todos residem no Bairro de Lourdes ou proximidades⁴, tendo média de idade de 54 anos, com idade mínima de 35 anos e máxima de 69 anos. Dentre os participantes existem frequentadores recentes (1 mês e meio) e antigos (8 anos) do serviço.

Os entrevistados têm contato, no módulo, com a mesma professora, embora alguns já tenham frequentado outras unidades do serviço. Nesse sentido, quando a figura do professor surge nas falas, estas referem-se a um mesmo profissional.

Embora residam próximos à praça onde se insere o módulo, esse espaço é utilizado pelos sujeitos entrevistados apenas para participar das atividades oferecidas pelo SOE ou outras atreladas a ele como, por exemplo, comemorações de datas festivas e aniversários de usuários.

O módulo do Bairro de Lourdes oferece, além da orientação individual⁵, as atividades de yoga e a ginástica aeróbica. A maior parte dos sujeitos entrevistados frequentam ambas. Apenas uma usuária participa somente das aulas de yoga. Dessa forma, todos os entrevistados se conhecem mutuamente. Alguns conheciam-se antes de participarem das atividades do SOE e a maioria se conheceu através do serviço.

Instrumentos e procedimentos

Conforme anunciado, utilizamos como instrumento de produção de dados entrevistas semiestruturadas com os usuários do serviço e destacamos que, embora tenham sido direcionadas a determinadas temáticas, ao tratar da questão da busca dos indivíduos por orientação em relação a sua saúde, o diálogo não foi direcionado no sentido de buscar dar ênfase aos profissionais do SOE enquanto fonte prioritária de orientação para esses indivíduos. Nesse sentido, quando a figura do professor de educação física apareceu nas entrevistas, foi devido à identificação dos próprios usuários.

⁴ Um dos sujeitos estava finalizando processo de mudança para uma cidade vizinha. Ao ser entrevistado, esse processo estava concretizado e, portanto, ele não residia mais em Vitória.

⁵ Cabe destacar que a orientação individual ocorre de forma difusa no cotidiano do módulo, na medida em que as recomendações/orientações são disseminadas em conversas informais entre professora e usuários e, geralmente, ocorrem nos momentos que antecedem as chamadas atividades coletivas (yoga e ginástica aeróbica).

Visando a buscar elementos para dar suporte às análises, foram realizadas anotações no Diário de Campo e gravações de voz (do próprio pesquisador) sobre aspectos considerados relevantes durante o processo de pesquisa para que pudéssemos, inclusive, complementar e qualificar as informações obtidas por intermédio das entrevistas. Além das nossas impressões, as anotações/gravações relacionam-se ao conteúdo de conversas informais estabelecidas com os sujeitos durante todo o processo. Cabe destacar que

Na situação de campo, pesquisador e colaborador fazem um esforço intelectual, cognitivo e afetivo de mútua compreensão, negociando a pertinência de determinadas temáticas, aprofundamento e exposição de modos de sentir e de pensar, retomando aspectos lacunares, obscuros ou intrigantes dos relatos e das observações e reasentando, sempre que necessário, uma espécie de contrato ou pacto de trabalho compartilhado (SCHMIDT, 2006, p. 30).

Tendo em vista que se estabelece uma relação entre sujeito pesquisador e sujeitos pesquisados buscando a compreensão mútua, as relações construídas influenciam na fala de ambos. Para além desse aspecto, a relação dos indivíduos com o local onde esse esforço é empreendido também deve ser levada em consideração. Nesse sentido, destacamos que as entrevistas ocorreram em três locais distintos, de acordo com preferência dos sujeitos pesquisados: (a) residência; (b) local de trabalho; e (c) praça pública onde o módulo encontra-se inserido.

É necessário destacar que nossas análises têm como referência prioritária os dados produzidos através das entrevistas realizadas com os usuários do SOE, mas utilizamos, de maneira complementar, dados produzidos através das observações, bem como da experiência enquanto usuário do serviço, para compreender as representações dos usuários sobre atividade física e saúde.

O discurso do SOE sobre esses dois aspectos (atividade física e saúde) foi obtido através da documentação do serviço (decreto, lei, projeto e material de divulgação), na busca por identificação de pontos de tensionamento e de convergência em relação às representações dos usuários do serviço.

Embora reconheçamos a necessidade de entrevistar a professora que atua no SOE, no módulo pesquisado, dados os constantes diálogos estabelecidos

conosco, acreditamos que os elementos de que necessitamos para auxiliar em nossas análises encontram-se no Diário de Campo.

Nossa análise de dados aproxima-se da análise de conteúdo proposta por Minayo (2010), na medida em que esta consiste em

[um] conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] desta mensagem (BARDIN apud MINAYO, 2010, p. 83).

Após realizadas as entrevistas, estas foram transcritas e decompostas em quatro categorias, as quais serão detalhadas adiante. As categorias foram estabelecidas de acordo com a recorrência de temáticas que interessam a este estudo e as inferências e interpretações ocorreram com base no referencial teórico-conceitual que apresentaremos no Capítulo II. Ou seja, dentro do conjunto de técnicas da análise de conteúdo, optamos por proceder de maneira próxima ao que se caracteriza como análise temática, visto que “na análise temática [...], o conceito central é o tema. Este, por sua vez, comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentado através de uma palavra, uma frase, um resumo” (MINAYO, 2010, p.86). A autora complementa a elucidação sobre o tema, citando Bardin (apud MINAYO, 2010, p. 86): “[...] tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Capítulo I – Serviço de Orientação ao Exercício: elaboração e características

Nesse primeiro momento, buscaremos contextualizar nosso objeto de pesquisa, a partir da descrição do SOE, norteados por seus documentos oficiais, evidenciando, com base neles, aspectos da trajetória histórica documentada da constituição do serviço, sua(s) proposta(s), seus objetivos, suas concepções, levando em consideração que a construção descrita a seguir não corresponde a um processo linear e contínuo, mas é marcado por rupturas e continuidades. A descrição será iniciada com dados referentes à criação do SOE, seguida de sua atual configuração. Feito esse resgate, priorizaremos a descrição do trabalho realizado nos módulos próprios do serviço, finalizando com a descrição do módulo que se constituiu enquanto locus de pesquisa.

Embora se trate de uma descrição, lançamos alguns questionamentos/reflexões/críticas que serão retomados nas discussões e análises. Destacamos que a percepção dos usuários sobre o SOE, bem como sobre atividade física e saúde, será tratada em capítulo ulterior.

No ano de 1985, o prefeito municipal de Vitória, por intermédio da lei nº 3267/85⁶, instituiu zonas balneares de lazer da zona urbana do município, sendo elas: a Praia de Camburi; a Praia do Aterro de Enseada do Frade; e a Praia do Aterro da Enseada do Suá. Essas zonas destinavam-se: “I – ao desenvolvimento das práticas de lazer ativo e passivo da população e de turistas; II – ao banho público; III – as competições e gincanas de pesca desportiva, de arremesso [...]”. A mesma lei, em seu artigo 4º, autoriza a criação do Serviço de Orientação da Fisiologia do Exercício (SORFE), o qual destinava-se a “orientar a todos que se dirijam à Praia de Camburi para a ginástica matutina, vespertina e noturna”. O SORFE estava vinculado à Divisão de Assistência Sanitária (DAS) do Departamento de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS).

Após autorizada a criação e o funcionamento do SORFE, surge a necessidade de um cargo administrativo destinado ao serviço, que se concretizou por

⁶ Diário Oficial 08/01/1985.

intermédio do Decreto nº 7092⁷, o qual se encarrega da regulamentação do artigo 4º da lei nº 3267/85. O artigo 4º do Decreto supracitado destina-se à criação do cargo comissionado de Chefe do Serviço de Orientação da Fisiologia do Exercício, na Secretaria Municipal de Saúde. Para atuar em cada um dos turnos na Praia de Camburi, sob a supervisão do Chefe do SORFE, o decreto prevê a contratação de um Professor de Educação Física.

Com a autorização do serviço, bem como a criação de um cargo responsável por administrá-lo, em 1986 surge a proposta sistematizada do SORFE. A diretriz do serviço evidencia uma visão de indivíduo pautada em uma dicotomia entre “atividade física e atividade psíquica”. Embora haja menção à interdependência entre elas, é demarcado que a atividade física “começa com o período fetal e continua pela vida, com o natural desenvolvimento de toda a máquina humana” (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1986, p.1), enquanto a atividade psíquica “começa com a vida afetiva, com as primeiras impressões recebidas e com as primeiras reações provocadas, com os atos conscientes e as atitudes reflexas, com o contacto com o meio, que produz na criança o desejo de imitação, a capacidade de invenção, o hábito e a adaptação” (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1986, p.1).

Embora haja essa cisão entre atividade psicológica e física⁸, a diretriz afirma que “já não podemos separar a Educação Física da Educação Moral e Intelectual [pois] os três aspectos constituem um todo, sendo a primeira a pedra angular dos demais”. Nessa perspectiva “é mister ‘um corpo são para uma mente sã’” (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1986, p.1). O documento ainda complementa que “a **perfeição** [grifo nosso] só é possível, através de um desenvolvimento harmônico, uniforme integral”.

Embora muitas modificações tenham ocorrido desde essa primeira sistematização até a reformulação (ocorrida no ano de 2008), é necessário destacar que, na gênese do serviço, os argumentos utilizados para legitimá-lo tangenciam, conforme ilustrado acima, a busca por uma perfeição, bem como aprimoramento eugênico.

⁷ Diário Oficial, 09/07/1985.

⁸ Embora essa cisão corpo-mente necessite ser problematizada e refletida, não é foco desse estudo fazê-lo. Limitamo-nos, nesse aspecto, a descrever a visão da diretriz em relação ao ser humano.

Nesse sentido, o discurso⁹ legitimador do SORFE tem como argumento principal a necessidade do corpo humano de estar em movimento, fazendo menção à importância do exercício físico para o “[...] aprimoramento eugênico [...]” (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1986, p.1).

O ideal higienista é explícito na diretriz, sendo a atividade física encarada de maneira profilática, cabendo à Educação Física “[...] trabalhar diretamente o organismo de cada indivíduo, com resultados eficientes, positivos e **incontestáveis** [grifo nosso]” (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 1986, p. 2).

Em sua sistematização inicial, os principais objetivos do SORFE centravam-se no incentivo à prática desportiva e ao exercício físico com base no discurso higienista e eugênico. Abaixo, destacamos alguns desses objetivos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1986, p. 3-4):

- orientação para a prática de exercícios físicos;
- orientação para a prática desportiva;
- orientação para o aprimoramento e performance muscular e cardio-respiratório (sic);

Buscando ilustrar a natureza e a força dos argumentos baseados em um ideal eugênico, explícito nos documentos do SORFE, apresentamos, na sequência, um fragmento presente na sistematização da proposta do serviço:

A Higiene, com seu alcance profilático, e a medicina com seu valor terapêutico, muito produzem no vasto campo da eugenia, mas cabe à Educação Física, nesse particular, sem dúvida o papel mais importante. Ela vai trabalhar diretamente o organismo de cada indivíduo, com resultados eficientes, positivos e incontestáveis (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1986, p. 2).

Embora, em uma primeira leitura, alguns elementos textuais se apresentem enquanto possíveis rupturas internas com essa lógica, na medida em que também são colocados como objetivos que apontam para “[as] necessidades bio-psico sociais [do praticante]” (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1986, p.3-4), bem como a formação do indivíduo por intermédio do movimento, “possibilitando-lhe o conhecimento de suas potencialidades como Homem-Corpo e não como instrumento de modelação de seu físico” (SECRETARIA

⁹ Discurso é aqui compreendido como “conversa escrita e falada e o pensamento que lhe serve de base. [Nesse sentido], a maneira como falamos e pensamos sobre o mundo modela o modo como nos comportamos e o tipo de mundo que, como resultado, ajudamos a criar” (JOHNSON, 1997, p.74).

MUNICIPAL DE SAÚDE, 1986, p. 4), é fundamental destacar que o termo “biopsicossocial” caracterizou, na década de 1980, uma espécie de jargão, tendo em vista que a argumentação utilizada aponta para o reforço de uma perspectiva centrada no indivíduo, ao tratar da temática.

Este Programa Básico do Serviço de Orientação da Fisiologia do Exercício, está sendo implantado, para atuar diretamente, no Indivíduo, com todos os seus potenciais e valores (sic) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1986, p. 2).

A argumentação apresentada para justificar o SORFE bem como os objetivos específicos estabelecidos demonstram forte preocupação com a “condução” dos indivíduos a uma escolha acertada, do ponto de vista racional, a partir da exaltação dos benefícios “cientificamente comprovados” da prática regular de exercício físico, conforme exemplificado no fragmento a seguir:

Os cientistas constataram, ainda, que não somente as doenças cardíacas, mas muitas outras, tais como o câncer do intestino, o diabetes, a bronquite, a tuberculose, a asma, têm como causa, além de outras, também o sistema de vida que levamos atualmente, isto é, a vida sedentária, ou seja, falta de exercícios físicos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1986, p. 3).

Para além dessa visão, nesse momento histórico de sua constituição, o SORFE apregoava a necessidade de intervenção de especialistas, no que diz respeito à orientação e assistência ao exercício físico, conforme podemos observar, na sequência:

Todos os tipos de exercícios e/ou esportes devem ser controlados e orientados cientificamente por técnicos e médicos abalizados. As mais modernas técnicas desenvolvidas em Treinamento Físico vêm demonstrar que cada pessoa necessita de instrução particular de acordo com sua idade, sexo, profissão, estado psíquico e condições físicas no momento (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1986, p. 3).

As atividades propostas abrangiam: (1) orientação ao exercício físico, (2) competições e gincanas diversas; (3) cursos de natação recreativa; prática de (4) voleibol, (5) futebol de areia e (6) futevôlei; (7) pedestrianismo¹⁰; (8) testes e avaliação física; (9) ginástica recreativa para deficientes físicos; e (10) pesquisa de opinião, participação e sugestões.

Embora o SORFE tenha sido criado em 1985, o primeiro módulo (módulo piloto) do serviço surgiu no ano de 1990, em Jardim Camburi. A partir da

¹⁰ O que difere o pedestrianismo de uma “caminhada comum” é o fato de envolver, necessariamente, ambientes naturais. O pedestrianismo é tido como uma alternativa ao ambiente de estresse predominante em (grandes) centros urbanos.

implantação do módulo, houve reformulação do projeto original do SORFE, com vistas a dar suporte à SEMUS na atuação “nas áreas do esporte, lazer, promoção de saúde, tratamento e reabilitação de doenças” (TAGLIAFERRE & ALBUQUERQUE, 2008, p.5)¹¹. Através das (sutis) modificações, o foco do serviço deixa de incidir sobre a atividade física, em si, e volta-se essencialmente à prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), por intermédio da prática de atividade física.

Em 1991, o SORFE passa a ser intitulado Serviço de Orientação ao Exercício (SOE), sendo vinculado ao Centro de Promoção e Recuperação Física da Prefeitura Municipal de Vitória. À medida que os objetivos aos quais se propunha o serviço eram alcançados, o SOE passou por um processo de expansão, tendo como critérios a “demanda espontânea de praticantes de atividade física e condições para esta prática” (TAGLIAFERRE & ALBUQUERQUE, 2008, p.5). Dessa maneira, surgem os seguintes módulos¹²: Parque Tancredo Neves/Prainha de Santo Antônio (1992); Praça dos Desejos (1992); Camburi II (1992); Horto de Maruípe (1994); Avenida Beira Mar (1994); Goiabeiras (1997); Parque da Pedra da Cebola (1999); Baía Noroeste (2000); Parque Moscoso (2002); Bairro de Lourdes (2003) e São Pedro I (2007).

¹¹ O compêndio que diz respeito à organização, estrutura e funcionamento do SOE, utilizado nesse estudo, data de 2008 e foi selecionado por ser o documento mais atual com maior número de informações sobre o SOE, organizado por Tagliaferre e Albuquerque. Há, desde 2010, um esforço de atualização e revisão do referido documento, mas as alterações ainda estão sendo realizadas.

¹² Os módulos recebem os nomes dos parques, bairros ou região nos quais eles estão inseridos.

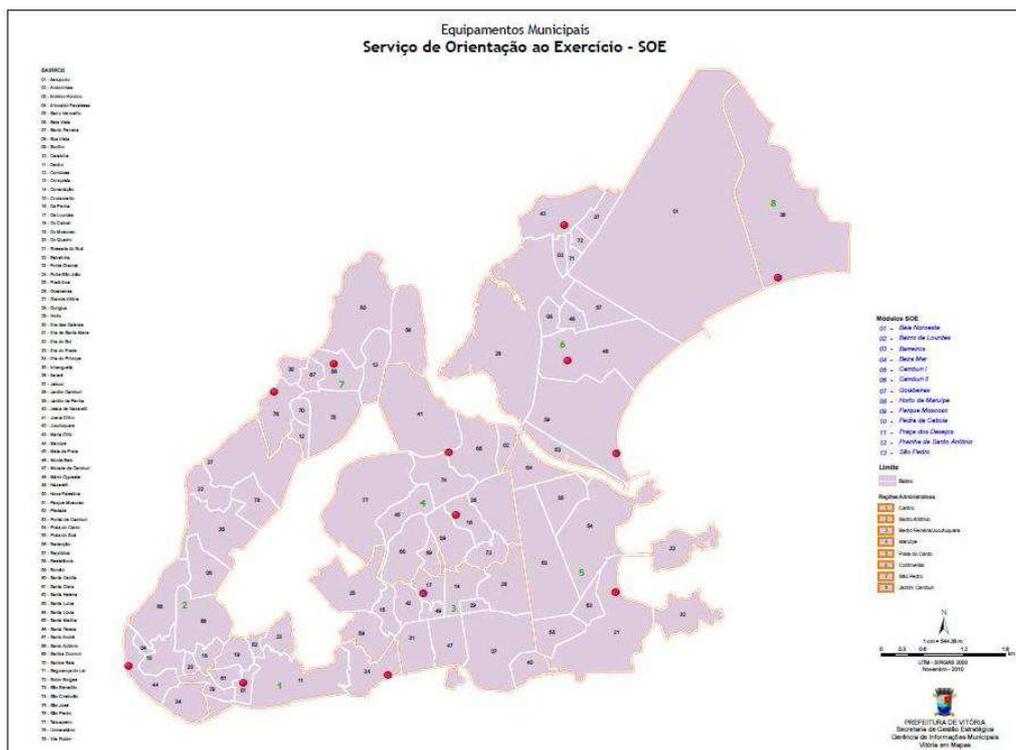


Figura 1 – Distribuição dos módulos do SOE

Fonte: http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/imagens/mapa/saude_soef.pdf

Até o ano de 1997, o SOE atuava exclusivamente em módulos destinados ao serviço. Com o advento da proposta de integração dos serviços oferecidos pela SEMUS, o serviço passa a (a) integrar-se com Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, oferecendo “ações educativas”, orientando para a prática de atividade física, bem como ações específicas destinadas aos “grupos especiais”¹³. Com os mesmos objetivos de sua presença nas UBS’s, o SOE passa a (b) oferecer apoio ao Núcleo de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT) da PMV.

Cabe ressaltar que a integração do serviço às UBS’s suscitou a criação de um projeto que tratasse da inserção do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde¹⁴, legitimando a presença desse profissional nesse espaço. Essa inserção busca a “promoção de saúde e qualidade de vida [em

¹³ Compõem os grupos especiais, de acordo com o documento que trata da Organização, Estrutura e Funcionamento do SOE (TAGLIAFERRE & ALBUQUERQUE, 2008, p.6), indivíduos “diabéticos, hipertensos, climatério, idosos, etc.”

¹⁴ Para maiores informações, conferir o documento de Venturim et al (2004). O referido documento trata da Inserção do Profissional de Educação Física na Atenção Básica, justificando tal inserção e estabelecendo objetivos para a mesma. Vale destacar que essa inserção ocorreu via SOE e que o documento foi exigido para que a atuação nas UBS's fosse efetivada.

consonância com] **os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)** [grifo nosso]”.

Embora haja menção à promoção de saúde enquanto não limitada à prevenção de doenças e à assistência a enfermidades, a atuação dos profissionais de Educação Física nas UBS's se dedica à prevenção de doenças, em nível primário, através “[da] massificação de informações, orientações e oportunidades, no intuito de modificar o estilo de vida das pessoas[...]” (VENTURIM et al, 2004, p.77). A partir de tais ações, o intuito da inserção é buscar “alcançar uma melhor e maior longevidade, reduzir os custos nos tratamentos médico-hospitalares e melhorar significativamente a saúde da população” (VENTURIM et al, 2004, p.77).

Dadas as condições utilitaristas da presença desses profissionais nas UBS's, o público-alvo é composto pelas “famílias dos pacientes hipertensos e diabéticos, cadastrados na [UBS]”, sob a alegação da manifestação do risco à saúde através da presença de fator genético. Ou seja, a inserção desses profissionais nas UBS's legitima-se pela necessidade de utilizar a atividade física como fator protetor ou de diminuição de danos de determinado público, considerado como de risco.

Pretende-se incluir e pôr em prática ações específicas e em conjunto do profissional de educação física nas unidades básicas de saúde do Município de Vitória, introduzindo assim mais uma nova perspectiva de mudanças e incorporações de hábitos saudáveis de vida na população capixaba, promovendo uma melhor e maior longevidade, reduzir os custos de tratamentos médico-hospitalares e melhorar significativamente a saúde da população [...]. O profissional de Educação Física acompanhará todas as famílias dos pacientes hipertensos e diabéticos, cadastrados nas U.S., pois tais famílias por terem um ou mais membros que possuem hipertensão ou diabetes já apresentam o fator genético como risco à saúde (VENTURIM et al, 2004, p.80-82).¹⁵

Nota-se, a partir do exposto, a contradição e incoerência interna do discurso legitimador da presença do profissional de Educação Física nas UBS's, uma vez que o enfoque biologicista e reducionista adotado desconsidera, para além da complexidade do ser humano, os princípios básicos do SUS, com os quais

¹⁵ Reconhecemos a necessidade de aprofundar a discussão sobre alguns dos elementos apresentados. Todavia, dados os objetivos a que esse estudo se propõe, reiteramos que utilizamos o documento citado como forma de caracterizar uma das frentes de atuação do SOE e que, em nossas análises, nos deteremos ao trabalho realizado nos módulos do SOE, mais especificamente no que diz respeito ao módulo do Bairro de Lourdes.

se anuncia consonante, bem como a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, uma vez que, para esta, “pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver é tomar a vida em seu movimento de produção de normas e não de assujeitamento a elas” (PEREIRA E BARROS, 2008, p.244).

Nesse sentido, chamamos a atenção para uma disparidade/distanciamento com o princípio da integralidade, o qual refere-se a

[...] um valor a ser sustentado [e] consistiria em uma resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde e em um cuidado para que essa resposta não seja a redução ao aparelho ou sistema biológico deste [...] (PINHEIRO, 2008, p.255).

Tal princípio refere-se, ainda, a uma horizontalização das relações de trabalho dentro da UBS. No entanto, é perceptível o papel subordinado das práticas corporais, no sentido de desenvolverem papel secundário no auxílio a outras práticas. Ou seja, a inserção do profissional de Educação Física nas UBS's disponibiliza mais uma ferramenta/instrumento no tratamento embasado na racionalidade biomédica.

Para além das interfaces do SOE descritas, há (c) a integração com o Centro de Atendimento ao Idoso, através do encaminhamento de usuários; (d) apoio ao Núcleo de Qualidade de Vida do Servidor, “por meio de orientações sobre atividades físicas e adoção de hábitos de vida saudáveis”; (e) desenvolvimento de um grupo de formação continuada; (f) realização anual de um Seminário de Pesquisa, buscando incentivar o desenvolvimento de pesquisas científicas junto ao serviço; (g) manutenção de programa de estágio supervisionado, através de parceria estabelecida com Instituições de Ensino Superior (IES) do Estado do Espírito Santo; (h) participação em eventos de saúde pública, sendo estes promovidos ou apoiados pela PMV; (i) Serviço de Orientação ao Exercício Móvel, denominado SOE Móvel¹⁶; (j) Academia Popular da Pessoa Idosa (APPI)¹⁷.

¹⁶ O SOE Móvel tem por objetivo expandir a atuação do SOE para locais onde não há a presença de módulos do SOE. Consiste em um veículo, equipado com os materiais disponíveis também nos módulos, que circula pelos bairros do município atendendo a quatro etapas: (1) estudo do local, contato com coordenadores de UBS's e professores de escolas, presidentes de centros comunitários e igrejas, visando a divulgar a presença da unidade móvel no bairro, auxiliando na busca por alternativas de espaço físico para a prática de atividade física regular; (2) instalação e permanência do SOE móvel por 1 semana no bairro visitado, orientando “sobre como fazer exercício e sobre as repercussões do sedentarismo”, avaliando indicadores de risco individuais para doenças cardiovasculares e metabólicas, bem como hábitos de atividade

Há, de acordo com profissionais e gestor do serviço, ainda em fase de implantação, o “Movimento brincar”, que consiste em uma parceria com escolas de Educação Básica do município, para o incentivo à prática de atividades físicas, de caráter lúdico, de maneira “autônoma”. O foco desse trabalho não está na sistematização e desenvolvimento das atividades em si, mas na “educação para o movimento”. O instrumento a ser utilizado é composto por folhetos com informações sobre a “importância da prática de atividade física”. O público-alvo é, inicialmente, composto por crianças e adolescentes a partir do 5º ano, sendo o recorte justificado por intermédio de pesquisas que apontam declínio no nível de atividade física a partir dessa faixa etária.

Os primeiros profissionais a atuarem no SOE foram professores de Educação Física advindos da Secretaria Municipal de Saúde (SEME) e lotados na SEMUS, contando, ainda, com contratações temporárias, por meio de processo seletivo simplificado.

No ano de 2007, a SEMUS realizou o primeiro (e, até o momento, único) concurso público para a nomeação de Técnicos Esportivos – denominação do cargo exercido pelo professor de Educação Física na SEMUS – aos quais cabe o planejamento, supervisão, execução e acompanhamento da prática de exercício sistematizado, realizando triagem para avaliação funcional e mapeando fatores de risco. A esses profissionais cabe, ainda, planejar,

física, realizando registro da caracterização da amostra populacional atendida;(3) saída da unidade móvel, com produção de relatório parcial, “avaliando os efeitos da intervenção do projeto na amostra populacional abrangida”; e (4) retorno às regiões visitadas, após um mês da realização da intervenção, permanecendo por aproximadamente 2 dias na região, buscando “avaliar a mudança no nível de atividade física através da aplicação do questionário internacional de atividade física (IPAQ), [assim como] avaliar o nível de conhecimento sobre sedentarismo e repercussões na saúde”.

É necessário destacar que o SOE Móvel encontra-se “desativado” devido a problemas com o veículo. Os profissionais designados a essa unidade têm auxiliado nos trabalhos desenvolvidos nos módulos e UBS’s.

¹⁷ Existem, até o momento, 17 APPI’s já implantadas no município, com previsão de implantação de outras 3, totalizando 20 APPI’s. O propósito da APPI é proporcionar um espaço para a prática de atividade física de maneira “autônoma” por pessoas com mais de 60 anos de idade, através de aparelhos desenvolvidos para a realização de atividades aeróbicas, de resistência muscular, equilíbrio e coordenação motora. Embora haja parceria e apoio do SOE, por ser uma proposta de prática de atividade de maneira “autônoma”, não há profissionais de Educação Física atuando nesses espaços.

coordenar e participar de intervenções educacionais de medidas preventivas, visando aos cuidados com a saúde da população¹⁸.

A partir do concurso, foram nomeados 29 Técnicos Esportivos, com carga horária de 30 horas semanais, para atuarem nos módulos, SOE Móvel e Centros de Referência; e 9 Técnicos Esportivos para atuarem junto às UBS's, com carga horária de 40 horas semanais, totalizando 38 profissionais.

Em 2008, o SOE contava com uma equipe¹⁹ composta por: 1 Chefe de referência técnica, 1 Chefe de equipe de apoio administrativo, 1 Assistente administrativo, 59 Professores e Técnicos Esportivos, 17 Estagiários, 2 Auxiliares de serviços gerais e 1 motorista.

Conforme destacado anteriormente, o serviço ocorre de maneiras distintas, envolvendo módulos próprios, localizados em praças e parques públicos, núcleos da PMV e UBS's. Devido aos objetivos a que se propõe, este estudo estará voltado para uma caracterização do trabalho desenvolvido nos módulos do SOE, culminando na apresentação do módulo do Bairro de Lourdes, o qual se constitui enquanto *locus* de investigação.

1.1 Os módulos do SOE

Os 14 módulos do serviço são estruturas fixas de alvenaria, com aproximadamente 16m², que se situam, geralmente, próximas a um parque, calçadão ou praça, sendo o entorno do módulo propício à prática de exercícios físicos individuais ou coletivos. Cada módulo conta com, no mínimo, um profissional de Educação Física, sendo que alguns contam também com a presença de estagiários.

Buscando a “padronização” das rotinas nos módulos, os tempos estabelecidos para as atividades são: 60 minutos para yoga e tai chi; 50 minutos para ginástica localizada e hidroginástica; e 40 minutos para alongamento.

Todos os módulos são equipados com halteres (de 1 kg a 3 kg), colchonetes, bastões, tornozeleiras/caneleiras (1 kg a 3 kg), cordas, aparelho de som, balança antropométrica com toeza, esfigmomanômetro com coluna de

¹⁸ Informações disponíveis no edital nº 01/2007 do concurso da PMV/Saúde.

¹⁹ Hoje, a equipe é menor devido a, dentre outros, pedidos de exoneração, conforme informações de professores que atuam no serviço. Todavia, não obtivemos acesso ao número exato de funcionários atuantes no SOE.

mercúrio, estetoscópio, trena antropométrica, calculadora, relógio de parede, cadeiras, armários, mesa, bebedouro e materiais de consumo (álcool, papel, toalhas de papel, copos descartáveis, flanelas para limpeza, etc.).

Os módulos funcionam nos turnos matutino e noturno. No primeiro, das 6h às 10h e no segundo das 17h às 21h. De acordo com as particularidades de cada contexto onde o módulo se insere, os horários podem variar, sem haver alteração na carga horária de atendimento. As atividades desenvolvidas/oferecidas também dependem da infraestrutura disponível, bem como das necessidades da população local. De maneira geral, as atividades desenvolvidas são: (a) acolhimento e cadastramento de usuários; (b) orientação e prescrição de exercício físico; (c) avaliação e reavaliação física; (d) atividades coletivas²⁰ – ginástica localizada, alongamento, yoga, hidroginástica, dança de salão, atividades recreativas e esportivas e caminhada coletiva; (e) aferição de pressão arterial; (f) aferição de frequência cardíaca; (g) ações educativas; (h) orientação na formação de acadêmicos do curso de Educação Física; (i) registro de dados relativos ao serviço e aos usuários; (j) planejamento dos conteúdos das atividades; (l) encaminhamento do usuário às UBS's.

Os profissionais que atuam nos módulos possuem autonomia para conduzir as atividades da maneira que lhes convier, desde que respeitada a carga horária, bem como algumas diretrizes/protocolos que orientam determinados procedimentos²¹. Dessa forma, especialmente em atividades coletivas, os profissionais desenvolvem-nas metodologicamente sem haver padronização, o que, por um lado, permite que as atividades atendam às especificidades do contexto onde são realizadas e, por outro, que o professor expresse, através de sua atuação, sua própria visão de mundo e de sujeito.

Quando se encaminha ao módulo, o indivíduo é acolhido e, através desse primeiro contato, “[são] realizadas as primeiras orientações educativas acerca da importância da prática regular de exercícios físicos” (TAGLIAFERRE & ALBUQUERQUE, 2008, p.26), bem como dadas as informações necessárias

²⁰ Dentre as atividades coletivas, alongamento e ginástica localizada são oferecidas em 100% dos módulos.

²¹ Procedimento é o termo utilizado pelo SOE para designar as atividades realizadas, desde atividades coletivas (ginástica, yoga, etc.) a individuais (orientação, aferição de pressão, etc.).

sobre as atividades coletivas oferecidas, os horários de funcionamento e os procedimentos disponibilizados.

Ao optar por participar das atividades coletivas, o indivíduo tem uma ficha preenchida, denominada ficha pré-participativa, onde constam dados de caráter pessoal, físico e fisiológico. O preenchimento da ficha é feito seguindo as orientações de um roteiro²² específico para esse fim.

A ficha, construída com base nas recomendações do *American College of Sports Medicine*, no que diz respeito à avaliação de saúde e estratificação de risco, dá suporte ao preenchimento de informações referentes a: raça, escolaridade, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares, doenças metabólicas, outras doenças; histórico familiar de doenças (especialmente as cardiovasculares, metabólicas e pulmonares); medicamentos utilizados; atividade física; medida de pressão arterial; medida de frequência cardíaca; IMC, classificação do IMC e códigos SISVAN/SOE²³; avaliação da composição corporal; e prescrição de exercício aeróbico (intensidade, frequência, duração, tipos de exercício, fase de condicionamento inicial, fase de aperfeiçoamento, fase de manutenção).

Além do roteiro para preenchimento da ficha, cada módulo possui um documento com informações sobre: protocolo de acolhimento; fluxograma de acolhimento; padronização de rotinas; boletim de produção mensal; arquivo morto e outras informações sobre classificações e códigos a serem utilizados no preenchimento das documentações inerentes ao serviço.

Os profissionais que atuam nos módulos são orientados a manter registro de todos os usuários que participam das atividades, por intermédio da ficha participativa. Dada a possibilidade dos usuários serem encaminhados ao serviço pelos profissionais das UBS's, nesses casos, o encaminhamento deve ser anexado à ficha. Em alguns casos – não especificados nos documentos – pode ser solicitado ao indivíduo que faça exames para atestar que esteja apto

²² O roteiro é composto por orientações que seguem, em sua grande maioria, o que é preconizado pelo American College of Sports Medicine e possui algumas especificidades do próprio serviço.

²³ SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) é um banco de dados do Governo Federal para a avaliação do estado nutricional de crianças, adolescentes, adultos e idosos. Fonte: Roteiro de preenchimento da ficha pré-participativa

a participar das atividades. Após 6 meses sem frequência no módulo, o usuário deve ter a ficha incluída no “arquivo morto”.

Mensalmente, os profissionais devem preencher o boletim de produção mensal, no qual consta, além de dados de identificação, registro de cadastros, reavaliações, ginástica localizada e alongamento realizados, com espaços para que o profissional possa registrar atividades (ou, como trata o serviço, procedimentos) e total de procedimentos realizados no período. Há, também, espaço para média de atendimentos por dia; fichas; cadastros; procedimentos; número de obesos; número de hipertensos; e número de diabéticos.

Independentemente do que o profissional faça nos módulos, há registro apenas de atividades que possuem um respectivo código pré-cadastrado. Os dados são mantidos em base de dados na gerência do SOE. Dessa forma, os módulos são avaliados por sua “produtividade”. Nesse sentido, são visíveis apenas dados numéricos referentes aos procedimentos realizados, reduzindo toda a complexidade da dinâmica que se estabelece no espaço do módulo a números descontextualizados. Ou seja, na tentativa de tornar os dados produzidos “objetivos”, reduz-se a dimensão complexa das relações estabelecidas nesse espaço a números que pouco expressam dessa complexidade e os sentidos e significados atribuídos ao módulos se perdem, no sentido de não ganharem visibilidade. Há, portanto, que se repensar: o que se quer tornar visível? Que tipo de decisões/ações podem ser respaldadas através dos dados produzidos pelo serviço? Que tipo de informações devem ser tomadas como parâmetro para avaliar a qualidade do serviço prestado pelo SOE, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS?

Os únicos registros possíveis são: preenchimento de ficha participativa; cadastro de usuários; medição de pressão arterial; orientação individual; controle de frequência cardíaca; cálculo de IMC e ICQ (índice cintura-quadril); reavaliação de ficha; ginástica localizada; yoga; hidroginástica; tai chi chuan; e alongamento. Se, por um lado, isso permite que haja conhecimento acerca do quantitativo de pessoas que participam e dos procedimentos realizados nos módulos, de maneira uniforme; por outro, não dá visibilidade a movimentos que

ocorrem no contexto específico de cada módulo, tampouco a atividades/práticas corporais que surjam desses movimentos²⁴.

A diretriz que norteia o preenchimento do boletim de produtividade é explícita em citar o foco do serviço na orientação individual e a utilidade do boletim na “objetividade da coleta de dados”, bem como na “simplificação” da rotina do serviço.

Os módulos contam, ainda, como material de apoio, com um documento de recomendações sobre condutas e procedimentos do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde e um exemplar da Política Nacional de Promoção. A presença desses documentos nos módulos explica-se pelo fato de que os profissionais que neles atuam devem agir em conformidade com os mesmos, dada a sua vinculação com a SEMUS e com o SUS, via Atenção Básica.

Feitas as devidas observações sobre o trabalho desenvolvido nos módulos do SOE, passaremos a apresentar o módulo do Bairro de Lourdes, onde se desenvolveu este estudo, dando ênfase à caracterização do local.

1.2 O módulo Bairro de Lourdes

Conforme destacado na descrição da construção do processo de pesquisa, havíamos estabelecido, enquanto lócus de pesquisa, dois módulos do serviço, situados em regiões de perfis socioeconômicos distintos. Nenhum dos módulos selecionados correspondia ao módulo do Bairro de Lourdes. Contudo, devido à nossa prévia inserção neste, enquanto usuário do serviço, acreditamos – dadas as relações estabelecidas com os usuários e profissionais do módulo – ser possível um olhar mais aprofundado no que diz respeito às nuances que compõem a complexa dinâmica que se estabelece no local, através das pessoas que nele se inserem.

A partir de uma breve descrição do bairro, prosseguiremos com a caracterização da praça na qual o módulo do SOE encontra-se inserido, bem como a descrição do módulo em si.

²⁴ Como exemplo, pode-se citar festas comemorativas e “passeios” coletivos. Essa questão será abordada adiante.

No ano de 1952, a atual área que compreende o Bairro de Lourdes era uma chácara que, em 1959, foi loteada e deu origem à fundação do bairro. Nesta área, além do mangue, que foi aterrado, havia, segundo moradores, uma nascente, próxima de onde hoje é a Igreja, utilizada para lavagem de roupas. O bairro é tipicamente residencial, e a maior parte dos moradores é considerada de classe média e média alta.

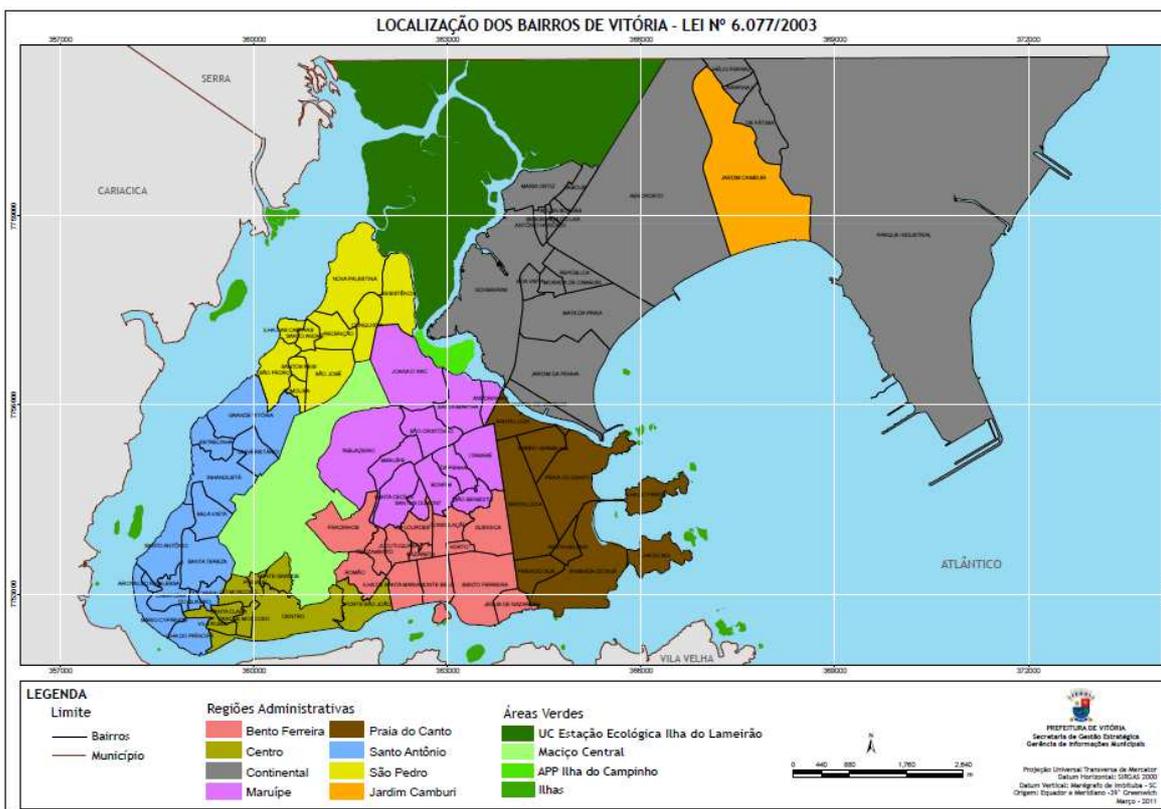


Figura 2 – Localização dos Bairros de Vitória.

Fonte: http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/geral/Dados/localizacao_bairros.pdf

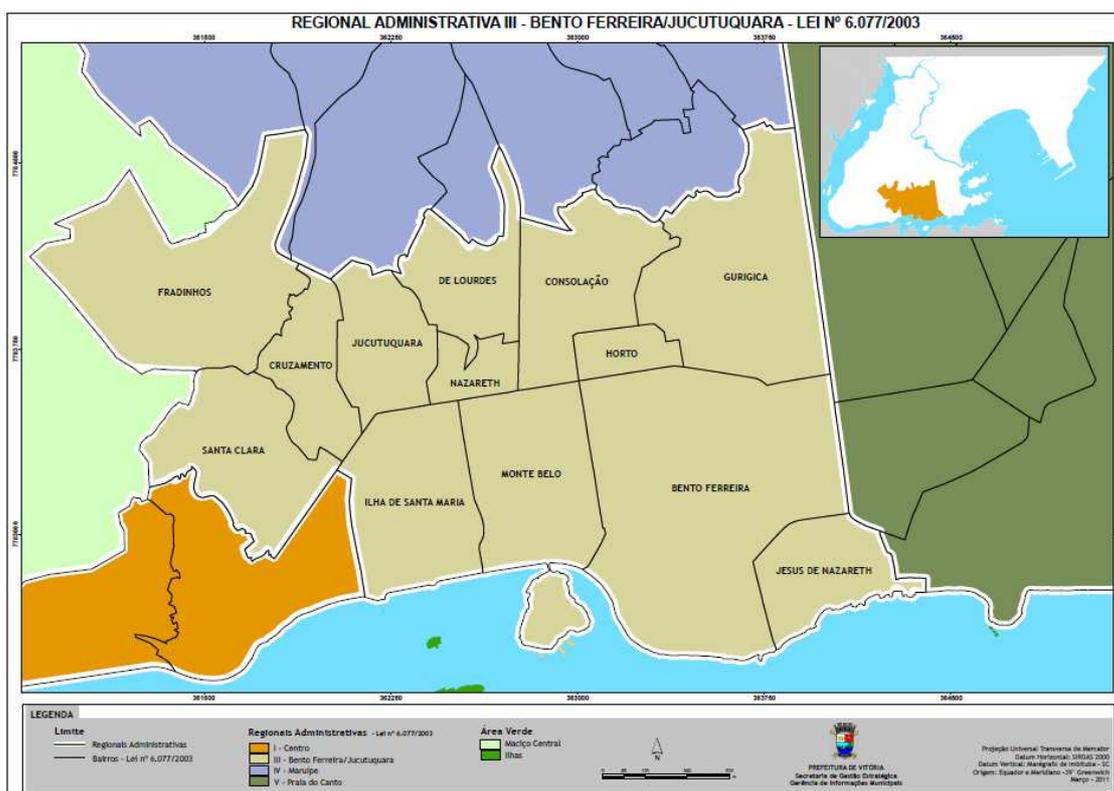


Figura 3 – Região Administrativa III.

Fonte: http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/geral/Dados/reg_adm3.pdf

O Bairro de Lourdes encontra-se inserido na Região Administrativa de Bento Ferreira (RABF)²⁵ e, de acordo com dados do Senso Demográfico do IBGE do ano de 2010, conta com 1.920 habitantes dos 32.588 da RABF²⁶. A população da região apresenta média de 8,07 anos de estudo e rendimento médio de R\$1.122,38. Em relação ao saneamento básico, 99,40% da região é atendida com abastecimento de água; 90,00% com tratamento de esgoto; e 99,30% com coleta de lixo.

O módulo do Bairro de Lourdes surgiu no ano de 2003, através de reivindicação dos moradores do bairro e de bairros vizinhos, por intermédio de suas associações de moradores. Além da possibilidade de acesso à “ginástica”²⁷, os moradores buscavam, principalmente, maior presença e

²⁵ A RABF é composta pelos seguintes bairros: Fradinhos, Santa Clara, Cruzamento, Jucutuquara, Bairro de Lourdes, Consolação, Horto, Gurigica, Ilha de Santa Maria, Monte Belo, Bento Ferreira e Jesus de Nazareth.

²⁶ Muitos dos dados apresentados são referentes à RABF, pelo fato da PMV não disponibilizar, em seu banco de dados de acesso online e irrestrito, dados específicos do Bairro.

²⁷ Termo frequentemente utilizado pelos usuários do SOE para referir-se às atividades oferecidas pelo serviço.

“ocupação” da praça do bairro, visando a diminuir o consumo de drogas ilícitas, bem como outras práticas, também ilícitas, no local. Moradores relatam que adolescentes e jovens de bairros vizinhos tinham o hábito de utilizar a quadra da praça, também para práticas esportivas, e expulsavam pessoas que tentassem utilizar o espaço da quadra e arredores.

A partir dos dados disponíveis até 2008, o módulo é o único que apresenta crescimento linear ascendente no quantitativo de indivíduos que tiveram as fichas participativas preenchidas. Embora seja um dos módulos com menor quantitativo absoluto de usuários, se comparado a outros, deve-se levar em consideração o fato de que, de acordo com a percepção de professores do SOE, não há estratégia de divulgação do serviço que atinja de maneira efetiva a população. Os indivíduos que buscam o serviço fazem-no por indicação de amigos/conhecidos que o frequentam.

Cabe ressaltar que o fato de o serviço não ser divulgado de maneira eficaz dificulta o acesso da população a ele. Essa divulgação também é deficitária do ponto de vista interno (no âmbito da própria SEMUS), visto que, de acordo com professores do SOE, nem todos os funcionários da SEMUS sabem da existência do próprio serviço e/ou desconhecem seus propósitos e atividades oferecidas.

Atualmente, cerca de 25 pessoas frequentam o módulo regularmente, e são oferecidas, além das “atividades individuais”, alongamento, ginástica localizada e, recentemente (desde 2010), yoga.



Figura 4 – Praça

Fonte: BECCALLI (2011).

O espaço físico da praça tem como limites: (anterior) uma das ruas do bairro, com grades e portões; (posterior) um muro de pedras até a rua posterior que se situa em relevo superior ao da praça, seguido de um muro de concreto; (lateral) o muro de uma escola de Ensino Fundamental, do município de Vitória; e (lateral) o muro de uma casa.

Existe uma quadra não-coberta e com redes nos quatro limites laterais e limite superior – onde frequentemente são encontrados calçados e sacolas presas –, iluminada por um refletor de luz de mercúrio. Ali são desenvolvidas as atividades de cunho coletivo. Atrás da quadra, separada por um pequeno corredor de passagem, há uma arquibancada com quatro “níveis/degraus”.

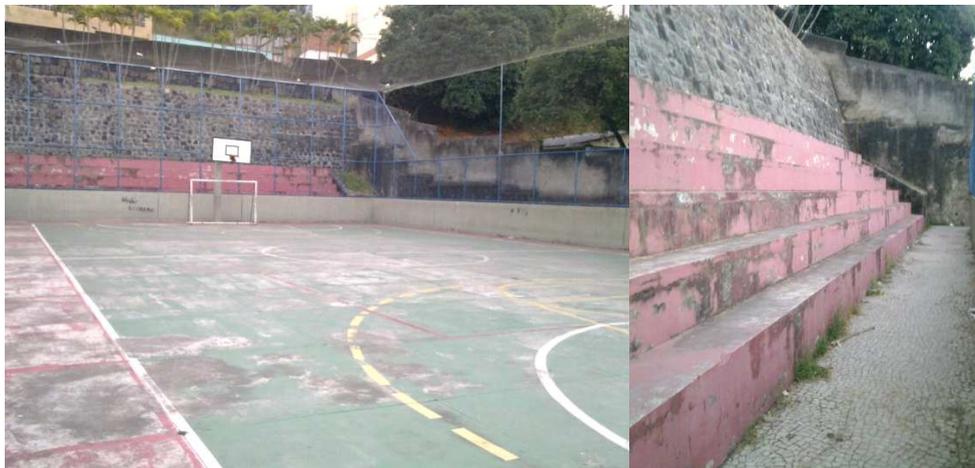


Figura 5 – Quadra e arquibancada

Fonte: BECCALLI (2011).

A estrutura do módulo é dividida em duas partes principais. Na primeira, ficam armazenados os colchonetes, sobre uma bancada de concreto. Abaixo da bancada são colocados os halteres e tornozeleiras. No armário de aço e nas duas prateleiras de granito são colocados materiais de consumo/higienização como, por exemplo, borrifadores com álcool, flanelas e papel higiênico. Na segunda, em um dos cantos, encontra-se uma bancada de granito, em formato de “L”, onde fica a documentação do módulo e os instrumentos utilizados na realização de alguns procedimentos; no canto oposto, há uma pia com compartimentos para papel toalha e sabonete líquido instalados na parede e, em uma das laterais da pia, um pequeno armário utilizado para guardar alguns

documentos e sobre o qual fica o aparelho de som utilizado nas “atividades coletivas”; na outra lateral da pia há um bebedouro²⁸; e um pequeno banheiro com um vaso sanitário.



Figura 6 – Estrutura do Módulo Bairro de Lourdes

Fonte: BECCALLI (2011).

Existem três decks de madeira, em formato de trilhos, sob os quais se encontram mesas de concreto com tabuleiros de xadrez embutidos, cercadas por quatro bancos de concreto, cada. Próxima aos decks encontra-se uma pista de bocha coberta. Em dias de chuva, a única alternativa para realização das atividades coletivas é a pista de bocha, ainda que seja um local escuro por não ter iluminação própria²⁹. A iluminação de toda a praça é feita por dois postes, com quatro lâmpadas incandescentes, cada.



²⁸ Cabe destacar que o bebedouro foi enviado à SEMUS para trocar o filtro no início de 2011 e, ao retornar sem o referido filtro, foi enviado novamente e até agosto de 2011 não havia retornado.

²⁹ Professores e usuários relatam que já houve tentativa de iluminar a pista. Entretanto, as luzes e fios elétricos foram furtados e não houve outra iniciativa. Teoricamente, a pista possui iluminação acessória dos dois postes de luz presentes na praça, mas metade das luzes (2) de cada poste está queimada há cerca de 8 meses e, embora tenham sido feitas solicitações de troca das lâmpadas queimadas, até o momento o serviço não foi realizado.

Figura 7 – Decks

Fonte: BECCALLI (2011).



Figura 8 – Pista de bocha

Fonte: BECCALLI (2011).

Em uma das extremidades da praça – a que faz fronteira com a casa de um dos moradores do bairro –, localiza-se uma caixa de areia com uma estrutura composta por três balanços infantis, duas estruturas de cimento com formato de triângulo isósceles e uma alça na superfície superior, duas barras para elevação lateral, uma estrutura cúbica gradeada para escalada e um escorregador. A área da caixa de areia é cercada para impedir a entrada de animais, havendo letreiro com aviso de proibição da circulação destes pelo local.



Figura 9 – Parque de areia

Fonte: BECCALLI (2011).

Embora alguns módulos do SOE tenham sido construídos especificamente para esse fim – como, por exemplo, o do calçadão da Praia de Camburi – no caso do módulo do Bairro de Lourdes, foi aproveitado o espaço da praça existente no bairro para instalação do módulo, a pedido da população. Dessa forma, a praça não se destina apenas às atividades desenvolvidas pelo SOE.

Isso posto, foi possível observar durante a pesquisa de campo que jovens, crianças e adolescentes têm o hábito de utilizar (com frequência quase diária) o espaço da praça e, em especial, a quadra.

É possível, também, observar outras atividades como, por exemplo, pessoas que passam a tarde nos bancos da praça, conversando. Contudo, é necessário destacar que o fluxo de pessoas pela praça é maior durante os meses de dezembro, janeiro, fevereiro, junho e julho. Conforme destacado, a quadra é o local mais utilizado pela população de maneira geral, especialmente por adolescentes e jovens, para prática esportiva. Em horários bastante específicos (por volta das 17h) algumas crianças (alunos da escola que se situa ao lado da praça) costumam utilizar os balanços e o parquinho de areia para brincar, após o expediente escolar – um tipo de prática, portanto, comum apenas durante o período letivo.

Nos horários das atividades específicas do SOE, a população deixa a quadra livre, e retorna após o término delas. Raramente há algum tipo de conflito em relação ao espaço, embora usuários e profissionais relatem que se trata de uma construção, uma vez que nem sempre foi dessa forma.

Depois de algum tempo eles (jovens e adolescentes que habitualmente utilizam a quadra) foram se acostumando, porque viram que não tinha jeito. Aquele horário é das aulas. Teve uma professora que trabalhou aqui [...] que passou “sufoco”. Ela teve que enfrentá-los e dizer: “Esse aqui é o meu horário de trabalho. A Prefeitura me paga para eu dar aula aqui nesse horário. Então, se vocês querem reclamar, vocês devem ir à Prefeitura para isso. Eu vou dar aula e ‘ponto final’” (Sujeito 8).

Quando chove durante a realização das atividades, estas são transferidas para a pista de bocha e, quando a chuva precede o horário de início e persiste até ele, não há aula, uma vez que não existe local viável para a realização das atividades coletivas. Nos dias em que não há aula no turno noturno por

questões climáticas, há movimento de pessoas que utilizam o espaço da praça para consumo de substâncias ilícitas³⁰.

Os usuários sempre reclamam da utilização da pista de bocha, em caso de chuva, por ser pouco iluminado. Além disso, durante cerca de um mês, a pista serviu como abrigo para dois moradores de rua durante a noite, após encerramento das atividades do módulo e, por consequência, urinavam e defecavam na própria pista.

O único banheiro disponível no local fica dentro do módulo do SOE e, dessa maneira, nos horários em que este permanece fechado, não há como utilizá-lo, levando as pessoas a urinarem e até mesmo defecarem na própria praça, especialmente na arquibancada e no espaço entre esta e a quadra. O odor de urina também é bastante intenso nas laterais da própria quadra, em especial nos cantos.

A limpeza da praça é realizada periodicamente pelo setor responsável da PMV, bem como a poda da vegetação. Contudo, a manutenção das instalações tem sido alvo de reclamações constantes dos usuários, especialmente no que diz respeito à iluminação precária.

A impressão que se tem é que a fragmentação da gestão³¹ é tão grande a ponto de gerar desarticulação entre os serviços prestados. Outro exemplo a ser citado foram as obras realizadas no calçamento da praça: alguns ladrilhos de pedras deixados após o término das obras eram utilizados por jovens e adolescentes, na tentativa de intimidação entre eles, havendo relato de uma situação em que um ladrilho foi jogado na quadra, durante uma aula.

Isso posto, é possível perceber diferentes tipos de interação entre as pessoas e o espaço da praça. Todavia, devido aos objetivos e características do presente estudo, interessa-nos focar brevemente algumas características que se referem à interação dos usuários do SOE com esse local.

³⁰ Essa afirmação se embasa em falas de moradores do entorno da praça, bem como em observações do pesquisador, durante a permanência no campo.

³¹ Não buscamos, aqui, avaliar a atual gestão da PMV. Nosso intuito é utilizar a situação apresentada como forma de ilustrar determinado modelo de gestão e as consequências desse modelo.

Embora, em determinados momentos, os usuários do serviço utilizem a praça para além das atividades das quais participam no SOE, isso se dá em função de movimentos que surgem no próprio serviço como, por exemplo, comemorações (de aniversários e datas comemorativas, como festa junina e natal, por exemplo) e encontros dos próprios usuários. Ou seja, embora a utilização da praça pelos usuários não seja exclusivamente via atividades desenvolvidas no SOE, é o vínculo com o serviço que estimula o uso.

Na festa junina do ano de 2011, por exemplo, foram convidados a participar tanto os usuários que estavam frequentando o módulo quanto aqueles que estavam “afastados”, bem como conhecidos/familiares dessas pessoas, para que pudessem conhecer o SOE. A comemoração foi iniciada com uma aula de ginástica aeróbica com músicas temáticas, culminando em uma “grande roda”. No entanto, grande parte das pessoas que estavam presentes não participaram da aula, ficando apenas observando e conversando.

Ao conversar com algumas dessas pessoas, foi possível perceber que o motivo de estarem naquele local, naquele momento, devia-se fundamentalmente ao reencontro de amigos. Nesse sentido, há indícios de que o SOE pode se constituir como possibilitador de encontros. Entretanto, a relação entre usuários e destes com professores será problematizada em capítulo ulterior, bem como a maneira como os indivíduos percebem o próprio o SOE.

Capítulo II – Atividade física, saúde e risco: o indivíduo em foco

Nesse capítulo daremos prioridade à problematização de alguns conceitos centrais para compreensão das representações dos sujeitos sobre atividade física e saúde, bem como para entender a relação que estabelecem com o local comum ao qual pertencem (SOE).

Iniciaremos a discussão a partir do conceito de saúde, enquanto capacidade de ação frente às adversidades, remetendo a um entendimento para além da referência biológica do ser humano, tangenciando a apropriação, por parte dos sujeitos, do discurso médico (científico) sobre saúde/doença.

Na sequência, utilizaremos o conceito de risco, enfatizando sua característica dinâmica, no sentido de variar no tempo e espaço, sendo inerente à própria vida. É um conceito que remete à abertura ao risco enquanto necessário, na medida em que o risco está imbricado na vida. Destacaremos, ainda, a característica reflexiva da modernidade, no sentido de que “incentiva” e combate determinados riscos, simultaneamente. A partir desse contexto do risco, introduziremos o conceito de conselheiros, conforme a reflexão baumaniana.

Prosseguiremos relacionando o contexto do risco com o de conselheiros, enfatizando a associação entre atividade física e saúde e o consumo de informações.

2.1 Saúde enquanto capacidade de ação

Quando se trata de saúde, múltiplos são os olhares possíveis sobre esse fenômeno a partir dos mais diversos matizes. No entanto, é possível observar uma tendência a compreender o fenômeno saúde-doença para além do olhar das ciências biológicas. Chamamos a atenção, todavia, para resquícios de uma visão restrita sobre o processo saúde-doença, embasada na compreensão do corpo enquanto análogo a uma máquina.

A princípio, talvez não fique clara a relação entre esse tipo de olhar sobre o corpo e suas implicações no campo sanitário. Destacamos que a prática científica moderna possibilitou, por um lado, avanços significativos nesse

campo mas, por outro, sustentou um olhar sobre o corpo que privilegia a ordem e a regularidade.

Massa composta de osso e carne, o corpo [é visto como] uma 'mecânica articulada' comparada a um relógio "composto de arruelas e contrapesos" (NOVAES, 2003, p.9).

Esse tipo de olhar sobre o corpo compreende-o enquanto análogo a uma máquina e, visto de tal forma, sua "eficiência" ou seu bom funcionamento é percebido através de sua capacidade de desempenho funcional e a ciência toma para si a responsabilidade de aperfeiçoar esse corpo (máquina) (NOVAES, 2003).

Diversas são as implicações desse tipo de olhar e, dentre elas, podemos citar o movimento higienista do século XX que buscava aperfeiçoar e "otimizar" o corpo, do ponto de vista funcional, melhorando seu "desempenho" e desenvolvendo suas potencialidades (físicas). Ter um corpo robusto e forte associa-se à ideia de ter um corpo saudável³².

Sobretudo, nos chama a atenção a noção de posse que envolve o corpo. A própria expressão "ter um corpo saudável" traz imbricada a compreensão de que o corpo é algo que pode ser possuído pelo indivíduo e, conforme argumenta Le Breton (2003), passa a ser visto como obstáculo, no sentido de constituir-se enquanto limite. Ou seja, é necessário que o corpo seja aprimorado, para que não limite o sujeito ao qual pertence.

Destacamos que nosso intuito não é o de remontar a trajetória histórica de compreensão do corpo, nem tampouco da concepção de saúde, visto que existem estudos publicados nesse sentido³³. Buscamos, a partir de um pequeno recorte sobre a temática, dadas as limitações do presente estudo, destacar alguns aspectos que são fundamentais para a abordagem que faremos, em relação às falas dos usuários do SOE sobre o processo saúde-doença.

O corpo visto enquanto ferramenta/máquina induz à percepção da doença enquanto invasora a ser combatida, visto que afeta, de alguma forma, a

³² Estudos têm apontado para essa perspectiva e, dentre eles, sugerimos Carvalho (2004); Fraga (2006a); Bagrichevsky, Oliveira e Estevão (2003); Bagrichevsky et al (2006); e Bagrichevsky, Estevão e Oliveira (2007).

³³ Dentre eles, podemos citar Canguilhem (2010); Sant'Anna (2005a); Silva (2001); e Sant'Anna (2005b).

capacidade funcional desse corpo. Há, portanto, a necessidade constante de vigilância e manutenção do bom funcionamento dessa máquina para que não haja prejuízos a seu portador.

Nesse sentido, a doença é vista como algo externo ao corpo e que, portanto, necessita ser expurgada/extraída dele, para que seu bom funcionamento seja restabelecido (CANGUILHEM, 2010). Sendo alheia ao corpo e sendo este análogo a uma máquina, estar doente não é algo normal. Estar doente significa que, por alguma fatalidade, a máquina não está bem e necessita dos devidos reparos para que volte a seu funcionamento normal.

No entanto, há que se ponderar se, de fato, é possível estabelecer uma segmentação tão clara, objetiva e precisa entre saúde e doença pois, apoiados em Canguilhem (2010), bem como em um movimento internacional no campo sanitário³⁴, saúde e doença estão intimamente relacionadas e o conceito de saúde extrapola a ausência de doenças.

Portanto, buscaremos desconstruir a noção de doença enquanto fatalidade/ameaça, pois saúde e doença se inter-relacionam e coexistem. A doença, enquanto adversidade, diz respeito à própria existência e se relaciona ao dinâmico movimento da vida. Desvincular a doença do indivíduo, entendendo-a enquanto invasora/externa, implica compreender o ser humano – reduzido a seu organismo biológico – enquanto objeto e, sobretudo, expectador passivo de sua existência, sendo a doença compreendida como “falha” em seu funcionamento normal.

Portanto, refletir sobre a relação entre saúde e doença é primordial, visto que “[...] é preciso não fazer da saúde e da doença princípios distintos, entidades que disputam uma à outra o organismo vivo e que dele fazem o teatro de suas lutas” (CANGUILHEM, 2010, p.38).

Esse tipo de compreensão se apoia na percepção de que os fenômenos patológicos são apenas variações quantitativas de fenômenos fisiológicos, ou

³⁴ Esse movimento tem destaque em diversas conferências, das quais podemos citar, de maneira icônica, a I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, no ano de 1986. No entanto, cabe destacar que o Brasil não esteve presente na referida Conferência, embora esta represente um marco de uma nova concepção sobre o processo saúde-doença. A nível nacional, esse movimento se manifesta através da I Conferência Nacional da Saúde, realizada também no ano de 1986.

seja, os mesmos fenômenos fisiológicos que ocorrem no estado de normalidade também ocorrem no estado patológico. Inclusive, conforme demonstra Canguilhem (2010), a compreensão e o estudo da normalidade se dá por intermédio da alteração patológica desse estado, bem como seu retorno a ele. Assim sendo,

[...] o estado patológico em absoluto não difere radicalmente do estado fisiológico, em relação ao qual ele só poderia constituir, sob um aspecto qualquer, um simples prolongamento mais ou menos extenso dos limites de variações, quer superiores, quer inferiores, peculiares a cada fenômeno do organismo normal, sem jamais poder produzir fenômenos realmente novos que não tivessem de modo nenhum, até certo ponto, seus análogos puramente fisiológicos (CANGUILHEM, 2010, p.20-21).

Tal visão rompe com a ideia de doença/patologia criticada, fortemente arraigada em nossa cultura, passando a considerar a doença, não mais como um invasor a ser combatido mas como “[...] um acontecimento que diz respeito ao organismo vivo encarado na sua totalidade” (CANGUILHEM, 2010, p.47).

Ou seja, enfrentar adversidades/obstáculos faz parte do constante movimento do viver. Quando as adversidades cessam, nos deparamos com a morte (CANGUILHEM, 2010). Nesse sentido, não admiti-las enquanto parte da vida e combatê-las no intuito de eliminá-las por completo e em definitivo representa, em última instância, combater a própria vida³⁵, além de definir determinada forma de ver/conduzir a vida.

Definir o anormal por meio do que é de mais ou de menos é reconhecer o caráter normativo do estado dito normal. Esse estado normal ou fisiológico deixa de ser apenas uma disposição detectável e explicável como um fato, para ser a manifestação do apego a algum valor (CANGUILHEM, 2010, p.25-26).

Sérias implicações desdobram-se a partir da admissão de uma normalidade e de suas possíveis variações como anormalidades. Em decorrência desse tipo de definição, tem-se uma forma normativa de conduzir a vida, no sentido de que há um padrão a ser almejado. Normal (no sentido de referir-se a norma) e correto difundem-se a ponto de tornarem-se quase inseparáveis. Ou seja, o normal passa a ser o correto e, por conseguinte, o anormal, incorreto. Essa imbricação manifesta-se de maneira sutil, mas reforça a noção de que a doença representa algo de “errado” e que, nesse sentido, necessita de

³⁵ Retomaremos essa discussão sobre a impossibilidade de eliminação das adversidades adiante, ao investirmos em algumas reflexões sobre o risco.

conserto ou, em outras palavras, necessita ser normalizado. Canguilhem (2010), além de possibilitar que essa questão possa ser (re)pensada, nos permite ampliar o olhar, no sentido de considerarmos, para além do indivíduo e/ou a patologia, as condições que permitem (ou não) sua manifestação.

[...] No fundo, as doenças nada mais são que fenômenos fisiológicos em novas condições que é preciso determinar [...], os fenômenos são os mesmos no estado patológico e no estado de saúde, diferindo apenas nas condições. Como se fosse possível determinar uma essência do fenômeno, não levando em conta as condições! (CANGUILHEM, 2010, p.69)

Condições, nesse caso, referem-se a fatores diversos que podem interferir em determinada situação e que contribuiram/contribuem para sua efetivação. No contexto do processo saúde-doença, é preciso reconhecer a influência, por exemplo, de fatores socioeconômicos, ambientais, psicológicos, fisiológicos, históricos, culturais dentre diversos outros. Ou seja, trata-se de uma ideia de totalidade/unidade do ser humano, sendo este mais que apenas seu organismo biológico.

A ideia de totalidade não remete apenas ao organismo vivo enquanto “estrutura anátomo-fisiológica”, mas também enquanto ser dotado de dimensões sociais, culturais e históricas, e cuja capacidade não pode, fundamentalmente, ser determinada *a priori*. Admite-se, portanto, que o indivíduo mobiliza “[...] junto com um corpo de ossos e músculos, um corpo de afetos e de expansão da experiência humana” (CECCIM e BILIBIO, 2007, p.54). Essa compreensão auxilia na desfocalização da doença, que deixa de assumir centralidade, pois, reforçando a crítica de Canguilhem (2010, p.54),

O que é um sintoma, sem contexto ou pano de fundo? O que é uma complicação, separada daquilo que ela complica? Quando classificamos como patológico um sintoma ou um mecanismo funcional isolados, esquecemos que aquilo que os torna patológicos é sua relação de inserção na totalidade indivisível de um comportamento individual.

A partir da provocação de Canguilhem, é possível notar a centralidade da patologia no discurso sanitário, no sentido de que o indivíduo, enquanto totalidade, perde-se, sendo visto **a partir** da patologia. No entanto, visto de maneira ampliada/contextualizada, o estado patológico gera modificações que “constituem um novo modo de vida para o organismo” (CANGUILHEM, 2010). Dentro dessa visão, o estado saudável pode ser compreendido não como ausente de adversidades, mas como a capacidade de ação que o indivíduo

possui, ou seja, potência³⁶ para superar tais adversidades, através da criação de normas.

Saúde, portanto, nessa perspectiva, diz respeito à possibilidade de ação do indivíduo, frente às adversidades. Suas possibilidades podem variar e, nesse sentido, varia o que aqui denominaremos margem de ação. Ou seja, a margem de ação do indivíduo refere-se à sua capacidade de agir, e à possibilidade concreta e efetiva de decidir sobre essa ação.

Admitir esse modo de pensar saúde implica, ainda, e fundamentalmente, que a capacidade de ação está intimamente relacionada às relações que o indivíduo estabelece com o meio com o qual se relaciona, incluindo os demais sujeitos que dele fazem parte. Dessa relação emerge a possibilidade de (re)criar normas e é nessa possibilidade que reside sua capacidade de ação (CANGUILHEM, 2010). Reforçando esse tipo de compreensão, Caponi (2009, p.61) destaca que “não é possível imaginar que a vida se desenvolva na solidão do organismo individual, nem que possamos alcançar um conhecimento dela pela comparação entre organismos”.

Pensar saúde desse modo não implica afirmar que o indivíduo seja, por excelência, transgressor, no sentido de não submeter-se a normas, mas implica assumir que não é mero expectador passivo de sua existência e que possui margem de ação. Contudo, o que chamamos aqui de margem de ação parece, na atualidade, confundir-se com acúmulo de informações, uma vez que estas assumem centralidade nos lugares instituídos no âmbito dos serviços de saúde, sejam eles de caráter assistencial ou não.

Abordaremos essa questão de maneira mais detida no tópico seguinte, mas por hora é necessário destacar que as informações circulam por esses lugares, mas não são as únicas com as quais os indivíduos mantêm contato. Ou seja, o

³⁶ Potência, no contexto desse estudo, relaciona-se à capacidade de ação do indivíduo pois, conforme salientam Souza e Lima (2007,p.7): “[...] pode-se estar enfermo - etimologicamente *não firmes* - e manter-se capaz e saudável em diversos outros aspectos da vida. É possível estar fora da média, dos ideais culturais de saúde, mas capaz, ativo e feliz. Ser capaz, ativo e potente na vida, mesmo tendo de conviver com uma condição crônica, significa estar desperto, aberto e sempre em movimento. Significa, também, ter **capacidade de lidar com desafios por meio da superação das condições adversas, buscando não restringir o modo de andar a vida às limitações das condições crônicas** [grifo nosso]. Para isso, há necessidade de se buscarem formas de maximizar a **capacidade de enfrentamento** [grifo nosso], ou seja, a potência de cada um”.

indivíduo, (re)significando essas informações, não é um receptáculo de informações vazio e desprovido de ação.

Sobre essa questão, Boltanski (2004) aponta que o discurso médico sobre as doenças, por exemplo, é ressignificado pelo sujeito, na medida em que o doente necessita construir, com seus próprios meios, um discurso sobre a doença a partir dos elementos apropriados da fala do médico (discurso científico).

[O indivíduo] toma do discurso médico termos que 'são aptos a uma descontextualização' e que, destacados do contexto, conservam um sentido, seja porque se trate de termos médicos que passaram para a língua comum mas que conservaram sua raiz ou mesmo por sua sonoridade, enfim, pelo seu valor expressivo, evocam palavras da língua comum. Com esses poucos termos esparsos e que resistiram à [...] seleção feita pelo médico e pelo doente, [o segundo] vai tentar reconstruir um discurso coerente ou, pelo menos, tendendo à coerência (BOLTANSKI, 2004, p. 64).

Dessa forma, o sujeito faz uma seleção, retendo os termos que reconhece – ainda que seu significado “científico” seja ignorado. E para essa reconstrução, o indivíduo reatribui sentido aos termos que tomou do discurso do médico, reinterpretando-os, e preenche os “espaços” entre eles. Ou seja, o indivíduo realiza o movimento de aproximar o desconhecido do conhecido (BOLTANSKI, 2004).

[Para “reconstruir” o discurso científico, o indivíduo precisa] em primeiro lugar, reatribuir um sentido aos termos que tomou do discurso do médico, reinterpretando-os e, em segundo lugar, preencher o vazio que fica entre esses termos, da mesma maneira que o arqueólogo reconstitui um texto do qual não restam mais que fragmentos (BOLTANSKI, 2004, p.64-65)

As informações recebidas, no que diz respeito à atividade física e saúde, relacionam-se com várias outras e de diversas outras fontes, passando por um processo de significação e atribuição de sentido. Assim, a lógica epidemiológica que tem subsidiado a intervenção profissional no âmbito da saúde pode não ter, para o indivíduo, a mesma relevância que um outro saber, construído a partir de um outro modo de pensar. Ou seja, a racionalidade epidemiológica pode não ser a única ou a prioritária no sentido de nortear as ações dos indivíduos.

Nesse sentido, nos intriga a questão: como o indivíduo percebe/significa o termo saúde? Acreditamos que Lefèvre e Lefèvre (2009) podem nos fornecer indícios que nos auxiliem nessa compreensão. Conforme argumentam, a saúde

– ou, nas palavras dos autores, “saúde/doença” – pode ser compreendida de três pontos de vista distintos: ponto de vista dos indivíduos; ponto de vista do sistema produtivo; e ponto de vista técnico.

[...] do ponto de vista dos **indivíduos**, a saúde pode ser vista como um *estado* de um ou de uma parte de um corpo/mente de um indivíduo ou de uma coletividade[...]; do ponto de vista do **sistema produtivo** e também dos atores sociais e institucionais que dele fazem parte, a saúde pode ser entendida como mercadoria que incorpora nela própria a *saúde como valor reificado* [...], cuja compra pelo consumidor implica que possa tomar posse da “coisa saudável” a ele vendida; [do] ponto de vista **técnico**, a saúde pode ser vista como um tipo específico de *poder ou autoridade* [...]. Poder de que são investidos um conjunto de profissionais ou especialistas e suas instituições para conceituar saúde e doença; prescrever saúde (comportamentos saudáveis); produzir ou mais comumente aplicar tecnologia e ações – que, por sua vez, produzirão um “efeito” de saúde em indivíduos e populações – e atestar que uma determinada pessoa ou comunidade é ou está saudável ou doente (LEFEVRE e LEFEVRE, 2009, p.45-47).

Nessa perspectiva, a saúde pode ser compreendida de três formas distintas – sensação, mercadoria e poder – as quais geram três interesses distintos: sentir saúde (interesse do indivíduo); vender saúde (interesse do sistema produtivo ou do mercado e de seus atores); exercer o poder de proporcionar saúde (interesse do técnico ou do profissional e especialista em saúde) (LEFEVRE e LEFEVRE, 2009).

No entanto, entendemos que essas perspectivas, que muitas vezes se tensionam, convergem na medida em que dão centralidade à noção de estilo de vida. Ou seja, embora haja diferenças significativas em relação à compreensão de saúde e o sentido atribuído ao termo, os discursos convergem em direção à noção de estilo de vida, cujo tensionamento retomaremos no tópico seguinte.

Todavia destacamos desde já que estilo de vida³⁷ é um conceito que busca relacionar hábitos de vida a escolhas. Ou seja, entende-se que determinado sujeito adota determinados comportamentos porque optou por eles. Nesse

³⁷ Estilo de vida é aqui compreendido como “[...] um conjunto relativamente integrado de práticas individuais voltadas para necessidades utilitárias e que representam vestígios da identidade de cada ser, pois, além do ‘como agir’, refere-se a ‘quem ser’. Tais práticas consistem em ações aparentemente automáticas relativas a hábitos de comer e de vestir-se, a formas de morar, a modos de deslocar-se espacialmente, a lugares a frequentar etc. Numa perspectiva elitizada, incluem-se padrões relativos à ideia de um ‘bom gosto’. Mas o estilo de vida não costuma estar acessível a não consumidores, já que depende das possibilidades de acesso de aquisição à variedade de opções disponíveis” (GIDDENS apud CASTIEL, GUILAM & FERREIRA, 2010, p.48)

caso, quando se trata de estilo de vida, o foco é o indivíduo – compreendido enquanto “dono” de seus comportamentos e, por conseguinte, responsável por eles. Essa forma de compreender o comportamento humano reduz a multiplicidade de fatores que o compõem, secundarizando, por exemplo, as condições socioeconômicas.

Buscando ilustrar o argumento, utilizaremos como exemplo a frequência dos indivíduos ao módulo do SOE do Bairro de Lourdes. Indícios nas falas dos usuários apontam para a valorização das atividades oferecidas nesse local. Todavia, eles argumentam que amigos e conhecidos não o frequentam por não se sentirem seguros na praça³⁸. Isso indica que frequentar (ou não) o SOE não depende exclusivamente de sua vontade, do ponto de vista racional. Existem outros elementos que influem nessa “escolha”.

Isso posto, pensar em estilos de vida, representa dar centralidade ao indivíduo como responsável por sua saúde. Em determinados contextos, todavia, o que aqui denominamos margem de escolha pode estreitar-se ou ampliar-se, de acordo com determinados fatores que não dependem exclusiva e necessariamente do indivíduo.

[...] uma crítica comum ao conceito de estilo de vida (e também à noção de ‘autonomia’) se refere ao seu emprego em contextos de miséria e aplicado a grupos sociais em que as margens de escolha praticamente inexistem” (CASTIEL, GUILAM & FERREIRA, 2010, p.52).

Ou seja, muito se enfatiza a participação do indivíduo na “moldagem” de seus comportamentos e hábitos de vida, no sentido de constituírem-se enquanto escolha. No entanto, é necessário questionar: que opções estão, de fato, disponíveis para que o indivíduo escolha? Qual a (real) margem de ação que esse indivíduo possui para que seus hábitos sejam vistos como escolhas puramente racionais?

2.2 O paradoxo do risco

O discurso do risco, no âmbito da saúde, é explicitamente direcionado aos estilos de vida, no sentido de ser categoria fundamental na explicação dos

³⁸ Utilizamos, nesse momento, a situação apresentada apenas para ilustrar a discussão. Retomaremos essa questão com a devida atenção no Capítulo III.

quadros sanitários, bem como possibilidade através da qual são vislumbradas modificações destes.

A noção de estilo de vida constitui-se enquanto desdobramento da racionalidade epidemiológica, empenhada no estabelecimento de relações de causalidade entre fenômenos e, nesse caso, mais especificamente, entre “força de vontade” e comportamentos e, o conseqüente surgimento de patologias.

Nesse sentido, associam-se comportamentos com a possibilidade de surgimento de determinadas patologias, bem como determinadas patologias são associadas ao surgimento de outras como, por exemplo, associação da obesidade (tida como patologia) com o surgimento de diabetes, hipertensão arterial, dentre outras.

A preocupação com a validade proposicional dos enunciados epidemiológicos limitou-se, desse modo, ao alcance formal de seus proferimentos. A epidemiologia do risco restringiu-se à construção e verificação de associações probabilísticas entre eventos empíricos de interesse no campo da saúde (AYRES, 2002, p.37).

Comportamentos adjetivados de “inconseqüentes”, “insensatos”, “descuidados”, dentre outros se associam à obesidade. Nesse sentido, os comportamentos são pinçados do contexto com o qual se relacionam e do qual emergem, sendo compreendidos enquanto unidades independentes, alimentadas exclusivamente pela força de vontade (ou falta desta) do indivíduo, contribuindo para uma visão de comportamento do ponto de vista estritamente cognitivo. Isso posto, cabe o alerta de que

[...] políticas de saúde ‘pública’ que consistem em exortar os indivíduos e mudar seus comportamentos estão muito mais para uma estratégia de proteção das instituições do que de transformação das condições de saúde da população (CASTIEL, GUILAM & FERREIRA 2010, p.70).

Disso decorre que, dentro da racionalidade epidemiológica e do conceito de estilo de vida, para que quadros sanitários sejam modificados, é suficiente que as pessoas modifiquem seu comportamento, seus hábitos. Basta que o indivíduo tenha força de vontade ou, em outras palavras, que queira e decida por adotar outros comportamentos.

[...] na esteira da racionalidade epidemiológica, são cada vez mais numerosas as iniciativas de medição, avaliação e controle dos riscos. No entanto, é ingênua e ilusória a pretensão de total controle dos riscos potenciais à saúde. Primeiro, porque as decisões humanas não são pautadas em critérios exclusivamente racionais. Segundo,

porque, como o risco é socialmente construído, seu significado sempre variará no tempo e no espaço (CASTIEL, GUILAM & FERREIRA, 2010, p.70).

Castiel, Guilam & Ferreira (2010) argumentam que o risco é inerente à vida e que a concepção de risco e os próprios riscos são socialmente construídos, enfatizando a perspectiva de pensar a saúde a partir de condições de vida. Por se tratar de algo construído, a noção de risco varia no tempo e espaço (BECK, 2010; AYRES, 2008).

Embora alguns enunciados epidemiológicos sejam tomados como verdades, não se pode perder de vista que dizem respeito a determinados fatores situados no tempo e no espaço e, sobretudo, sob condições específicas.

Tem-se já aqui, a partir desta breve recuperação, elementos suficientes para sustentar a proposição de que, ao longo de seu processo de constituição histórica, o risco epidemiológico adquiriu duas características epistemológicas que o colocam [em uma] posição paradoxal [...]. De um lado, seu caráter especulativo e substantivamente instrumental o deixa em condições de expandir de forma potencialmente ilimitada a investigação acerca de associações entre eventos de interesse prático para a saúde. Nesse sentido, a busca pelo conhecimento dos aspectos associados a uma referência positiva de saúde poderia se apoiar fortemente na epidemiologia. Por outro lado, a rarefação teórica, relacionada ao apoio estratégico das inferências epidemiológicas na positividade biomédica, tornou-a refém da doença ou de eventos relacionados. Não há qualquer referência autônoma positiva que permita à epidemiologia validar conhecimentos acerca de uma configuração sócio-sanitária favorável ou desfavorável à qualidade de vida, para além da indicação das probabilidades de ocorrência ou prevenção de agravos (AYRES, 2002, p. 36).

Sendo o risco uma probabilidade/possibilidade, os chamados fatores de risco são associações estatísticas que buscam prever o aparecimento de determinado fenômeno. Todavia, eliminar os comportamentos rotulados de “de risco” podem apenas diminuir as chances de surgimento de determinada patologia sem, contudo, assegurar que sua manifestação ocorra. Ou seja, modificar comportamentos, nesse sentido, pode contribuir para a não-manifestação de fenômenos patológicos específicos sem, contudo, assegurar que não ocorram, dadas as incertezas inerentes à própria vida.

Dessa lógica deriva-se que eliminar o risco é, em alguma medida, eliminar a potência da vida, a capacidade do indivíduo de reinventar-se em sua margem possível de ação, na medida em que o risco, a divergência e a adversidade fazem parte da vida. A abertura ao risco é necessária (CAPONI, 2003). Isso não implica radicalizar nosso argumento/posicionamento no sentido de sermos

contrários ao combate de determinados riscos. Tal posicionamento representaria uma regressão frente aos avanços elaborados na modernidade. Portanto, ao tratarmos da abertura ao risco, buscamos dar visibilidade ao dinâmico movimento da vida, admitindo suas convergências e tensões.

Retomando a discussão sobre risco enquanto algo socialmente produzido e legitimado, vivenciamos a sociedade (industrial) do risco, onde “a produção social de riqueza é acompanhada sistematicamente pela produção social de riscos” (BECK, 2010, p. 23).

É fundamental, no entanto, destacar que os riscos não são uma invenção moderna, mas assumem, hoje, conotação diferente de outrora. Nesse sentido,

Os riscos e ameaças atuais diferenciam-se [...] de seus equivalentes medievais, com frequência semelhantes por fora, fundamentalmente por conta da *globalidade* de seu alcance (ser humano, fauna, flora) e de suas causas *modernas*. São riscos da modernização³⁹. São um *produto de série* do maquinário industrial do progresso, sendo *sistematicamente* agravados com seu desenvolvimento ulterior (BECK, 2010, p.26).

Esse posicionamento reforça a noção de que o risco é produzido socialmente e que, portanto, varia no tempo e espaço. O próprio processo denominado pelo autor de modernização causa ou, no mínimo, favorece o surgimento de riscos que devem ser combatidos.

A modernização proporcionou uma série de avanços no campo sanitário, através do desenvolvimento de tecnologias. No entanto, nesse mesmo processo, encontra-se embutido o paradoxal surgimento de novos desafios ao campo sanitário. Para que o argumento se torne mais claro, tomaremos como exemplo a fala de Ortega (2008, p.38-39):

[...] a mesma cultura que produz a obsessão pela malhação, a dieta saudável, e qualquer produto novo de *fitness*, saúde ou beleza, gerou também os casos extremos de sedentarismo, a *fast-food*, e toda uma gama de drogas sintéticas. Corpos malhados e sarados convivem lado a lado com obesos reticentes e fumantes empedernidos. [...]. O aumento na complexidade de um sistema resulta na diversificação periférica, conservando, no entanto, a coerência global, o que faz com que coexistam e se potencializem mutuamente fenômenos tão

³⁹ Na obra de Beck (2010), modernização é compreendida como um termo generalizante e diz respeito ao “[...] salto tecnológico de racionalização e a transformação do trabalho e da organização, englobando para além disto muito mais: a mudança dos caracteres sociais e das biografias padrão, dos estilos e formas de vida, das estruturas de poder e controle, das formas políticas de opressão e participação, das concepções de realidade e das normas cognitivas” (BECK, 2010, p.23).

paradoxais como o bioascetismo e a displicência somática, ambos manifestações da diversidade periférica.

Nesse sentido, por um lado, observamos os apelos pelo consumo de refeições rápidas (fast-food), no intuito de economizar tempo; a possibilidade de deslocamento rápido – através de automóveis, trens, metrô e outros meios de transporte que pouco exigem da capacidade física do indivíduo que os utiliza –, que de possibilidade transforma-se em necessidade; a busca crescente por estabelecimento de moradias em grandes centros urbanos – onde a qualidade do ar, por exemplo, tem decaído exponencialmente – na busca por melhores condições de empregabilidade ou, no mínimo, melhores condições de subsistência etc. Por outro lado, temos observado o crescimento quantitativo de indivíduos considerados obesos e sedentários, a sobrecarga dos serviços de assistência à saúde, dentre diversos outros “efeitos”.

Isso posto, recorreremos ao questionamento de Beck (2010, p.24) na tentativa de avançar na discussão:

Como é possível que as ameaças e riscos sistematicamente coproduzidos no processo tardio de modernização sejam evitados, minimizados, dramatizados, canalizados e, quando vindos à luz sob a forma de “efeitos colaterais latentes”, isolados e redistribuídos de modo tal que não comprometam o processo de modernização e nem as fronteiras do que é (ecológica, medicinal, psicológica ou socialmente) “aceitável”? (BECK, 2010, p.24)

Na teoria de Beck (2010), a produção de riscos dá-se pela característica “reflexiva” da modernidade, no sentido de constituir-se enquanto tema e problema, ou seja, “não se trata mais, portanto, ou não se trata mais exclusivamente de uma utilização econômica da natureza para libertar as pessoas de sujeições tradicionais, mas também e sobretudo de problemas decorrentes do próprio desenvolvimento técnico-econômico” (BECK, 2010, p.24).

Buscamos evidenciar, a partir da fala de Beck (2010) que o risco varia no tempo e no espaço e, portanto, sua (re)construção é contínua e não alheia ao processo de modernização, pois a busca pelo que é desejado pode gerar também o indesejado ou, nas palavras de Bauman (1999), a busca pela ordem gera a ambivalência.

Se a modernidade diz respeito à produção da ordem, então a ambivalência é o *refúgio da modernidade*. A ordem e a ambivalência são igualmente produtos da prática moderna [...]. A ambivalência é,

provavelmente, a mais genuína preocupação e cuidado da era moderna [...] (BAUMAN, 1999, p.23)

Esse processo de produção de ambivalência, no campo sanitário, pode ser compreendido a partir da transitoriedade e instabilidade de concepções inerentes ao contexto moderno. Os especialistas estão constantemente mudando de ideia sobre o que é benéfico ou maléfico ao indivíduo. Nesse sentido, Bauman (2001, p.93) complementa que

[...] O que ontem era considerado normal e, portanto, satisfatório, pode hoje ser considerado preocupante, ou mesmo patológico [...] A ideia de 'doença', outrora claramente circunscrita, torna-se cada vez mais confusa e nebulosa. Em vez de ser percebida como um evento excepcional com um começo e um fim, tende a ser vista como permanente companhia da saúde, seu 'outro lado' e ameaça sempre presente: clama por vigilância incessante e precisa ser combatida e repelida dia e noite, sete dias por semana. O cuidado com a saúde torna-se uma guerra permanente contra a doença. E, finalmente, o significado de um 'regime saudável de vida' não fica parado [...]. O alimento que se pensava benéfico para a saúde ou inócuo é denunciado por seus efeitos prejudiciais a longo prazo antes que sua influência benigna tenha sido devidamente saboreada. Terapias e regimes preventivos voltados para algum tipo de enfermidade aparecem como patogênicos em outros aspectos; a intervenção médica é cada vez mais requerida pelas doenças 'iatrogênicas' – enfermidades causadas por terapias passadas. Quase qualquer cura apresenta grandes riscos, e mais curas são necessárias para enfrentar as consequências de riscos assumidos no passado.

O extrato apresentado ilustra a instabilidade dos conhecimentos e informações, na medida em que o próprio contexto da modernidade é propulsor de determinadas condutas/comportamentos e, ao mesmo tempo, combate-os. No caso específico da atividade física, por exemplo, o “conforto” proporcionado pela modernidade é também combatido. Não se trata, contudo, de buscar uma origem para determinados processos patológicos. Intentamos, sobretudo, ilustrar a característica ambivalente da modernidade, no que se refere ao processo saúde-doença.

Na tentativa de eliminação da contingência, no tangente ao processo saúde-doença, o pano de fundo de que fala Canguilhem (2010) é desconsiderado, havendo retirada e conseqüente isolamento do processo saúde-doença de seu contexto. Ou seja, alguns dos chamados “fatores de risco” são subprodutos do processo de modernização e, portanto, não estão desvinculados nem tampouco se constituem enquanto “desvios” desse processo.

Faz-se necessário, contudo, destacar que não buscamos nos posicionar contrários ao processo de modernização ou aos benefícios proporcionados por

ele. O que buscamos é refletir sobre as possíveis consequências desse processo no âmbito da saúde, buscando desconstruir a ideia de que um indivíduo é única e inteiramente responsável por suas ações ou, em outras palavras, pelo chamado estilo de vida.

Se saúde diz respeito à capacidade de ação do indivíduo para superar as adversidades (CANGUILHEM, 2010), então é necessário aceitar que elas existem e que fazem parte do movimento da vida. Assumir essa postura não é simples, pois implica considerar, dentre outros, a subjetividade do comportamento, bem como os sentidos e significados diversos a eles atribuídos.

Diante do apresentado, permanecem questões como, por exemplo: como os indivíduos estabelecem suas “escolhas”? Qual o parâmetro norteador? O que dá ao discurso do estilo de vida ativo a força e projeção que possui?

Por acreditarmos que a reflexão, nesse momento, torna-se mais necessária que respostas, devemos nos debruçar sobre elementos que nos auxiliem na tentativa de compreender o que leva as pessoas a, possivelmente, assimilarem e reproduzirem o discurso do “estilo de vida”, pensado enquanto conjunto de ações individuais, fruto da vontade do próprio indivíduo.

As estratégias de normatização que envolvem certo controle sobre a vida têm sido centradas no âmbito individual, no sentido de serem explicitamente direcionadas aos indivíduos e o que estes podem fazer por si mesmos, culminando em uma estreita relação entre **poder fazer e dever fazer**.

Buscando compreender melhor esse processo, acreditamos serem fundamentais contribuições que nos possibilitem pensar sobre como a noção de investimento na vida assume um viés fundamentalmente individualista que, todavia, visa a um “bem comum”.

No diagnóstico de Bauman (2001), o ato de escolher é interpretado como “liberdade”, no sentido de que o indivíduo possui “autonomia” para fazer a escolha que lhe for mais conveniente/prudente. Escolher, portanto, torna-se imperativo, na medida em que não escolher não é uma opção disponível/viável. Nesse sentido, uma possibilidade (escolher) torna-se um dever.

Podemos dizer que [...] a cultura é feita na medida da liberdade de escolha *individual* (voluntária ou imposta como obrigação). É *destinada* a servir a exigências desta liberdade. A garantir que a escolha continue a ser *inevitável*: uma necessidade de vida e um *dever*. [...] A cultura de hoje é feita de *ofertas* [...] (BAUMAN, 2010, p.33).

Diante da necessidade de escolher, a questão que se coloca é: como escolher? Ainda na perspectiva de Bauman (2001), na atualidade, os indivíduos contam com suporte dos conselheiros, que surgem como atualização do que o autor chama de líderes. Enquanto a figura do líder representa autoridade e segurança, não se pode afirmar o mesmo em relação ao conselheiro. O número de conselheiros é muito maior que o de líderes, permitindo a “[coexistência de] autoridades em número tão grande que nenhuma poderia se manter por muito tempo e menos ainda atingir a posição de exclusividade” (BAUMAN, 2001, p.76). Isso posto, o conselheiro necessita de legitimação de sua autoridade pelo indivíduo. Porém,

[...] ‘numerosas autoridades’ é uma contradição [pois] quando autoridades são muitas, tendem a cancelar-se mutuamente, e a única autoridade efetiva na área é a que pode escolher entre elas. É por cortesia de quem escolhe que a autoridade se torna uma autoridade. As autoridades não mais ordenam; elas se tornam agradáveis a quem escolhe; tentam e seduzem (BAUMAN, 2001, p.76).

Se o líder caracterizava-se por apontar o caminho (correto) a ser seguido, os conselheiros são múltiplos e mostram percursos diversos, cabendo ao indivíduo escolher qual deles seguir.

[...] uma diferença crucial entre líderes e conselheiros é que os primeiros devem ser seguidos e os segundos precisam ser contratados e podem ser demitidos. Os líderes demandam e esperam disciplina; os conselheiros podem, na melhor das hipóteses, contar com a boa vontade do outro de ouvir e prestar atenção. E devem primeiro conquistar essa vontade bajulando os possíveis ouvintes. [Os conselheiros] cuidam de nunca pisar fora da área fechada do privado. Doenças são individuais, assim como a terapia; as preocupações são privadas, assim como os meios de lutar para resolvê-las. [Os conselhos] se referem ao que as pessoas aconselhadas podem fazer elas mesmas e para si próprias, cada uma para si – não ao que podem realizar em conjunto para cada uma delas, se unirem forças (BAUMAN, 2001, p.77).

Enquanto o líder exercia seu domínio sobre a esfera pública, o conselheiro o faz na esfera privada, e não a ultrapassa. Ou seja, a natureza dos conselhos está circunscrita ao campo particular, no sentido de que diz respeito ao que o indivíduo deve ou não fazer. Os conselhos, conforme aponta Gomes (2009, p.12), são “[...] subsidiados por especialistas científicos com a função de

realizar ações e apresentar informações e “verdades” (discursos normatizadores)”).

O papel do expert ou especialista só pode surgir quando [se] busca moldar ou modificar a conduta humana. Esse papel sem dúvida foi outra consequência do importante redesdobramento de poder social associado ao nascimento da Era Moderna. Sua ascensão espetacular resultou de uma nova compreensão de que a conduta humana ajustada para a manutenção da ordem social desejada não pode ser deixada ao juízo individual ou àquelas “forças naturais” que tão bem pareciam tomar conta dela no passado (BAUMAN, 2010, p.74).

Há, portanto, a busca por conduzir o indivíduo pelo caminho correto. Todavia, múltiplos são os caminhos considerados corretos, posto que os conselheiros podem divergir sobre determinado tema/objeto. Se múltiplos são os caminhos (conselhos), qual deve ser seguido? De quem é a responsabilidade pela escolha realizada?

Cabe lembrar que se é de responsabilidade do indivíduo decidir que escolha fazer e que conselhos/conselheiros seguir, as consequências advindas dessas escolhas são de responsabilidade dos próprios indivíduos. Ou seja, se por um lado, a possibilidade de escolher trouxe aos indivíduos maior liberdade, por outro trouxe maior responsabilidade.

Disso decorre, no que se refere ao processo saúde-doença, a responsabilização do indivíduo por “não ter feito a escolha correta”. Ou seja, se o indivíduo apresenta alguma doença é porque não tomou a decisão correta e/ou foi imprudente.

Contudo, destacamos que os conselheiros são “descartáveis”, no sentido de que o indivíduo transita por diferentes âmbitos, estando, portanto, em contato com conselheiros diversos e das mais diversas naturezas/vertentes, podendo *contratá-los e/ou demiti-los* caso julgue conveniente (BAUMAN, 2001)

Há que se ponderar, ainda, que manter a ênfase nas ações individuais – das quais o indivíduo, em tese, possui “controle” – e a adjetivação de determinadas condutas como “de risco” parece indicar uma tentativa de busca por segurança. Nessa lógica, se cabe ao indivíduo o controle sobre suas ações, em alguma medida, é possível que ele controle os riscos. Ou seja, controlar comportamentos representa, de alguma forma, controlar riscos. Ademais,

manter o foco no indivíduo permite que se pense o risco (e o combate a ele) isolado de um contexto mais amplo.

[...] numa época de incertezas, é confortável pensar que o comportamento individual pode reduzir o risco de doenças e, no limite, de morte prematura. É cômodo admitir que, pelo menos, algumas doenças resultam de circunstâncias sobre as quais o indivíduo tem controle. Além disso, sugere que a saúde pode ser obtida sem mudanças socioeconômicas mais profundas (CASTIEL, GUILAM & FERREIRA, 2010, p. 70).

Dessa forma, considerar o comportamento/hábitos dos indivíduos enquanto posse e de controle dos mesmos, traz certa sensação de segurança, no sentido de que é possível, em alguma medida, dominar/manipular seu próprio futuro. Se, por um lado, é confortável pensar dessa forma, por outro, a responsabilização do indivíduo, bem como a assimilação dessa responsabilidade, permite que a saúde seja pensada do ponto de vista individual, no sentido de ofuscar a necessidade de mudanças mais profundas. Ou seja, trata-se de compreender que, se o indivíduo tem controle sobre seus hábitos e estes dependem exclusivamente de sua vontade, então mudanças possíveis/necessárias devem emergir também do indivíduo.

No campo da Educação Física essa crença encontra-se fortemente arraigada e perpetua a ideia de que o comportamento humano deve pautar-se nos saberes advindos da biomedicina. A relação causa-efeito estabelecida entre “comportamentos de risco” e o processo de desenvolvimento de determinadas patologias ditam comportamentos corretos (do ponto de vista racional e moral) a serem seguidos, independentemente das condições que os (in)viabilizem.

[...] os saberes e práticas em saúde que prevalecem na Educação Física são ainda os que se fixam em dados estatísticos, que reduzem o processo saúde-doença a uma relação causal determinada biologicamente, que desconsideram a história da sociedade, e que tendem a responsabilizar, única e exclusivamente, o indivíduo pela sua condição de vida” (CARVALHO, 2005, p.102).

Na busca dos indivíduos por ações “seguras”, é fundamental assumir que estes recorrem aos conselheiros, no intuito de obter segurança/confiabilidade. Contudo, conforme destacado anteriormente, os conselheiros nem sempre não consensuais, fazendo emergir a questão: como lidar, então, com os conselhos? Dessa pergunta, outras podem derivar-se e, dentre elas, devido aos objetivos a que se propõe esse estudo, destacamos: Que sentido(s) recebe a atividade

física? Como a saúde é interpretada/encarada/vivenciada pelos indivíduos? Quais conselhos são seguidos e quais são “ignorados”?

2.3 Atividade física e saúde: um mercado de informações

Atividade física e saúde encontram-se imbricadas de tal forma que sua dissociação parece ser algo impensável, uma vez que o estreitamento de suas relações culmina no estabelecimento de relação causa-efeito entre ambas, no sentido de que a atividade física gera saúde (biológica).

Dentro dessa perspectiva, tem crescido de forma exponencial o incentivo à prática de atividade física. Embora este seja um apelo de proporções internacionais, Carvalho (2004) destaca que, em relação ao contexto nacional,

Nos últimos tempos a sociedade brasileira vem transformando-se em grande consumidora de atividade física. Muitos são os apelos para transformá-la em ‘necessidade básica’, parece até que o homem está escravizado a ela, sendo essa noção muito difundida pelos veículos de comunicação de massa e, também, pelas áreas afins – Educação Física e Medicina. Há um esforço organizado para que o indivíduo incorpore e materialize o ‘pensar e agir’ a respeito e em virtude da atividade física (CARVALHO, 2004, p.95).

A atividade física, de uma possibilidade de manifestação do sujeito humano, constitui-se enquanto exigência, no sentido de arbitrar um **dever fazer**. Dessa forma, se “atividade física é saúde”, quem não se encontra engajado em um programa de atividade física regular, por dedução, é descuidado, imprudente, dentre outros. Devemos ponderar, porém, que esse processo não está dissociado de relações de produção/consumo.

Esse consumismo refere-se aos bens e serviços relacionados à atividade física e, por consequência, à saúde. Conforme argumenta Carvalho (2004), a atividade física está “ao alcance de todos” e seu consumo pode efetivar-se de maneiras distintas. No entanto, “[...] cada uma dessas formas requer gastos de determinados bens materiais [...], tempo disponível e esforços outros” (CARVALHO, 2004, p.97). Dessa forma, a atividade física é um produto de consumo individual.

Uma parcela significativa do campo da Educação Física⁴⁰ tem se apropriado, portanto, da atividade física enquanto mercadoria e, nesse sentido, compõe, juntamente com outros bens produzidos, o que se atribui à qualidade de vida da população. Nesse sentido, para além do exposto, esse processo de mercadorização exerce também um importante papel econômico, no sentido de associar à atividade física produtos/bens de consumo como, por exemplo, tênis, roupas específicas, dentre outros (CARVALHO, 2004).

Além disso, é possível falar sobre um outro tipo de consumo que não se relaciona a bens materiais, mas a informações/ideias. Ou seja, relaciona-se ao estilo de vida ativo tanto produtos e serviços, como comportamentos/conduitas, informações e ideias. Dessa forma, o que e como se produz em termos de informação poderia influenciar na maneira como os indivíduos consomem.

O sedentarismo, tido enquanto oposto à vida ativa, sofre processo de demonização, no sentido de ser fortemente criticado e de representar um obstáculo à coletividade. O não-movimento relaciona-se à preguiça, ao comodismo, à improdutividade. Por isso o indivíduo considerado sedentário (independentemente do parâmetro que se utilize para tal classificação) necessita ser convencido de sua “condição” (errada), bem como a tomar atitudes frente a isso. Ou seja, é preciso tornar consciente seu desvio à norma (ser ativo) e convencê-lo de que ser sedentário é inadequado e, em última instância, inadmissível. A informação, nesse contexto, assume esse papel mobilizador.

A atividade física, conforme demonstra Fraga (2006b), manteve seu foco por muito tempo na capacidade aeróbica do indivíduo, no sentido de ser esta sua unidade de medida. No entanto, houve deslocamento desse foco para o gasto energético diário e, a partir de então, este assume centralidade na “mensuração” e quantificação de atividade física. Ou seja, a informação de que atividade física relaciona-se com a saúde, em termos causais, através da capacidade de captação máxima de oxigênio, subsidiada por especialistas ou, como aqui chamamos, conselheiros, dá espaço a uma nova visão dessa

⁴⁰ Rupturas podem ser observadas, por exemplo, através dos estudos desenvolvidos por Fraga (2006a) (2006b) e Carvalho (2004), dentre outros. Os estudos aqui citados representam, de maneira simbólica, descontinuidade em relação à concepção apresentada.

relação causal, a partir do gasto energético, também subsidiada por eles. Não se trata somente de uma mudança de foco. É necessário pensar nas implicações dessa mudança, destacando que

[...] a atividade física homogeneiza o coletivo porque é impessoal, padroniza e nivela o corpo, com base na racionalidade biomédica, ao mesmo tempo em que o desqualifica ao destituir o humano do movimento (CARVALHO, 2007, p.65).

Tendo o gasto energético como parâmetro para “mensuração” da atividade física, torna-se possível incluir **qualquer** atividade realizada, inclusive as mais corriqueiras, nessa categoria, a partir da conversão do trabalho realizado em energia dispendida. Dessa forma, qualquer atividade humana pode ser transformada/convertida em números que representam uma determinada parcela de uma meta a ser cumprida, no que se refere ao gasto energético.

Desse ponto de vista, toda e qualquer atividade equipara-se, no sentido de não haver diferenciação, dado que o objetivo é único – aumentar os números do dispêndio energético diário – não necessariamente eliminando mas, no mínimo, desconsiderando toda a (inter)subjetividade presente no movimento. Nessa perspectiva, passar horas caminhando e conversando com um amigo na praia é o mesmo que passar as mesmas horas caminhando em uma esteira, na mesma velocidade.

Esse tipo de olhar é fruto de uma tentativa de controle sobre a vida, via informação, já que esta tem se tornado fundamental enquanto “estratégia” de controle, a partir da noção de estilo de vida ativo, atuando no que caracterizamos anteriormente como consumo de ideias/ideologias. No entanto, o controle não se exerce mais de forma presencial mas, fundamentalmente, de maneira remota (FRAGA, 2006a).

Na era do estilo de vida ativo, torna-se muito mais importante exercer domínio sobre o campo conceitual [...] e fazer valer determinadas recomendações no espaço aberto da mídia do que exercer controle do tipo *real time* sobre a movimentação corporal. Informar é a ação requerida para tal finalidade, é o verbo que comanda o movimento pró-vida ativa [...] (FRAGA, 2006a, p.26).

Conforme evidenciaremos adiante, no desenvolvimento do SOE, este deixa de ser privilegiadamente o local da prática assistida de atividade física para tornar-se disseminador de conhecimento/informações, conforme o que foi

caracterizado por Fraga (2006a) no que diz respeito à centralidade da informação enquanto dispositivo de controle (sobre a vida).

Para Fraga (2006a), o que se percebe, hoje, já não é mais um controle direto sobre a execução da atividade física, no sentido de ser orientada e assistida no momento em que ocorre. Esse movimento é feito de maneira remota e a informação é o meio pelo qual esse controle se operacionaliza. Isso posto, informar confunde-se com controlar, na medida em que à informação é vinculada a necessidade de um dever ser/fazer. Ou seja, o ideário do estilo de vida ativo opera na perspectiva de que é necessário informar às pessoas, “fazer a informação circular” (FRAGA, 2006a), para que o indivíduo, de posse das informações (corretas), tome as decisões acertadas e, caso não o faça, seja considerado imprudente/descuidado/descompromissado.

A informação, portanto, é central por permitir um alargamento do alcance e do raio de ação do ideário do estilo de vida ativo, no sentido de que disseminar informações permite ao indivíduo operar com elas “por si só”, adquirindo “autonomia”.

Embora não seja nosso intento aprofundar a discussão sobre o que se compreende por autonomia, é necessário destacar que a ideia de autonomia, nesse contexto, atrelada à noção de liberdade, é controversa, visto que se parte do pressuposto de que, munido de informações, o indivíduo possui as ferramentas necessárias para “libertar-se” do controle direto dos profissionais (embora as informações/conselhos sejam por eles subsidiadas) sobre a atividade física, podendo geri-la por si só. Disso decorre que, acompanha essa “autonomia” o processo de responsabilização do indivíduo por “fazer a escolha correta” e, se não o faz é porque não tem força de vontade/determinação suficientes. Nesse sentido, só “faz a escolha correta” e é, de fato “autônomo”, o indivíduo que age de acordo com a perspectiva da vida ativa.

A questão, a nosso ver, consiste em admitir que se, por um lado, o rompimento do vínculo de dependência profissional-indivíduo é possível, por outro, comporta a ideia de que uma determinada conduta (levar um estilo de vida ativo) é correta, ou seja, cria-se um dever ser, baseado no que se espera do efeito da disseminação de informações sobre estilo de vida ativo.

Nesse sentido, o indivíduo nos parece um ser “autônomo limitado”, sobretudo em determinadas condições, no sentido de que só é autônomo e “livre” se faz o uso correto das informações que tem, ou seja, se está de acordo com o ideário da vida ativa, materializado pelo que Fraga (2006a) denomina “maquinaria do agito”, compreendida como

[uma] série de dispositivos que dá vazão a uma racionalidade físico-sanitária contemporânea, dentro de uma rede mundial de disseminação da atividade física como fator de proteção aos riscos do sedentarismo (FRAGA, 2006a, p.8).

Dessa forma, compreendemos o SOE enquanto disseminador de informações sobre atividade física e saúde, sendo parte integrante do que Fraga (2006a) denomina de maquinaria do agito, na medida em que utiliza argumentos circunscritos na lógica epidemiológica – pautada em um discurso focado em riscos atrelados a determinadas ações/comportamentos – para conduzir os indivíduos a determinadas “escolhas” (corretas), conforme evidenciaremos no capítulo seguinte. Todavia, é necessário destacar que o SOE é apenas um dos meios através dos quais os indivíduos possuem contato com informações sobre atividade física e saúde.

As questões apresentadas tangenciam, de alguma forma o SOE e, no capítulo seguinte, buscaremos estreitar os laços entre as reflexões apresentadas e nosso *locus* de investigação – o módulo do Bairro de Lourdes – utilizando, prioritariamente, as observações do campo e as falas dos usuários do serviço, apontando possíveis tensões e convergências com o discurso do próprio serviço – que será “ilustrado” por meio de fragmentos de materiais de divulgação do próprio SOE.

Capítulo III – Relação atividade física-saúde e SOE: ressignificando conceitos, atividades, locais

Nesse capítulo procederemos a uma análise sobre o ambiente do módulo selecionado como *locus* de investigação, bem como sobre os sentidos nele circunscritos, enfocando quatro aspectos/categorias: (a) a busca pelo serviço; o(s) sentido(s) atribuídos a (b) atividade física e saúde, bem como ao (c) SOE; e a (d) busca dos indivíduos por orientação, no que diz respeito à saúde.

Essas quatro categorias foram elencadas a partir da transcrição das entrevistas, tendo como base núcleos temáticos que acreditamos dar suporte às análises, a partir da recorrência de unidades de significação. As categorias foram estabelecidas da seguinte forma: (a) o acesso ao serviço: o indivíduo mobilizado; (b) atividade física e saúde (c) o espaço do SOE; e (d) busca por aconselhamento.

A primeira categoria diz respeito à aproximação dos sujeitos com o SOE, demonstrando as vias pelas quais eles tomaram conhecimento do serviço, bem como os dispositivos mobilizadores de que dispõem para engajarem-se no espaço oferecido pelo SOE. A segunda trata dos sentidos e (re)apropriações no que tange à atividade física e à saúde. A terceira refere-se aos sentidos atribuídos ao SOE, bem como às (re)significações do espaço do serviço, ou seja, trata-se do SOE vivenciado pelos usuários a partir da percepção deles. A quarta busca compreender a procura por aconselhamento, no que diz respeito à saúde, a partir dos conselheiros mais citados pelos indivíduos.

3.1 O acesso ao serviço: o indivíduo mobilizado

A busca pelo SOE dá-se de maneiras distintas e em momentos diversos, assim como a permanência no serviço. No entanto, alguns pontos de convergência podem ser observados. Dentre eles, dois são citados com maior frequência: a busca pela atividade física, com indicação médica, e o convite de amigo(s) para conhecer o SOE.

[Comecei a vir] através de uma pessoa que começou a frequentar e me convidou. Eu vim e nunca mais parei (Sujeito 3).

[O que me motivou foi] “a tal coisa prática da atividade física” e problema com colesterol alto. O médico falou que eu tinha que fazer atividade física (Sujeito 1).

No caso da busca pela atividade física com base em orientação médica, o SOE, no momento em que o indivíduo se mobiliza para estar nesse espaço, representa a materialização da recomendação dos conselheiros/especialistas médicos.

Nesse sentido, os achados se aproximam do estudo de Fraga et al (2009), através do qual foi possível perceber o papel central assumido pela figura do médico no discurso que envolve atividade física e saúde. No âmbito de nosso estudo, o médico atua de forma dominante na mobilização dos indivíduos para a prática da atividade física. Sua autoridade advém principalmente de sua formação específica e, portanto, das informações às quais possui acesso e que “faz circular”.

Dentre essas informações, o médico evoca e reforça o vínculo entre atividade física e saúde, e reflete-se nas falas dos usuários, seja de maneira explícita ou implícita, a valorização da atividade física, enquanto fundamental para a saúde. No entanto, ao estabelecer suas prioridades, o indivíduo nem sempre coloca a atividade física em primeiro lugar. “Nem sempre ter tempo” indica que outras demandas existem no cotidiano do indivíduo e que a atividade física pode “ficar pra depois” sem, contudo, denotar desvalorização desta. Nesse sentido, há concordância com o ideário do estilo de vida ativo sem que, necessariamente, as recomendações/orientações sejam seguidas, visto que a “decisão” não é tomada apenas do ponto de vista racional (CASTIEL, GUILAM, FERREIRA, 2010).

O médico pediu que eu fizesse atividade física, porque eu estava muito parada. Eu passei pelo endocrinologista porque eu tive uns problemas de saúde há algum tempo; constatei que tenho hipertensão. Tanto o médico [clínico geral], quanto o endócrino me aconselharam a fazer atividade física, então eu fui. Eu sempre gostei de fazer atividade física mas, no dia-a-dia, nem sempre tive muito tempo (Sujeito 10).

O discurso biomédico, explicitamente apologético à prática de atividade física, destacando insistentemente seus benefícios “intrínsecos”, recebe um aliado – o SOE – na disseminação e, sobretudo, na concretização da recomendação, com vistas a manter o corpo em movimento. Ou seja, a ordem é não ficar parado (FRAGA, 2006a).

No entanto, não é possível afirmar que o discurso do estilo de vida ativo emana do médico, no sentido de ter sua origem nele. Esse profissional constitui-se enquanto um legitimador de um discurso onipresente e que se sustenta das mais diversas formas, encontrando eco nos profissionais de saúde, na mídia, fazendo-se presente de senso comum, de forma que, embora não se conheça sua origem, diversos são os agentes que o reafirmam, sustentando-o, legitimando-o, fortalecendo-o.

Eu fiquei sabendo por intermédio de um professor de educação física que deu uma palestra e ele me encaminhou e estou aqui até hoje. Ele trabalha em uma unidade de saúde de Maruípe e é “instrutor de educação física” (Sujeito 5).

O não-movimento é indesejável e, sobretudo, é visto como incorreto. Nesse sentido, a “ordem do agito” encontra reforço no discurso do médico e de outros profissionais de saúde, visto que eles confirmam/reafirmam os malefícios de não se movimentar. Ou seja, desse ponto de vista, o discurso especializado, manifestado através do médico e demais profissionais de saúde, é uma engrenagem que compõe a “maquinaria do agito” (FRAGA, 2006a). Movimentar-se, portanto, já não representa somente um meio de expressão do indivíduo mas, sobretudo, uma necessidade.

Por problema de hipertensão. Minha médica me mandou caminhar. Há 6 anos faço caminhada regularmente. Antes eu fazia de segunda a sábado, mas agora só faço de segunda a sexta. Sou determinada (Sujeito 5).

Assumindo o status de necessidade, o ato de movimentar-se se torna indiferenciado, na medida em que o que importa, de fato, é não estar “parado”. Dessa forma, não há diferença entre que movimento é realizado ou como é realizado. Basta agitar-se (FRAGA, 2006a).

Agitar-se, nesse sentido, aproxima-se do que Gomes (2006) convencionou chamar de vida equilibrada, na medida em que o indivíduo é convocado a combater os excessos (nutricionais, de conforto, dentre outros) da modernidade. Nesse sentido, é necessária uma vigilância constante.

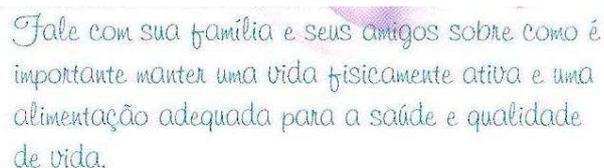
A “vida equilibrada” é composta por conselhos e saberes que enfatizam a necessidade de se evitar os excessos presentes no cotidiano, sejam eles tecnológicos, eletrônicos, cosméticos, nutricionais, sonoros, corporais ou, até mesmo em relação à luxúria [...] (GOMES, 2006, p.107).

Esse “incentivo” e simultâneo combate aos excessos ocorre, na perspectiva de Beck (2010), devido à característica reflexiva da sociedade (industrial) do risco. A mesma sociedade que fornece conforto ao indivíduo, demanda disciplina, determinação, para que não se “deixe levar” pelos excessos. Nesse contexto, os indivíduos necessitam estar em estado de vigilância constante para que não deixem de se movimentar ou, em outras palavras, para que não deixem de agitar-se.

A atividade física me dá mais ânimo, mais disposição. Todo mundo deveria fazer. Muita gente fica com preguiça e fica só comendo, vendo televisão, comendo hambúrguer e muitas outras coisas, aí só vai “esmorecendo”, ficando com depressão. Eu vejo muita gente com depressão, porque não procura cuidar da mente (Sujeito 6).

Em uma sociedade marcada pela instantaneidade e pelo volume de informações e a rapidez com que circulam, é inadmissível/intolerável a estaticidade. “Não ficar sedentária” representa a exaltação de isenção do rótulo de sedentário, bem como o julgamento moral inculcado nele. O sedentário exemplifica uma sensação de obsolescência, frente à incessante necessidade de movimento da contemporaneidade (BAUMAN, 2001).

Não se pode perder de vista, contudo, que a mobilidade de que fala Bauman está relacionada diretamente com o consumo. Nesse caso, trata-se de um consumo, sobretudo, de ideias/informações e da própria atividade física, no mercado da vida ativa (FRAGA, 2006a).



Fale com sua família e seus amigos sobre como é importante manter uma vida fisicamente ativa e uma alimentação adequada para a saúde e qualidade de vida.

Figura 10 – Recorte 1 de material de divulgação do SOE.

Fonte: Serviço de Orientação ao Exercício, [20--a].

O consumo das informações/ideias sobre os benefícios da atividade física requer que o indivíduo que as consome seja um aliado em sua disseminação. Nesse sentido, mais do que aconselhar/fornecer informações, o SOE demanda do indivíduo certo empenho em “fazer a informação circular” (FRAGA, 2006a). Todavia, embora o discurso médico se faça presente, em alguma medida, nas falas dos sujeitos, há indícios de que a circulação de informações/conselhos

não é o único elemento de engajamento em atividades físicas e, nesse sentido, o SOE parece se destacar pela maneira como os sujeitos vivenciam esse ambiente.

Fazer exercício e não ficar parada, sedentária. Principalmente porque o médico pediu pra eu fazer exercício físico. Antes eu fazia na academia, mas eu ficava com muita preguiça de ir, às vezes. Aqui eu me “enturmei” melhor (Sujeito 7).

Chama a atenção na fala do Sujeito 7 a justificativa da escolha do SOE pela necessidade de “enturmar-se”, denotando que a atividade física não está isolada do ambiente em que é vivenciada, e sugerindo que a produção de sociabilidades assume importante papel nas escolhas. Sob tal perspectiva, o SOE é um local de consumo (de informações e atividade física) e, sobretudo, de produção (de relações/encontros).

Se, por um lado, a mobilização na busca pela atividade física (e pelo SOE) dá-se pelo consumo do discurso do médico, bem como da força que esse possui, por outro, os encontros que ocorrem no ambiente do SOE proporcionam possibilidades não circunscritas nesse discurso.

Quando eu comecei a frequentar aqui, estava sem motivação. A princípio foi para encontrar um sentido na vida. Entrar pro SOE foi a melhor coisa que aconteceu comigo. A minha vida estava sem sentido (Sujeito 2).

Há que se ponderar que a atividade física, em alguns casos, assume papel “periférico” na fala dos sujeitos. A atividade física deixa de ser o que, de fato, mobiliza o sujeito a buscar o SOE e torna-se um pretexto, no sentido de legitimar sua presença/permanência no serviço.

A atividade física é legítima no local do SOE e permeia a fala dos sujeitos, na medida em que lhes assegura o acesso a esse espaço. Ou seja, a atividade física é a estratégia de aproximação adotada pelos indivíduos para que possam ter acesso ao SOE e, a partir de sua inserção neste, produzir encontros.

Talvez esse tipo de estratégia deva-se à relativa confusão ou, no mínimo, à dificuldade de dissociação entre SOE e atividade física. O discurso do estilo de vida ativo e a ordem do agito estão engendrados de maneira tão orgânica no SOE a ponto de não haver distinção clara entre o que é um ou outro. Nesse sentido, buscar pelo SOE ou pela atividade física parecem assumir o mesmo

significado, na medida em que ambos se (con)fundem no discurso do próprio serviço.

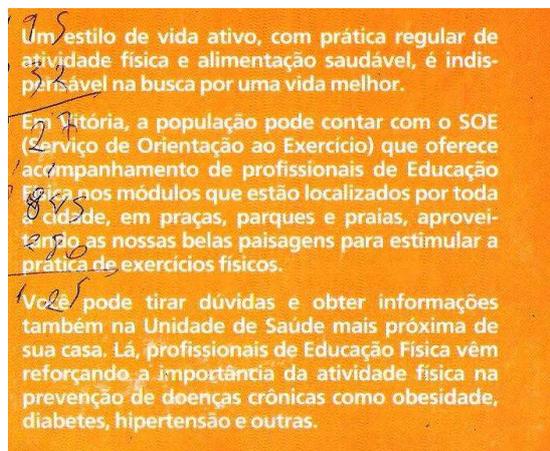


Figura 11 – Recorte 2 de material de divulgação do SOE

Fonte: Serviço de Orientação ao Exercício, [20--b]

O fragmento representa, para além da exaltação/valorização do estilo de vida ativo, o acesso a especialistas, na medida em que o SOE fornece à população orientação especializada e em diversos locais da cidade. No entanto, o ponto central da argumentação está circunscrito ao incentivo à prática regular de atividade física que, embora não seja, necessariamente, assistida pelos especialistas (profissionais de educação física), tem suas recomendações /orientações subsidiadas por eles.

Nesse sentido, a atividade física, em alguma medida, proporciona ao sujeito o acesso ao ambiente do SOE. Essa garantia de acesso permite o encontro com outros sujeitos, o que, em alguns casos, mobiliza o indivíduo. Ou seja, nesse caso, para além de efetivamente dedicar-se à atividade física, é fundamental para o indivíduo estar em meio a outros. Dessa forma, a atividade física torna-se, de acordo com Ceccim e Bilibio (2007) e Carvalho (2010), uma possibilidade de expansão da experiência humana. Essa possibilidade, no entanto, não está diretamente relacionada à atividade física em si, mas ao que ela pode proporcionar (do ponto de vista da experimentação/vivência) ao sujeito⁴¹.

⁴¹ Reforçaremos e aprofundaremos essa questão na categoria que trata do espaço do SOE.

[Essas práticas] ampliam as possibilidades de encontrar, escutar, observar, e mobilizar as pessoas adoecidas para que, no processo de cuidar do corpo, elas efetivamente construam relações de vínculo, de co-responsabilidade, autônomas, inovadoras e socialmente inclusivas, de modo a valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde, que podem ser os parques, as praças e as ruas (CARVALHO, 2006, p.33-34).

Não se pode desconsiderar, evidentemente, que a atividade física, em si, também cumpre o papel de mobilizar o indivíduo a buscar pelo SOE e que existem benefícios potenciais em estar engajado nela. Todavia, a permanência dos sujeitos no SOE está relacionada, para além do consumo do ideário do estilo de vida ativo, às interações que se estabelecem nesse ambiente, mais do que à regularidade ou às orientações dos especialistas (professores) encarregados pela realização das mesmas.

Isso posto, diante da legitimação do discurso veiculado pelo médico, o indivíduo possui “liberdade” para decidir onde/como praticar atividade física. O que, então, determina a “escolha” do SOE? Por que esse e não outro local? O que contribui para que os sujeitos permaneçam no SOE? Os elementos postos em discussão até então podem nos fornecer algumas pistas sobre esse processo. Todavia, as relações estabelecidas nesse ambiente parecem ser determinantes na permanência dos indivíduos.

Se eu paro uma semana ou duas, já sinto que devo voltar a minhas atividades normais. Sempre que retorno é tanto por causa da saúde, quanto por causa das amizades que tenho aqui, bem como a preocupação da professora que me incentiva a voltar [...]. Isso me estimula bastante e é bom para que eu não me acomode (Sujeito 4).

Aqui conheci [a professora] e outras pessoas e isso foi muito bom. Eu acho que vir aqui foi a melhor coisa que eu fiz [...]. A gente se sente melhor, tem mais disposição, fica mais alegre [...], melhora muito a nossa autoestima. Me sinto como se fosse um garoto [...] (Sujeito 2).

Em se tratando de relações estabelecidas, a professora que atua no módulo, em contato com os sujeitos pesquisados, é fundamental para potencializar a capacidade de alargar suas margens de ação, a partir dos encontros. Muitos relatam, em conversas informais, o quanto a relação construída com a professora do módulo é fundamental para a permanência no serviço/módulo. Como reflexo dessa relação, elogios são frequentes à professora.

A [professora] orienta bem e se preocupa com todo mundo. O que ela não sabe, procura saber sobre. Ela orienta as pessoas e é muito “entendida” (Sujeito 8).

A [professora] é ótima. Ela vai além do dever profissional. Nem todos os professores são como ela. Inclusive, em um dia em que não teria

aula, ela ligou avisando. Ela é funcionária pública e não tem um telefone institucional para poder utilizar. Então, ela não tem obrigação de fazer isso. Ela usou o telefone pessoal. É perceptível que ela se realiza fazendo o trabalho dela (Sujeito 11⁴²).

Embora as atividades desenvolvidas nos módulos do SOE sejam praticamente as mesmas, a atuação de cada profissional, de acordo com a professora do módulo, independe da atuação dos outros. Ou seja, cada profissional possui autonomia, do ponto de vista didático/metodológico, para intermediar as atividades desenvolvidas e os usuários notam essa diferença.

Existem diferenças entre os professores. Cada um tem seu estilo (Sujeito 5).

Essa flexibilização permite que possibilidades diversas de interação surjam e, sobretudo, a relação do profissional com os usuários é fundamental no aumento/diminuição de alternativas. O professor, no contexto desse estudo, assume o papel de, para além de intermediador das atividades, potencializador de encontros. Isso não significa, contudo, afirmar que os encontros dependem predominantemente da interferência do profissional e que, portanto, sua influência é imprescindível. Mas implica reconhecer sua capacidade de influir nessas relações.

Deve-se considerar, de maneira não secundária, os encontros produzidos entre profissional e usuários, visto que as relações de poder que se estabelecem parecem ser mais “positivas” na medida em que o profissional desempodera-se, no sentido de colocar-se, acima de tudo, como uma pessoa diante de outra(s).

É necessário, sem dúvida, assumir que o conhecimento construído durante a formação do profissional é necessário. No entanto, esse conhecimento não desqualifica aquele de natureza empírica que o usuário possui. Ou seja, o indivíduo lida tanto com o conhecimento científico quanto “não-científico”. Ambos coexistem e, portanto, não se excluem mutuamente. Buscamos, nesse sentido, argumentar, que embora o profissional tenha determinada visão do indivíduo e sua saúde, não se pode desconsiderar a maneira como esta é vivenciada pelo indivíduo.

⁴² É importante destacar que esse sujeito já participou e ainda participa de atividades oferecidas em outro módulo do SOE. Sua frequência no módulo do Bairro de Lourdes, segundo relato, deve-se à viabilidade dos horários da atividade de yoga.

Durante o tempo de permanência no campo foi possível perceber o quão fundamental é a relação construída entre profissional e usuário(s) do serviço, no sentido de produção de encontros, bem como o papel determinante dessa relação na permanência dos usuários e na produção da sensação de acolhimento. Esse acolhimento não se resume à realização da atividade física pelo sujeito que busca por ela, mas permite a esse sujeito ocupar o espaço que lhe é oferecido, de modo a ser coautor de suas experiências/vivências.

Possibilitar ao indivíduo, portanto, ser sujeito ativo no processo saúde-doença é fundamental e, para tal, é necessário considerá-lo enquanto sujeito, buscando estabelecer relações em que a permuta de informações, conhecimentos, etc. é possível. Em outras palavras, o indivíduo precisa ser compreendido enquanto protagonista de sua existência.

3.2 Atividade física e saúde: um olhar sobre si e sobre o outro

Ao se deparar com o questionamento “o que é atividade física?” os indivíduos participantes da pesquisa demonstram certo desconforto. O termo atividade física não é definido com precisão, sendo tratado de maneira autoexplicativa, no sentido de que dispensaria uma definição⁴³.

Por ser tratado de maneira genérica, no discurso do ideário da vida ativa – englobando qualquer atividade humana, desde dormir a praticar esportes, brincar com os filhos, dentre diversos outros – o termo é compreendido de forma abstrata. Nota-se, portanto, dificuldade em expressar verbalmente o que, de fato, é atividade física, dada a banalização das práticas provenientes desse discurso.

Se, por um lado, há o indicativo de que a atividade física pode assumir significados diversos, por outro, esse movimento de generalização – equiparando, a partir do olhar do gasto energético, qualquer atividade motora – parece demonstrar a disseminação e assimilação do discurso da ordem do agito (FRAGA, 2006a).

⁴³ Destacamos, todavia, que buscamos apenas apresentar uma característica percebida nas entrevistas sem, contudo, reivindicar a necessidade de uma definição conceitual precisa, visto que, embora o termo atividade física seja bastante difundido, defini-lo não é um exercício simples.

Se toda atividade humana pode ser convertida em gasto energético e aumentá-lo (ou diminuí-lo) depende da vontade consciente do indivíduo, com base em uma escolha acertada e correta (do ponto de vista moral e racional), não fazer atividade física não parece sensato. Sobretudo, embora possa ser realizada por meios diversos e, em especial, no SOE, deve ser encarada com seriedade.

Vejo pessoas aqui que fazem a ficha, frequentam por 5 dias e depois não vêm mais. Eu acho que a pessoa tem que levar a sério. Se faz a pessoa se sentir bem, se faz bem pra pessoa, então não pode desistir no meio do caminho. A pessoa tem que ir em frente (Sujeito 9).

Para que o indivíduo seja capaz de visualizar a atividade física, de maneira “concreta”, é necessário que tenha condições de percebê-la. Ou seja, ver/perceber a atividade física relaciona-se muito mais com o olhar do indivíduo sobre ela do que com a atividade, em si, na medida em que toda ação pode ser considerada como tal. Dessa forma, não basta que a atividade física esteja em “todo lugar”. É necessário que o indivíduo a perceba. É fundamental que, ao olhar para determinada forma de movimentar o corpo, o indivíduo perceba nela a atividade física e, por conseguinte, o gasto energético em potencial.

Assim sendo, é requerido um grau de assimilação do discurso do estilo de vida ativo que possibilite ao indivíduo um condicionamento de visão que permita que a atividade física possa ser **vista** em qualquer lugar. O próprio SOE auxilia nesse processo, na medida em que tenta direcionar a atenção do usuário para algumas possibilidades existentes em seu cotidiano e para as quais talvez ainda não tenha atentado.

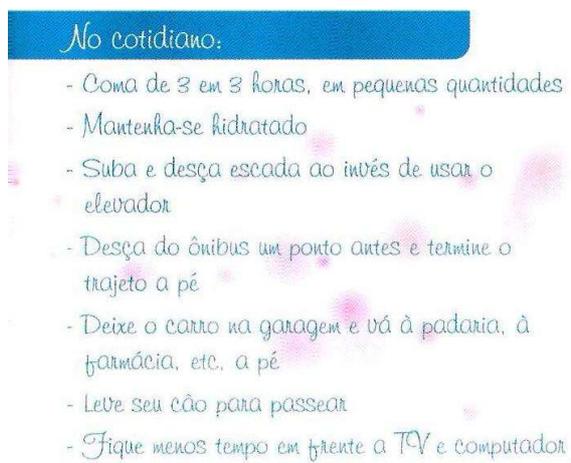


Figura 12 – Recorte 3 de material de divulgação do SOE

Fonte: Serviço de Orientação ao Exercício, [20--a]

Embora tenhamos feito algumas críticas a esse tipo de compreensão – no sentido de demonstrar alguns de seus limites – não podemos desconsiderar o fato de que para alguns indivíduos isso é benéfico. Ou seja, embora haja discordâncias – do ponto de vista moral, racional e conceitual – sobre a ideologia do estilo de vida ativo – que envolve produção de sujeitos e subjetividades – não negamos que o indivíduo possa interagir com esse conceito de modo positivo.

Eu gosto de fazer atividade física, me sinto bem, principalmente atividade que ativa a circulação, que provoca a endorfina. Eu me sinto muito bem com a endorfina, quando tem alguma coisa agitada como aula de aeróbica. Gosto mesmo disso. Gosto de transpirar mesmo (Sujeito 8⁴⁴).

[Venho ao SOE] por causa da yoga. O médico me recomendou yoga (Sujeito 11).

O Sujeito 11, em especial, demonstra a busca efetivamente pela atividade oferecida, confirmada por intermédio de uma conversa realizada durante a pesquisa de campo, embora desconsidere algumas das solicitações feitas durante a aula de yoga como, por exemplo, imaginar uma nuvem de luz de determinada cor circundando o corpo. Ele afirma ser impossível fazer isso, visto que a luz não se comporta dessa maneira⁴⁵.

Eu faço yoga, mas não faço um monte de coisas que são faladas. Sou engenheira. Quando [a professora] fala para imaginarmos uma luz rodando, eu sei que a luz não roda. A luz não roda porque é excedente. O que está na frente ela pega. Se isso (aponta para a superfície da mesa) está aqui, a luz bate aqui e se puder refletir, ela reflete. Então, ela não tem como rodar. No yoga a luz faz isso (roda). Nesse momento eu faço outra coisa, porque minha mente já escapou do relaxamento (Sujeito 11).

Sua visão de mundo tensiona-se com a perspectiva adotada pelo yoga e desconsidera ou, no mínimo, reduz essa prática a uma atividade de alongamento, fortalecimento muscular e relaxamento. Nesse sentido, o que importa, de fato, é realizar a atividade para que se obtenha algo que se espera

⁴⁴ Deve-se considerar que semanas após a entrevista, devido à permanência em campo, sabemos que o referido sujeito possui graduação em Educação Física e, portanto, acreditamos que sua formação esteja relacionada à construção da resposta, constituindo-se enquanto eco de um modo de ver/perceber o movimento corporal humano ainda dominante no campo.

⁴⁵ É necessário destacar que legitima sua afirmação pautando-se em sua formação acadêmica no campo da Engenharia.

adquirir através dela⁴⁶. Dessa forma, acreditamos ser possível falar em certo utilitarismo da atividade física e, sobretudo, uma medicalização das práticas corporais (FRAGA et al, 2009).

Medicalização no sentido de que o médico, conforme argumentado na categoria anterior, assume forte influência na mobilização dos indivíduos para o engajamento em atividades físicas regulares, bem como no SOE – embora não pareça haver, nas falas dos sujeitos, distinção entre ambos – assim como na prescrição da atividade física do ponto de vista profilático e curativo.

A atividade física profilática pode ser compreendida como aquela que é “recomendada/prescrita” em casos nos quais é possível identificar determinados fatores de risco como, por exemplo, sobrepeso, sedentarismo, dentre diversos outros.

[Me motivei a vir para o SOE para] fazer exercício e não ficar parada, sedentária. Principalmente porque o médico pediu pra eu fazer exercício físico (Sujeito 7).

A atividade física prescrita com caráter curativo pode ser identificada através da sua indicação em casos de alterações/doenças já diagnosticadas, buscando reestabelecer o estado de normalidade (no sentido de referir-se a norma) como, por exemplo, em casos de hipertensão, fibromialgia, dentre outros.

Atualmente tenho frequentado mais a aula de yoga, por causa das minhas condições físicas – problemas de coluna, fibromialgia, dores no corpo. Então, o médico me deu indicação e pediu pra eu fazer yoga (Sujeito 3).

Com a minha frequência eu melhorei a minha saúde. Melhorei muito, porque eu tenho pressão alta e ela ficou estabilizada (Sujeito 4).

[Comecei a fazer atividade física] por problema de hipertensão. Minha médica me mandou caminhar (Sujeito 5).

Compreendemos esse conjunto de elementos como aquilo a que nos referimos como medicalização das práticas corporais, na medida em que seu uso/prescrição pouco parece diferir dos medicamentos, indo ao encontro das considerações feitas por Fraga (2006a).

A mesma visão que se manifesta nas falas dos usuários do SOE em relação à atividade física, bem como seu uso de modo a assemelhar-se, *mutatis*

⁴⁶ Destacamos que não pretendemos estabelecer juízo de valores sobre a questão, embora o tom da afirmação pareça aproximar-se do julgamento. Sobretudo, nosso intento é ilustrar/reforçar o argumento. Nesse sentido, enfatizamos que não nos parece ser negativa a busca pela atividade em si e que, de alguma forma, há possíveis contribuições para o indivíduo.

mutandis, ao uso de medicamentos, manifesta-se no discurso do próprio serviço.



Figura 13 – Recorte 4 e 5 de material de divulgação do SOE.

Fonte: Serviço de Orientação ao Exercício, [20--a].

Assim como o medicamento, para que sejam obtidos os efeitos desejados, é necessária determinada dosagem e, nesse caso, 30 minutos diários é a recomendação que prevalece. Em relação aos usuários, a recomendação de praticar atividade física aparece de maneira difusa, ressignificada por meio da ênfase na necessidade de praticá-la com regularidade.

É uma **necessidade** [grifo nosso] que temos no dia a dia, em relação à saúde. É importante para o meu bem-estar (Sujeito 4).

Todavia, os dados sugerem que mais importante que a realização de determinada atividade física é a sensação que esta proporciona ao indivíduo. Os sujeitos enunciam que a atividade física faz com que se sintam bem e, em seus argumentos, percebe-se que essa sensação está tanto relacionada com alterações fisiológicas quanto à sensação de fazer algo legitimado socialmente como bom e, sobretudo, saudável. No segundo caso, a manifestação ocorre, principalmente, através da utilização frequente de expressões como “é como todo mundo diz: faz bem pra saúde” e “qualquer pessoa sabe dos benefícios da atividade física”.

Eu **me sinto** [grifo nosso] bem, leve, melhor. Quando faço atividade física tudo em meu corpo melhora. Eu me sinto melhor. Quando

durmo mal à noite levanto toda quebrada e quando chego aqui, malho, faço um alongamento e saio daqui “espertíssima” (Sujeito 1).

Faço pra melhorar meu dia a dia. É necessário relaxar um pouco, em meio a toda a correria do dia a dia, pra tentar esquecer. Assim, relaxo o corpo e **me sinto** [grifo nosso] bem. Isso me ajuda a dormir bem. Gosto mais da ginástica, mas estou tentando gostar do yoga tanto quanto (Sujeito 9).

Venho fazer ginástica e **me sinto** [grifo nosso] bem. Darei um exemplo: ontem eu vim pra cá pensando: “Ah meu Deus, que preguiça! Não estou fazendo ginástica. Meu corpo não pode ficar sem fazer ginástica”. Eu não estava com vontade, mas “fiz uma força” e vim. Quando voltei, falei com a minha nora: “Menina, eu saí daqui tão ruim, tão aborrecida, tão cansada, tão desanimada. Agora não estou sentindo nada. Me sinto outra. Estou me sentindo jovem” (Sujeito 6).

Os benefícios que os sujeitos atribuem/relacionam à atividade física englobam desde benefícios eminentemente fisiológicos, até melhora do sono e disposição/maior preparo para as atividades do cotidiano. Nesse sentido, a atividade física é vista como meio de prevenção e recuperação de doenças e agravos, bem como instrumento de auxílio/suporte ao dia a dia.

Eu acho que a atividade física contribui para a saúde e a saúde é o mais importante. Antes eu ficava mais cansada. Trabalhava durante o dia e quando chegava ao final da tarde eu estava cansada. Depois que passei a caminhar e fazer as atividades, quando chega a noite eu não estou com aquele cansaço todo e durmo. Estou bem melhor. Antes eu acordava várias vezes durante a noite e a madrugada e não conseguia dormir mais. Agora eu acordo menos durante a noite e, quando acordo de madrugada consigo dormir de novo. Depois das aulas de yoga, parece que eu fico mais relaxada. É bem melhor (Sujeito 5).

Embora sejam citados benefícios diversos, em alguns casos a mudança de percepção do indivíduo sobre si mesmo parece ser fundamental. A sensação de estar engajado na prática regular de atividade física isenta o indivíduo do temido e indesejável rótulo de sedentário.

Pra mim, atividade física é saúde. Eu tinha hipertensão e não tenho mais. A atividade física – caminhar ou fazer aeróbica – me deixa relaxada, fico mais solta, **sem falar que não fico sedentária** [grifo nosso] (Sujeito 7).

Embora seja possível identificar, no discurso sobre atividade física, traços de um discurso científico legitimado e difundido, quando se trata de saúde, esses elementos surgem de maneira difusa e, em alguma medida, reinterpretados.

Boltanski (2004), ao tratar especificamente do discurso de sujeitos de diferentes classes socioeconômicas da França, na década de 1970, sobre o tema doença, pôde perceber que elementos referentes ao discurso médico (científico) manifestam-se nas falas das pessoas, especialmente das classes

mais baixas, tendo estes que construir, com seus próprios meios, um discurso próprio, permeado pelos elementos tomados da fala (científica) do médico.

Nessa tentativa há, ainda de acordo com o autor, a utilização de determinados termos que são reinterpretados e ressignificados no discurso produzido por essas pessoas que, de alguma maneira, buscam dar coesão e inteligibilidade aos elementos apropriados do discurso científico.

Embora Boltanski (2004) trate das representações sobre a doença, acreditamos ser possível uma aproximação, *mutatis mutandis*, com as representações dos usuários do SOE, no tangente à atividade física e saúde.

Eu sou saudável, mas como “somos o que comemos”, dependendo do que eu como – açúcar, por exemplo – não me sinto saudável (Sujeito 7).

Se eu tivesse descoberto [a atividade física] 30 anos atrás, eu teria outra disposição [...] a gente se sente melhor, tem mais disposição, fica mais alegre [...] (Sujeito 2).

A “disposição”, comumente evocada pelos usuários na construção de suas falas, pode ser utilizada para exemplificar a questão, na medida em que também se manifesta no discurso disseminado pelo próprio serviço. Talvez não seja possível afirmar que a presença desse elemento se manifesta nas falas dos usuários apenas como reflexo do discurso do serviço mas, sobretudo, destacamos que remetem à ordem do agito (FRAGA, 2006a) na qual o SOE indica estar circunscrito.

Com um estilo de vida ativo e uma nutrição adequada, você terá mais saúde e disposição.

Figura 14 – Recorte 6 de material de divulgação do SOE.

Fonte: Serviço de Orientação ao Exercício, [20--a].

Embora o termo saúde seja tratado pelos usuários de maneira autoexplicativa e abstrata – o que é uma dificuldade – algumas inferências podem ser feitas a partir das falas dos sujeitos como, por exemplo, a associação entre saúde e sensação, na medida em que, ao falar sobre a primeira, na tentativa de defini-la, remetem à segunda.

Ou seja, a saúde não está desvinculada de um contexto e relaciona-se com o olhar do sujeito sobre si e sobre esse contexto (CANGUILHEM, 2010), conforme ilustrado na fala que segue:

Saúde é **sentir-se** [grifo nosso] bem, tanto física como psicologicamente. Isso é saúde. Acho que uma coisa está ligada à outra. A amizade faz parte. Psicológico faz parte da saúde. Se o psicológico não vai bem, o corpo não vai bem. Então é bom fazer novas amizades; você pode conversar mais, ter mais pessoas com quem conversar ou para convidar para sua casa, ainda mais eu que sou nova no estado. Quero fazer amizade com bastante gente e não tenho dificuldade alguma (Sujeito 10).

Reforçando a ideia de que a saúde diz respeito a uma percepção/sensação, os sujeitos dão indícios de que aquela se constitui como um ponto de partida, muito mais que um “alvo”/objetivo. Ou seja, saúde está relacionada, privilegiadamente, com a capacidade de ação do indivíduo (CANGUILHEM, 2010).

A saúde [...] implica não só segurança contra riscos, mas também capacidade para corrigir a margem de tolerância, ampliando-a de modo a nos permitir enfrentá-los [...]. Só podemos falar de saúde quando detemos os meios para enfrentar nossas dificuldades e compromissos [...] (CAPONI, 2009, p. 74).

Dessa forma, em termos de relações causais, saúde parece relacionar-se muito mais a um meio de se chegar a outras conquistas, e não necessariamente o objetivo final das ações do indivíduo.

Saúde, pra mim, representa tudo, porque estando saudável, tendo saúde, eu posso correr atrás de outros benefícios. Eu me sinto saudável, porque eu não tenho problemas de hipertensão, por exemplo (Sujeito 7).

Saúde [...] é ter mais disposição pra trabalhar, pra acordar cedo, porque eu que tenho essa mania de acordar cedo mesmo. Quatro e meia eu já “estou de pé” e 10 pras 5 eu já estou saindo pra caminhar. Saúde pra mim é isso. Quando a pessoa não tem saúde, ela não tem disposição pra nada, nem pra trabalhar ou pra qualquer outra coisa. Depende. Tem doença que traz nenhuma sensação para a pessoa. Então, não a impede de fazer nada, tem outras que não. [...] Às vezes a pessoa não tem uma doença física, mas pode ter alguma doença psicológica (Sujeito 5).

A saúde é um bem-estar. Através da saúde você conquista tudo. Está relacionada a ter forças para enfrentar qualquer situação como momentos difíceis. Eu acho que a saúde é tudo. Depende muito da pessoa, porque tem pessoas que encaram situações difíceis de doença ou de recuperação. Por outro lado, algumas pessoas se entregam por “coisas bobas”. Depende da maneira que ela leva esse bem-estar dela, porque a pessoa sem doenças se sente melhor. Depende muito da pessoa (Sujeito 4).

Ademais, além de remeter a uma sensação, ao falar de saúde, os sujeitos dão indícios de alguns “critérios” ou “componentes” básicos que, de acordo com seu olhar, influem na percepção de que falam. Nesse sentido, condições socioeconômicas, de moradia, emprego, dentre outras, compõem o discurso desses sujeitos.

Saúde é o meu estado físico, emocional, financeiro, tudo. Se alguma coisa vai mal como, por exemplo, o físico ou o emocional, a pessoa não está bem (Sujeito 2).

Todavia, causa estranhamento pensar que, quando se trata da relação entre atividade física e saúde, a relação muda, no sentido de que a saúde, no discurso dos sujeitos, deixa de ser um ponto de partida para tornar-se objetivo.

Conforme evidenciado até então, saúde é vista como ponto de partida para que se busquem outras coisas, na medida em que representa uma percepção do indivíduo sobre si e o contexto no qual se insere. Ter saúde ou sentir-se saudável é apresentado, nas falas dos sujeitos, como requisito para a ação, no sentido de que essa sensação é um ponto de partida.

Contudo, ao referirem-se à atividade física, os indivíduos invertem a relação “causa-efeito”, no sentido de que a atividade física gera saúde, tornando-se, portanto, um fim. Isso posto, a emissão do discurso sobre atividade física parece representar a reprodução de um discurso hegemônico no campo da educação física e disseminado no senso comum sobre produção de saúde a partir da atividade física.

Nesse caso, com base nas considerações de Boltanski (2004), podemos perceber que o discurso dos sujeitos utiliza expressões circunscritas nas estratégias utilizadas pela maquinaria do agito para mobilização para a atividade física como, por exemplo, “atividade física é saúde” (FRAGA, 2006a). Ou seja, a relação causal se inverte e a atividade física torna-se, então, nessa ordem discursiva, um meio de obter/alcançar saúde (CARVALHO, 2004).

Isso posto, ao relacionar atividade física e saúde, prevalecem no discurso dos sujeitos elementos que compõem as recomendações “científicas” sobre o engajamento em atividades físicas regulares, bem como os elos que sustentam essa relação.

Para mim é o exercício que gera saúde. É bem estar físico, mental e social. Não é só a ausência da doença. Esse social, por exemplo,

corresponde às pessoas conversando. Isso contribui para que eu saia bem fisicamente, com a “cabeça boa”. Tudo isso (Sujeito 1).

Muitos entrevistados relataram doenças diagnosticadas, dores, dentre outros. No entanto, quando questionados sobre considerarem-se saudáveis, todos afirmam perceberem-se saudáveis, reforçando a ideia de que a doença (ou ausência desta) não se constitui, necessariamente, enquanto parâmetro para determinação da saúde.

As justificativas, conforme destacado anteriormente, em sua maioria, são permeadas pela percepção da saúde enquanto dependente da percepção do indivíduo sobre si, bem como sua margem/possibilidade de ação diante das adversidades. Nesse sentido, o “rótulo” saudável independe da presença ou ausência de doenças, relacionando-se, prioritariamente, com a maneira como o indivíduo lida com elas, bem como o(s) sentido(s) que lhes são atribuídos.

[Você se considera saudável?]

Sim. Talvez não totalmente saudável. Eu não tenho doença nenhuma. Nunca tive febre, pressão alta, diabetes, nada disso. Meu problema é dor de ossos. Acho que ninguém é 100% saudável, mas eu **me considero** [grifo nosso] uma pessoa saudável (Sujeito 3).

Sim. Eu sou uma pessoa tranquila, tenho uma família maravilhosa, não tenho problema nenhum de doença. Tenho apenas um problema de hipertensão, mas é emocional. É difícil dizer o porquê (Sujeito 4).

Considero. Poucas pessoas com a minha idade são com eu. Tenho 69 anos e ainda trabalho. Eu sou aposentada, mas trabalho porque eu quero. Tenho casa pra morar, tenho carro, não sou obrigada a trabalhar por necessidade e não estou presa aqui (no trabalho) (Sujeito 11).

Sim. Porque estou “de bem com a vida”; sou alegre; gosto de viver, na medida do possível, porque às vezes sou um pouco “estourada” (Sujeito 5).

É possível identificar, em algumas falas, a necessidade de cuidado/zelo para consigo mesmo, remetendo a um elemento característico do discurso do estilo de vida ativo, e fundamental em sua disseminação: o apelo ao compromisso consigo mesmo, bem como a noção de “fazer a coisa certa” ou aquela que, do ponto de vista racional, parece ser a mais adequada.

Eu me considero saudável, dentro do possível. Se eu não me cuidasse eu acredito que não, até por causa da atividade extra que eu faço (Sujeito 1).

Eu me considero. Tenho alguns problemas de família, mas sou saudável. Eu procuro ser “**correta** [grifo nosso] com minhas coisas”, pra ser uma pessoa saudável (Sujeito 9).

Mais ou menos. Eu sou saudável, mas como “somos o que comemos”, dependendo do que eu como - muito açúcar - não **me**

sinto [grifo nosso] saudável. Também tenho problema de gastrite e outras coisas (Sujeito 7).

Especificamente no último fragmento de fala apresentado, a alimentação é evocada para compor o discurso do Sujeito e embora não haja associação de profissionais de nutrição no serviço, alguns conselhos são veiculados sobre alimentação, recomendando a redução de determinados alimentos, bem como incentivando o consumo de outros.



Figura 15 – Recorte 7 de material de divulgação do SOE.

Fonte: Serviço de Orientação ao Exercício, [20--a].

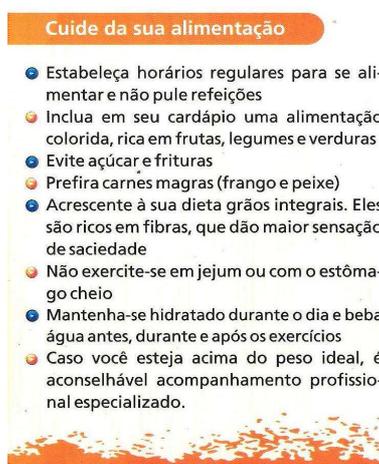


Figura 16 – Recorte 8 de material de divulgação do SOE.

Fonte: Serviço de Orientação ao Exercício, [20--b].

A ênfase na responsabilidade individual para com a saúde, na percepção dos usuários do SOE, manifesta-se tanto de maneira sutil/difusa, quanto de maneira explícita. Há uma crença na capacidade do indivíduo em “superar seus obstáculos” e cuidar de sua própria saúde. Embora possa recorrer aos

conselheiros, em última instância, as consequências de suas escolhas são de sua responsabilidade (BAUMAN, 2001).

A pessoa tem que se ajudar. Se a pessoa não se ajudar, então ela não consegue muita coisa. Pode ter um milhão de pessoas por perto querendo ajudar, mas se ela não quiser, fica difícil [...] (Sujeito 4).

Esse tipo de percepção constitui-se enquanto eco de um discurso mais abrangente, proveniente de recomendações acadêmico-científicas e que compõem a ordem discursiva da ideologia do agito. As recomendações/conselhos que se relacionam com atividade física e saúde não estão desvinculados de outras, que remetem também a determinados modos de conduzir a vida. Ou seja, existem outros elementos que, associados à atividade física, são anunciados como meios de prevenção de doenças e de promoção de saúde.

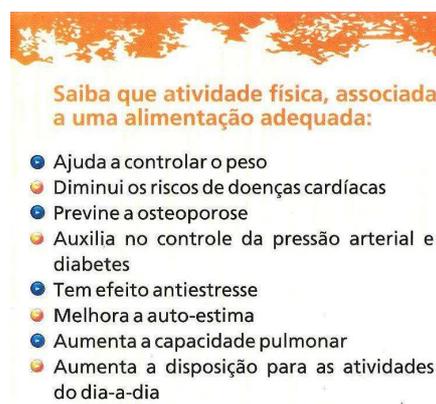


Figura 17 – Recorte 9 de material de divulgação do SOE.

Fonte: Serviço de Orientação ao Exercício, [20--b].

Conforme argumenta Gomes (2006), os conselhos provenientes do universo acadêmico⁴⁷ e que dizem respeito à educação do indivíduo saudável, possuem pouca diversificação em seu conteúdo, na medida em que se embasam em argumentos provenientes da racionalidade epidemiológica. Cabe destacar, ainda, que remetem a escolhas acertadas (do ponto de vista moral e racional), não se limitando à atividade física. Há agregação de outros componentes que

⁴⁷ Embora o autor trate também dos conselheiros midiáticos, optamos por destacar os conselheiros acadêmicos visto que os conselhos/recomendações veiculados pelo SOE respaldam-se em estudos circunscritos nesse universo e se manifestam através de sujeitos que possuem uma formação específica nele.

envolvem, por exemplo, alimentação, higiene pessoal e, sobretudo, determinado modo de conduzir a própria existência.

À medida que as falas dos sujeitos sobre suas ações cotidianas são permeadas por recomendações/orientações científicas ou, minimamente, apresentam elementos do discurso circulante nesse âmbito, é possível perceber o que se pode considerar como uma cientifização do cotidiano. Os elementos do discurso (científico) hegemônico sobre atividade física e saúde presentes nas falas, por exemplo, dão indícios desse movimento.

3.3 O SOE enquanto espaço(s)

Para pensar sobre essa categoria de análise, todavia, é fundamental levar em consideração as significações dos indivíduos em relação aos lugares por eles ocupados, no movimento de transformá-los em espaços (CERTEAU, 1994). Nesse sentido, faremos uma diferenciação entre tais conceitos.

Um lugar tem caráter apriorístico, no sentido de ser definido e, portanto, limitado, destinado a um fim também pré-determinado. O lugar é estático e, portanto, não comporta o movimento, a invenção criativa, os usos diversos não previstos/prescritos. Lugar se refere, nessa perspectiva, à norma.

Um *lugar* é a ordem (seja ela qual for) segundo a qual se distribuem elementos nas relações de coexistência. Aí se acha portanto excluída a possibilidade para duas coisas, de ocuparem o mesmo lugar. Aí impera a lei do “próprio” [...]. Um lugar é portanto uma configuração instantânea de posições. Implica uma indicação de estabilidade (CERTEAU, 1994, p.201).

O lugar é determinístico na medida em que atribui onde, como e quando os elementos devem nele se distribuir, bem como que relações são possíveis entre eles. Lugar, portanto, descreve o que é legítimo (ou não).

Espaço, por outro lado, é o local do movimento, da contingência e depende da relação e dos usos estabelecidos pelos indivíduos que com ele se relacionam e que a ele dão sentido. O espaço é rico e vivo, no sentido de ser vivenciado subjetivamente e intersubjetivamente. Pensar o espaço só é possível se pensarmos no indivíduo e no lugar **em relação**. Nesse sentido, “em suma, o espaço é um lugar praticado” (CERTEAU, 1994, p.202).

O espaço é um cruzamento de móveis. É de certo modo animado pelo conjunto dos movimentos que aí se desdobram. Espaço é o efeito produzido pelas operações que o orientam, o circunstanciam, o temporizam e o levam a funcionar em unidade polivalente de programas conflituais ou de proximidades contratuais (CERTEAU, 1994, p.202).

Destacamos que o movimento de transformar lugares em espaços não diz respeito a “livrar-se” dos lugares, culminando em um olhar anárquico sobre essa questão. Os lugares são importantes, posto que alguma referência é necessária. No entanto, não se pode limitar a potencialidade de um lugar ao prescrito, ao imutável. Esse tipo de olhar representaria a limitação ao que é prescrito, senão negando, no mínimo, tornando invisíveis outros usos possíveis dos lugares. Isso posto, nos colocamos a seguinte questão: que usos têm sido feitos dos lugares, ou que espaços têm sido vivenciados no âmbito da saúde?

Para tratarmos dessa questão é fundamental destacar que o SOE não é vivenciado da mesma forma por todos os seus usuários, embora algumas convergências possam ser observadas. Para além disso, não se pode deixar de ponderar sobre a imprecisão de fazer um esforço interpretativo-analítico de um espaço a partir de falas, visto que no próprio exercício de “traduzir” as sensações/significados das vivências em palavras, as primeiras são reduzidas às últimas.

Isso posto, destacamos que muito mais que um espaço voltado exclusivamente à prática de atividade física, o SOE é um espaço de produção de sentidos e de subjetividades. Os sentidos e significados a ele atribuídos e nele construídos são diversos e, nem sempre, convergentes. A única convergência possível a ser pensada é a relevância do serviço enquanto espaço de promoção de saúde, na perspectiva da construção deste, enquanto espaço em constante movimento, que constitui e é constituído por sujeitos em relação. Ou seja, embora a maneira como cada indivíduo vivencia o SOE seja distinta, as falas convergem ao compreendê-lo enquanto espaço de promoção de saúde.

Aqui nós interagimos com as pessoas, conhecemos as pessoas. Às vezes fazemos alguma festinha, fazemos uma reuniãozinha no final do ano. Nós conversamos, nos distraímos. É muito bom. Saímos daquele estresse do dia a dia, do trabalho. Sempre conversamos após o alongamento, ou até mesmo antes. É muito gostoso, eu gosto. Estou interagindo com as pessoas e isso é muito bom (Sujeito 1).

Eu vejo outras pessoas. Gosto de estar reunida com as outras pessoas, me sentindo amiga deles, especialmente em relação à professora (Sujeito 9).

Dado o próprio conceito de espaço (CERTEAU, 1994), não é possível falar em um espaço único, vivenciado por todos os indivíduos que frequentam o SOE. Essa perspectiva permite-nos falar sobre espaços distintos, que coexistem em um mesmo lugar. Essa coexistência é vastamente rica do ponto de vista das relações possíveis entre subjetividades e na construção de sociabilidades. Pensar, portanto, no indivíduo **em relação** é elemento fundamental para compreendermos o processo de promoção de saúde, para além da prevenção de doenças, visto que produzir saúde é produzir, em última instância, capacidade de ação – a qual emerge de encontros entre sujeitos. Nesse sentido, o SOE representa um ponto de encontro(s).

No que diz respeito aos benefícios percebidos pelos usuários em relação a sua inserção no SOE, o mais comumente citado é a produção de sociabilidades. Atrelada a essa valorização está a sensação de bem-estar. Não é possível afirmar que ambos estejam diretamente relacionados. Contudo, dada a natureza das falas, a sensação de bem-estar parece relacionar-se, por um lado, à produção de sociabilidades e, por outro, à prática da atividade física.

Aqui no SOE, além da ginástica, você tem um grupo de amizade legal, onde é possível conversar, participar, “pôr a conversa em dia” e isso é muito legal. O SOE me faz muito bem. Tenho problema de depressão e estar aqui, pra mim, é ótimo [...]. Se eu estiver em casa triste, venho pra cá e esqueço tudo. Pra mim, isso aqui é tudo. Aqui eu converso, brinco e ao mesmo tempo faço ginástica (Sujeito 7).

No entanto, os dados sugerem que essa sensação de bem-estar, quando atrelada à prática de atividade física, em determinados casos, deve-se, para além de possíveis sensações provenientes da prática de atividade física, à adequação ao que apregoa o discurso do estilo de vida ativo. Isso não significa que a própria atividade não tenha influência sobre a percepção dos sujeitos, mas também influi a isenção do rótulo de “não-ativo”.

As relações produzidas no SOE são constantemente colocadas em foco nas falas dos sujeitos, na medida em que são fundamentais para sua permanência no serviço. Os encontros produzidos auxiliam na produção do que aqui chamamos de capacidade de ação. Nesse sentido, o SOE é um local de promoção de saúde, para além da prevenção de doenças via atividade física.

Nossa! A melhor coisa que aconteceu na minha vida foi isso aqui. De janeiro a maio desse ano é que eu entrei. Comecei a caminhar, com vontade de correr um pouquinho. Eu gosto de esportes; de participar

de corridas de rua, rapel, etc. A minha vinda pro SOE foi para isso. Inclusive, em minhas caminhadas, cheguei ao limite de andar três quilômetros em uma hora. Realmente foi muito bom pra mim, deu pra me sentir no limite. Então isso aqui foi algo que deu sentido à minha vida, graças a Deus. Aqui conheci [a professora] e outras pessoas e isso foi muito bom. Eu acho que vir aqui foi a melhor coisa que eu fiz. Emagreci; aprendi a caminhar porque quando fazia a caminhada sozinho de repente começava a sentir dor nas coxas impedindo que eu andasse. Eu procurei pela [professora] e aprendi a andar. Aprendi a fazer alongamento antes e depois da caminhada. A gente se sente melhor, tem mais disposição, fica mais alegre; o próprio exercício coloca nossa autoestima lá em cima. Melhora muito a nossa autoestima, me sinto como se fosse um garoto, apesar da idade. Tenho 60 anos (Sujeito 2).

Com a minha frequência eu melhorei a minha saúde. Melhorei muito, porque eu tenho pressão alta e ela ficou estabilizada. Eu me sinto bem. Quando fico afastada, começo a sentir necessidade de vir. Eu penso que para a saúde é fundamental. Se eu paro uma semana ou duas, já sinto que devo voltar a minhas atividades normais. Sempre que retorno é tanto por causa da saúde, quanto por causa das amizades que tenho aqui, bem como a preocupação da professora que me incentiva a voltar, me liga para saber por que não estou vindo. Isso me estimula bastante e é bom para que eu não me acomode (Sujeito 4).

Se eu estiver em casa triste, venho pra cá e esqueço tudo. Pra mim, isso aqui é tudo. Aqui eu converso, brinco e ao mesmo tempo faço ginástica. Trabalho o lado físico e o psicológico ao mesmo tempo (Sujeito 7).

Eu fico mais bem disposta. Tudo melhora. Quando chega o horário de vir pra cá e eu não posso vir, eu não gosto muito. Eu gosto de vir, porque eu me sinto bem fazendo aula. É muito bom para a mente e para o corpo, para tudo. Eu durmo melhor, respiro melhor, a pressão fica boa, ativa a circulação, fico mais flexível, tenho mais facilidade em abaixar e levantar, etc. O benefício é total (Sujeito 8).

Além da produção de sociabilidades, a redução de dores (articulares, musculares, cefaleias) aparece de maneira relativamente expressiva dentre os benefícios citados pelos usuários. Nesse sentido, é atribuída ao SOE, em alguma medida, a diminuição do sofrimento dos usuários. Um sofrimento que surge e se manifesta por meios diversos mas, no caso específico da dor, dificulta a ação do indivíduo diante de seu cotidiano ou, em outras palavras, reduz sua margem de ação.

Desde que comecei a frequentar, senti mudança física. Eu tinha muitas dores nas articulações, devido ao meu peso. Já não tenho mais dores. Meu humor melhorou, porque fico mais descontraída. Fazer ginástica relaxa. Notei que o meu humor está melhor e que também estou emagrecendo. Achei ótimo (Sujeito 10).

Ele me dá a condição de vir aqui de fazer os exercícios e sem os exercícios físicos, sinto muita dor. Inclusive, na minha opinião, a yoga traz muitos benefícios pra vida sexual. Eu já vou fazer sessenta anos e eu faço os alongamentos, coloco a cabeça no joelho, encosto o pé na cabeça, faço muitas coisas que eu vejo que muitas mulheres mais jovens que não fazem. Acho que se eu nunca tivesse vindo ao SOE,

fazendo esses exercícios, eu não estaria com essa flexibilidade nas pernas, por exemplo. Eu consigo trazer a perna na cabeça, na testa. Eu tenho essa flexibilidade porque eu pratico, isso é um grande benefício, é saúde (Sujeito 3).

Ao compreender a saúde enquanto sensação e capacidade/margem de ação diante de adversidades, a dor/sufrimento assume função fundamental na mobilização do indivíduo para buscar a atividade física. No entanto, o indivíduo busca, em última instância, o acolhimento de seu sofrimento. Nesse sentido, o sofrimento manifesta-se de maneiras diversas, transcendendo a dimensão física/orgânica. O indivíduo que encontra na atividade física e no SOE “sentido para sua vida” encontra, sobretudo, acolhimento para seu sofrimento, da mesma forma que o indivíduo que possui dores nas articulações.

Esses elementos convergem, ainda, com o que os usuários denominam disposição/motivação. A disposição, atribuída ao SOE e nele buscada, representa a possibilidade de enfrentamento das adversidades do cotidiano e, portanto, capacidade de ação (CANGUILHEM, 2010). Mais do que a atividade física, o usuário busca no SOE possibilidades de lidar com seu cotidiano, bem como a incorporação dos elementos vivenciados no espaço do serviço – que parece não se restringir somente à atividade física – em sua vida.

Também são atribuídos ao SOE o emagrecimento, redução de dosagem de medicamentos – especialmente os utilizados para controle de pressão arterial – aumento de flexibilidade, melhora na respiração, maior “disposição” para a realização de atividades cotidianas⁴⁸.

Mais disposição. Tenho mais disposição de manhã. Eu acordo cedo e vou caminhar. Meu dia parece ficar bem melhor pra trabalhar ou pra qualquer outra coisa. Melhorou tudo. Eu ainda tomo medicamento, mas a pressão está mais controlada. Fica por volta de 12 por 8, até 10 por 7. Eu tomava 25 mg de medicamento e agora eu tomo 10 mg (Sujeito 5).

As relações produzidas no serviço são fundamentais para a permanência dos usuários no SOE e, nesse sentido, a iniciativa deste tem muito a contribuir com a qualidade de vida de seus usuários. No entanto, não se pode perder de vista que os módulos são “monitorados” por sua produção (numérica) e tal fato também influi na relação que os sujeitos estabelecem com o serviço. Cabe

⁴⁸ É necessário, todavia, destacar que, ao falar sobre o SOE e os benefícios percebidos em relação a ele, os indivíduos demonstram aproximação entre atividade física e SOE – dois elementos que se confundem a ponto de não haver distinção clara, nem limite explícito entre ambos.

lembrar que o módulo do Bairro de Lourdes surgiu por reivindicação da comunidade local e que esforços são empreendidos na tentativa de mantê-lo “ativo”, conforme evidenciado na fala a seguir:

Em algumas épocas o número de alunos diminuiu bastante e surgiu um boato de que a prefeitura fecharia o módulo. Havia, então, uma preocupação em trazer mais pessoas. Hoje está bem melhor em número de pessoas (Sujeito 4).

De acordo com relatos de professores do SOE, há acompanhamento em relação a dados dos módulos somente no que se refere à produção em números (de módulos, de participantes, de procedimentos). Dessa forma, a “produtividade” dos módulos é obtida com base nesses dados. Por produtividade pode-se compreender o “alcance” das ações do módulo, especialmente no que se refere à circulação de informações, visto que fazer circular a informação é uma das principais estratégias de controle (FRAGA, 2006a, 2006b). Isso posto, a avaliação desse processo se dá por intermédio da quantidade de procedimentos/atendimentos realizados pelo módulo em determinado período.

Ainda de acordo com professores do serviço, a orientação que se tem é a de intensificar o trabalho com as orientações individuais, visto que o foco do SOE incide sobre tais ações. Esse tipo de estratégia de avaliação, no entanto, parece contribuir para uma necessidade de os módulos produzirem esses números, na medida em que sua (des)continuidade⁴⁹ relaciona-se a eles.

No caso específico do módulo do Bairro de Lourdes, houve determinado período em que a continuidade dos serviços esteve “em risco”, dada a baixa quantidade de usuários que o frequentavam na época, conforme ilustrado na fala destacada acima e confirmado por professores do SOE.

Ao nos determos a essa questão, é fundamental pensarmos sobre a importância que o SOE possui para essas pessoas e, sobretudo, os parâmetros que têm sido utilizados para determinar a permanência (ou não) dos módulos de acordo com sua produtividade. Tais indícios nos permitem inferir que, do ponto de vista do poder público, disponibilizar um local com equipamentos e um profissional de educação física para nele atuar é suficiente

⁴⁹ É necessário destacar, contudo que, até o momento de desenvolvimento desse estudo, não houve casos em que algum módulo tenha encerrado suas atividades.

para que as pessoas frequentem-no. Todavia, há que se ponderar que outros fatores necessitam ser levados em consideração. Nas entrevistas com os usuários, surgiram alguns elementos que podem nos auxiliar a compreender alguns dos motivos que podem contribuir para a redução quantitativa acentuada de usuários e a segurança do local aparece de maneira expressiva nas falas.

Às vezes tem pessoas aqui fumando maconha e isso assusta, causa medo e afasta as pessoas daqui. Várias pessoas já me falaram que “não descem aqui nem por um decreto, para fazer malhação” (Sujeito 1).

[Já aconteceu alguma situação aqui que você possa utilizar para exemplificar?]

Com um menino de mais ou menos dez anos. Eu ouvi um outro menino perguntando a ele, enquanto eu estava fazendo a aula de relaxamento: “O que você fez com a arma? Você trouxe a arma? Você trouxe a arma?” Quando abri os olhos, o menino tentando esconder algo com a camisa. Fiquei pensando: “será que é verdade?” Eu achei que era mentira porque um garoto dessa idade gosta muito de estar em evidência. Pouco tempo depois alguém que estava fazendo aula comentou sobre o menino estar armando. Fui verificar e ele estava com a arma na cintura. Eu chamei a polícia e fui embora. Fui ao prédio da minha vizinha, de onde consigo avistar aqui (a praça) e essas pessoas ficaram tranquilas aqui porque a polícia não veio [...]. Primeira vez que eu vi um garoto assim. Já em relação às drogas, é frequente. Outro dia, depois de malhar, fazer atividade física acho que saí de lá “doidona”. Não sei qual é o efeito, pois nunca fiz o uso de drogas, mas saí de lá (quadra) sentindo cheiro de mato queimado. Acredito que seja maconha porque o cheiro é terrível. Eu sinto que não há mais frequentadores aqui por causa disso (Sujeito 1).

O único problema é um a segurança no nosso espaço. Gostaria que pudéssemos ter mais tranquilidade para ficar aqui, porque às vezes não temos. Às vezes eu venho aqui, mas quando chego na rampa, eu volto, porque tem algum movimento estranho por aqui [refere-se ao uso de drogas]. Não tenho nada que me queixar a não ser esse último assunto de segurança (Sujeito 4).

Às vezes estamos fazendo aula e é possível sentir um cheiro forte de maconha ou outra droga, não sei. Uma vez jogaram uma pedra de calçamento na quadra enquanto fazíamos aula. Por sorte, não acertou ninguém. Reclamamos e continuaram jogando. Inclusive, fomos xingadas e tivemos que chamar o guarda que trabalha a noite na escola [ao lado do SOE]. Quando viram o guarda, eles saíram correndo. Um dia saiu um drogado de trás da quadra. Ele estava visivelmente drogado e disse: “Professora, estou drogado. Não se importe comigo por estar assim. Eu não vou fazer nada com ninguém; estou aqui ‘na boa’” (Sujeito 8)⁵⁰.

⁵⁰ Optamos por utilizar esse longo trecho com falas dos usuários porque acreditamos que, nesse caso específico, as experiências relatadas carecem de destaque e ilustram o argumento que aqui buscamos desenvolver. Embora esteticamente seja pouco atraente a apresentação do texto de tal forma, abrir mão de sua integralidade representaria, a nosso ver, abrir mão de sua complexidade.

Considerando que um indivíduo não se encontra isolado de um contexto, é necessário levar em consideração que o número de usuários regulares do SOE é influenciado, por exemplo, pelas condições de (falta de) segurança do bairro onde se insere. Conforme verificado nos relatos, algumas pessoas não o utilizam por não se sentirem seguras no ambiente da praça e, nesse sentido, os números relativos à produção do módulo carecem de contextualização e interpretação.

Muitas vezes, conforme ilustrado nas falas, pessoas possuem vontade de frequentar o serviço, mas não o fazem por medo ou insegurança no que diz respeito ao ambiente. Não se trata, portanto, de uma questão de “escolha”. Trata-se, sobretudo de uma questão que extrapola a dimensão racional e que se relaciona com as condições de vida desses sujeitos⁵¹ (CASTIEL, GUILAM, FERREIRA, 2010).

Isso posto, frequentar ou não o SOE pode não ser uma escolha do indivíduo, visto que sentir-se seguro no ambiente do módulo parece ser mais importante que engajar-se nas atividades oferecidas nesse ambiente. Da mesma forma, para que as pessoas participem das atividades oferecidas pelo serviço, talvez não seja suficiente disponibilizar um local destinado à prática de atividade física, bem como um profissional (especialista) responsável por fomentar determinadas atividades⁵².

A iniciativa da Prefeitura Municipal de Vitória é valorizada na fala dos usuários do SOE, na medida em que permite que espaços de produção de encontros sejam disponibilizados e construídos a partir de atividades físicas.

Eu gostei do serviço da Prefeitura. Nós precisamos disso. Muita gente não faz exercício físico porque não tem dinheiro para pagar academia e não tem ânimo para caminhar sozinho. Eu, por exemplo, detesto caminhar sozinho. É muito bom ter atividade física gratuita para que você possa ir no dia em que quiser ou até mesmo todos os dias (Sujeito 10).

A Prefeitura de Vitória está de parabéns, porque eu acho que não tem nenhum município melhor que Vitória nesse aspecto (refere-se a

⁵¹ Isso não implica, todavia, considerar o indivíduo como subordinado e condicionado ao meio no qual se insere. Mas diz respeito a admitir a influência de outros fatores que não o cognitivo nas chamadas “escolhas” que os indivíduos fazem.

⁵² Não se trata, no entanto, de radicalizar o argumento, no sentido de desconsiderar a importância da existência desses espaços e da presença dos profissionais que neles atuam. Trata-se, sobretudo, de enfatizar que somente a presença desses elementos pode não ser suficiente para que as pessoas participem das atividades oferecidas.

serviços de atividade física para população). É legal o fato de estar atrelado à Secretaria de Saúde e não à de Esportes [...] (Sujeito 11)

Todavia, apenas disponibilizar esses locais e os profissionais para neles atuarem não parece ser suficiente, na medida em que se utiliza um discurso que apela para a responsabilidade individual, reforçando o que a pessoa pode (e deve) fazer por si própria. Buscando ilustrar nosso argumento, chamamos a atenção para alguns dos objetivos específicos do SOE (TAGLIAFERRE, ALBUQUERQUE, 2008, p.14):

- Orientar a atividade física de forma segura e eficiente, em áreas públicas, estimulando a adesão e aderência [sic] à prática regular de exercícios físicos;
- Conscientizar a população para mudanças de hábitos de vida, divulgando seus benefícios na promoção da saúde;
- Aplicar medidas de combate aos principais fatores de risco modificáveis (sedentarismo, obesidade, tabagismo, hábitos alimentares inadequados) através de intervenções planejadas junto a outros setores da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS).

Não se trata de julgar o trabalho que vem sendo desenvolvido. Buscamos apenas tensionar alguns elementos, na tentativa de apontar limites da proposta, especialmente no que se refere à insuficiência de tratar da questão da atividade física com base em um discurso que tenha o indivíduo como foco e que a ele atribua a responsabilidade por sua saúde.

Dessa forma, o SOE tem se mostrado enquanto *lócus* de produção de saúde, sobretudo, a partir da produção de encontros, constituindo-se espaço de acolhimento, na medida em que possibilita aos sujeitos, em alguma medida, potencializar-se, no sentido de auxiliar na produção alargamento/maximização de sua margem de ação, ainda que essa produção ocorra de formas distintas, e que os objetivos dos usuários do SOE sejam múltiplos, no que diz respeito à sua inserção no serviço.

Dada a polissemia do SOE, buscaremos, na categoria seguinte, discutir sobre a busca dos sujeitos por aconselhamento, na medida em que esse serviço não é a única fonte de informações/conselhos desses indivíduos.

3.4 Busca por aconselhamento

O SOE ou os profissionais que nele atuam não são explicitamente citados como conselheiros prioritários, no que diz respeito à saúde, embora o discurso prescrito e que legitima o serviço se manifeste com frequência nas falas dos indivíduos. Isso talvez aponte para o SOE como um dispositivo sustentado e legitimado pelo discurso do estilo de vida ativo e que dá força a esse discurso. No entanto, reforça a necessidade de o indivíduo mobilizar-se diante de seus conselhos.



Figura 18 – Recorte 10 de material de divulgação do SOE.

Fonte: Serviço de Orientação ao Exercício, [20--b].

No fragmento acima é possível notar características fundamentais dos conselheiros (BAUMAN, 2001), visto que a mensagem nele veiculada destina-se ao indivíduo e o que este **pode** fazer por si mesmo, através da orientação de especialistas. Ou seja, o SOE possui alguns conselhos referentes a “viver melhor”, porém cabe ao indivíduo seguir (ou não) os conselhos. Alguns deles encontram-se ilustrados nos fragmentos que seguem:

De 3 a 5 dias da semana, faça trinta minutos de atividade física, mesmo que seja de forma moderada.

Com um estilo de vida ativo e uma nutrição adequada, você terá mais saúde e disposição.

Antes da atividade física, realize os exercícios de alongamento de forma suave com os músculos específicos que a atividade irá requerer.

Figura 19 – Recorte 11 de material de divulgação do SOE.

Fonte: Serviço de Orientação ao Exercício, [20--a].

- 2 a 3 dias por semana

Atividades de lazer

Skate, bicicleta, esportes leves, alongamento, caminhadas, yoga

- 3 a 5 dias por semana

Exercícios aeróbicos / recreações

Longas caminhadas, bicicleta, andar rápido,

natação, trote, arremessos de basquete, levantamento de peso, futebol, dança, vôlei, yoga

- Ir a pé à farmácia, padaria, supermercado

- Caminhar com os filhos

- Andar com o cachorro



Figura 20 – Recorte 12 de material de divulgação do SOE.

Fonte: Serviço de Orientação ao Exercício, [20--a].

Embora muitos dos conselhos apresentados apareçam nas falas dos usuários – conforme apresentado, de maneira difusa, nas categorias anteriores – a figura do médico, prioritariamente, é a que representa autoridade, quando se trata de saúde, no sentido de que as escolhas subsidiadas por ele são as mais confiáveis a serem feitas.

O próprio fato de grande parte dos sujeitos que frequentam o SOE fazerem-no em função de orientação médica, sendo recorrentes afirmativas como “porque o médico pediu para que eu fizesse”, indica o que Fraga et al (2009) consideram como um processo de medicalização das práticas corporais, na medida em que o médico é evocado no discurso para estabelecer o elo entre atividade física e saúde.

[Eu me oriento] com a médica. Me consulto a cada 4 meses e quando sinto alguma coisa eu procuro por ela. Eu até leio alguma coisa, vejo alguma reportagem assistindo televisão que me interesse, mas não me apego muito a isso. Procuro a médica mesmo. Eu sempre procuro, levo alguma dúvida que eu tenho, aproveito e consulto pra esclarecer algum problema (Sujeito 5).

Sempre busco através de médicos. Não costumo fazer nada aleatório, nesse sentido. Estou fazendo agora ginástica com a [professora] no SOE, porque o médico me liberou pra fazer ginástica. Antes eu só podia fazer caminhada. A [professora] também faz uma avaliação conosco, faz uma entrevista. Eu também leio bastante sobre exercício pra dieta, tanto na internet como em revistas. Mas,

pra tomar alguma decisão que envolva saúde, eu procuro pela orientação médica (Sujeito 10).

Outras formas/meios de orientação também são utilizadas pelos indivíduos. Todavia, o médico localiza-se em posição hierarquicamente superior a essa diversidade de conselheiros, quando se trata de saúde/doença.

Por haver centralidade da figura do médico, bem como de sua autoridade, nas falas dos sujeitos, algumas aproximações são possíveis com o estudo de Boltanski (2004). O autor argumenta que, na difusão do conhecimento médico, o respeito que é devido à ciência se confunde com o respeito devido ao médico, uma vez que o médico é quem representa, para os sujeitos, a ciência.

Dada a valorização do conhecimento científico especializado, difundida por meio dos conselheiros, o critério de validade dos conselhos com os quais o indivíduo se relaciona é, em última instância, a ciência (representada pelo médico). Todavia, outras fontes de conselhos são admitidas, embora tratadas de maneira periférica/marginalizada.

Geralmente eu procuro o médico, faço exame regularmente e um check-up. Ali aparece se eu estou bem ou se estou mal. Na última vez eu não estava muito bem em relação ao colesterol. Jornais também. Já fiz reeducação alimentar baseada no que eu li. Nos fins de semana sempre sai no jornal alguma orientação nas páginas de saúde. Geralmente orientando para a diminuição da quantidade de alimento ingerida, sem passar fome (Sujeito 1).

Sim, com o médico. Depende do que eu vou tratar, mas até mesmo com relação à alimentação, eu busco pelo médico. Eu nem posso tomar medicamento sem ir ao médico. Para tudo o que acontece comigo, recorro primeiro ao médico. Também procuro saber algumas coisas com algum outro profissional como, por exemplo, a [professora], quando estou com algum tipo de problema. Às vezes eu vejo algumas coisas na televisão, mas procuro saber se é realmente verdade. Se for algum profissional que estiver falando sobre o assunto, eu me interesso, mas me informo antes (Sujeito 7).

Às vezes me consulto com o médico. Às vezes eu tento ver o Globo Repórter, por exemplo. Vejo coisas que falam sobre saúde, destacando o que é bom pra saúde. A própria professora do SOE também nos orienta (Sujeito 9).

Outros profissionais de saúde são admitidos enquanto conselheiros “confiáveis” e, dentre eles, o professor de educação física. Embora, em algumas falas, a figura da professora seja citada, não se constitui enquanto provedora privilegiada de informações, o que nos aproxima dos achados de Fraga et al (2009), a partir dos quais se pode perceber que os conselhos veiculados pelo professor de educação física, em relação a atividade física e saúde, são

confiáveis na medida em que tangenciam a mesma ordem discursiva do médico.

Destacamos, ainda, que a figura do professor é vista de maneira hierarquicamente inferior em relação à do médico. Nesse sentido, na percepção dos usuários “[...] é na palavra do médico que se pode confiar quando se trata de saúde, independentemente do tema específico a ela associado” (FRAGA et al, 2009, p.26).

Seja qual for o conselheiro “contratado” pelos sujeitos, parece convergir a natureza dos conselhos, na medida em que são subsidiadas por especialistas e, nesse sentido, há o que Gomes (2006) denomina de confiança especializada. A confiança especializada refere-se à tentativa de respaldar o conteúdo das recomendações/orientações em um saber de natureza especializada. Ou seja, a confiança especializada se manifesta através do conhecimento obtido por intermédio do especialista, bem como o incentivo à busca por ele.

A fala dos conselheiros é legítima porque eles representam, em alguma medida, autoridade. O lugar que ocupam é reconhecido através do conhecimento que possuem sobre o tema em questão.

Porque eles estudaram pra isso e continuam estudando e descobrindo coisas novas pra nossa saúde. Se eles estudam tanto pra isso eu acho que posso, aliás, eu tenho que confiar neles (Sujeito 8).

Cabe, nesse momento, o alerta de Gomes (2006) sobre o vislumbamento de segurança na figura do conselheiro (especialista) através do saber especializado, na medida em que atenta para o caráter dinâmico do conhecimento científico, conforme indícios da fala do Sujeito 8 apresentada acima.

O saber especializado, sempre em constante renovação em função dos novos conhecimentos elaborados cientificamente e das novas tecnologias ou em função dos estímulos mercadológicos, parece se constituir em uma miragem de fortaleza para os indivíduos em um mundo que se apresenta movediço, um ‘mundo em descontrole’ (GOMES, 2006, p.106-107).

Embora tenhamos destacado, até o momento, a hegemonia do médico e do conhecimento de cunho acadêmico-científico nas falas dos sujeitos, daremos

visibilidade a outros elementos que nos dão indícios de algumas questões sobre as quais podemos refletir.

Há casos em que o indivíduo indica reconhecer a necessidade do médico, bem como a importância do conhecimento por ele veiculado (e produzido). No entanto, é possível notar reconhecimento da parcialidade do paradigma biomédico em compreender o ser humano e, portanto, o processo saúde-doença se manifesta na busca por outras “racionalidades médicas” (LUZ, 2007). Para além da busca por outros olhares, esse movimento pode ser interpretado como resistência à redução de si a determinados aspectos desconectados, ou seja, retirados da relação na qual fazem sentido e têm significado.

Eu costumo perguntar muita coisa ao meu homeopata. Eu confio muito nele, porque ele é um cara que conversa comigo sem pressa no atendimento, mesmo que haja “duzentas pessoas” esperando. Ele sempre me explica tudo com bastante calma (Sujeito 8).

Antigamente era só com o médico. Hoje procuro a fisioterapia e a homeopatia. Ultimamente tenho feito muito isso e sempre deu resultado. Trato com fisioterapia e coisas naturais. Vi um resultado enorme na minha saúde depois que eu deixei de tomar tanto remédio farmacêutico. Passei a usar mais tratamento fisioterápico e homeopático (Sujeito 3).

A exaltação da relação estabelecida entre indivíduo e homeopata na fala do Sujeito (8) nos dá indícios da busca por um outro tipo de relação do indivíduo com o profissional de saúde, e se aproxima do que Martins (2003) considera como tendência, ainda minoritária, de reumanização (da medicina).

A tendência de reumanização diz respeito a uma visão de ser humano diferente da hegemônica, baseada no capitalismo médico. O autor aponta que determinadas práticas e saberes estão em desacordo com a lógica (eminentemente epidemiológica) predominante no paradigma biomédico e, ao levarmos em consideração a busca dos sujeitos por outros olhares – especialmente através do homeopata – é possível perceber aproximação entre modos diferentes de se pensar saúde (MARTINS, 2003).

Esse movimento tem sido crescente e essa busca por racionalidades médicas⁵³ (LUZ, 2007) complementares, na visão de (MARTINS, 2003, p.177),

⁵³ Uma racionalidade médica, de forma sintética e simplificada diz respeito a uma forma de explicar o processo saúde-doença, partindo de determinado ponto de vista, sendo possível

[...] respondem a uma demanda prática dos [indivíduos] em favor de uma ampliação das ofertas de disciplinas de cura que respondam à complexidade da doença social (que não se limita ao sintoma físico, mas que envolve necessariamente as condições de vida e o meio ambiente).

Se, por um lado, essa busca indica uma incapacidade da medicina oficial em suprir as necessidades dos indivíduos, por outro, não é negada sua relevância, tornando-se mais uma opção que o indivíduo possui na busca pela resolução de seus sofrimentos/aflições.

[...] Eu evito tomar remédio. Não gosto muito de tomar remédio. Quanto menos remédio, melhor. O remédio é bom pra uma coisa, mas é ruim pra outra (Sujeito 8).

Esse tipo de postura do indivíduo pode ser interpretado como certa recusa em subordinar-se a determinada visão que o reduza, no sentido de simplificar sua complexidade, visto que

[o] paradigma que rege a medicina contemporânea se afastou do sujeito humano sofredor como uma totalidade viva em sua suas investigações diagnósticas, bem como em sua prática de intervenção (LUZ, 2007, p.47).

Os indivíduos indicam reconhecer a importância do conhecimento produzido pela biomedicina e, ao mesmo tempo, percebem o recorte a partir do qual ela opera. Disso decorre a busca por outros olhares/explicações para o processo saúde-doença (LUZ, 2007; MARTINS, 2003).

Nem tudo que precisamos saber o médico tem condições de dizer. Então acabo buscando outras fontes (Sujeito 2).

Tem coisas que nem o médico tem como passar um remédio que cure. Quem cura é Deus, porque é espiritual. Quando é 'coisa de médico', ele resolve. Mas, quando não é de médico, é espiritual e Deus é que cura (Sujeito 6).

Nesse sentido, é possível falar sobre uma “crise” do paradigma biomédico, não no sentido de negar sua legitimidade, mas no sentido de reconhecer suas limitações enquanto única racionalidade possível, tornando possíveis outros olhares sobre o processo saúde-doença que não **exclusivamente** o biomédico.

Remédio acaba com a sua saúde e a maioria de médicos e farmacêuticos não estão interessados em te curar. Eles estão interessados em amenizar seus sintomas (Sujeito 3).

O homeopata trata a pessoa. Quando você é atendido pela primeira vez, é feito um “diário” da sua vida. A primeira consulta é sempre

realizar um diagnóstico, bem como uma intervenção – através de um sistema de cura – buscando a recuperação. É fundamental no conceito que, para ser reconhecida enquanto racionalidade médica, todos esses elementos estejam presentes. Nesse sentido, práticas meramente interventivas não se enquadram no conceito.

muito demorada. Ele pergunta várias coisas como, por exemplo: se você tem medo de ficar no elevador sozinho e de olhos fechados; se tem medo de água; se tem medo de altura [...]. Tudo o que você fala, ele escreve. Ele trata você (pessoa), porque cada um recebe o remédio certo. Um remédio que serve pra mim, pode não servir pra você, por exemplo [...]. Em suma, ele trata a pessoa e não a doença (Sujeito 8).

Portanto, ainda que o médico seja o provedor privilegiado de conselhos, é possível perceber indícios da busca por outras racionalidades no que se refere à tentativa de compreender o processo saúde-doença. A produção de encontros, nesse contexto, é fundamental, e locais como o SOE, por exemplo, demonstram ter a possibilidade de potencializá-los.

Embora, até o momento, tenhamos dado ênfase aos pontos de convergência entre discurso médico e do profissional de educação física, há que se ponderar ainda que – embora circunscritos na mesma racionalidade e esfera discursiva – nem sempre suas opiniões sobre determinado tema se aproximam como, por exemplo, atividade física. No caso de algum possível tensionamento, a figura do médico parece ser “privilegiada”, no sentido de ser legítima e “superior” à do professor de educação física, o que confirma a tendência de medicalização das práticas corporais observada por Fraga et al (2009) em seu estudo.

[...] O Posto de Saúde e os agentes de saúde costumavam encaminhar pessoas pra cá (SOE). Uma vez, chegou uma mulher querendo fazer aula. Ela veio encaminhada do Posto de Saúde. Ao conversar com ela, a professora descobriu que ela foi encaminhada por estar com a pressão ‘descontrolada’. Ao aferir a pressão, ela viu que estava altíssima (20 por ‘alguma coisa’). A professora disse a ela para ir para casa porque seria perigoso se ela fizesse aula com a pressão tão alta. A mulher brigou com ela e queria fazer aula ‘de qualquer jeito’, porque o médico tinha ‘mandado’. A professora disse pra ela voltar ao médico e dizer que ela não tinha deixado e que não deixaria, porque ela não queria ser responsável por deixar uma aluna morrer na quadra. A mulher saiu xingando e gritando ‘eu nunca mais boto o pé aqui nessa porcaria’ (Sujeito 8).

O exemplo acima reforça a tendência de medicalização das práticas corporais, na medida em que demonstra a insistência em praticar atividade física “porque o médico mandou”. Ademais, a indignação da possível usuária dá indícios de certa concordância com a ideia de que a atividade física aproxima-se da ação de um medicamento, dado o “descontrole” de sua pressão arterial. Negar esse “medicamento”, mesmo com os riscos envolvidos, parece representar a

negação de que “atividade física é/gera saúde” (sem considerar outros elementos do contexto)⁵⁴.

Tendo em vista os elementos apresentados, reafirmamos que a busca dos indivíduos por aconselhamento dá-se por vias diversas e convergem na medida em que buscam respaldo em um saber especializado (parcial). Ou seja, independentemente da figura específica que serve como fonte de informações/conselhos, a particularidade de determinadas situações leva o indivíduo a recorrer a determinado(s) especialista(s), dentre os quais se destacam o médico alopata e o homeopata.

No entanto, cabe destacar que ainda que haja a busca pelo saber especializado, parece haver um movimento simultâneo de reconhecimento, por parte desses sujeitos, da parcialidade e constante modificação desse saber.

⁵⁴ Cabe a ressalva de que não buscamos nos posicionar contrária ou favoravelmente à atitude da professora, narrada pelo Sujeito 8. Nosso intento é refletir sobre o axioma “atividade física é saúde” a partir da situação descrita.

Considerações

As informações são centrais no contexto do SOE, desde o discurso que sustenta a intervenção do serviço até o cotidiano deste. Embora, por um lado, esse movimento possa ser interpretado como certa tentativa de controle sobre a vida, por outro, é possível perceber que o processo de circulação dessas informações gera, para além do efeito que se espera – nesse caso, que as pessoas se engajem em atividades físicas regulares, via orientação especializada, por intermédio do SOE – outras possibilidades que não se encontram, necessariamente, circunscritas nas justificativas e objetivos do serviço.

Em se tratando dessas possibilidades, destacamos a produção de encontros que, em alguns casos, constitui-se enquanto elemento mobilizador dos indivíduos e, sobretudo, enquanto elemento de produção de saúde.

Percebe-se, tanto nas entrevistas quanto em conversas informais no cotidiano do SOE, que os usuários valorizam as relações que a professora possibilita construir, buscando um espaço salutar e aproximando-se dos usuários. Muitos, inclusive, a veem enquanto amiga o que, na fala deles, é fundamental para a construção desse ambiente.

É necessário assumir que o indivíduo, por estar em movimento – no sentido de não caracterizar-se por uma essência imutável – pode sentir-se, ou não, saudável dentro de determinadas condições, de acordo com sua percepção destas. Disso não decorre, todavia, evocar uma sacralização da subjetividade, no sentido de não colocá-la em diálogo ou, em outras palavras, em relação. Isso implica, no entanto, reconhecer que a saúde está muito mais atrelada aos sentidos e significados que o indivíduo atribui aos processos que vivencia, do que ao que lhe é prescrito, ou seja, relaciona-se com a capacidade do indivíduo de agir e de ampliar essa margem de ação possível.

Ou seja, “a saúde [...] implica muito mais do que a possibilidade de viver em conformidade com o meio externo, implica a capacidade de ‘instituir novas normas em situações novas’” (CAPONI, 2009, p.69).

Pensando em saúde, fundamentalmente enquanto percepção, deriva-se, por exemplo, a possibilidade de aceitar que, se um indivíduo se insere no SOE e

prefere ocupar esse espaço apenas observando as pessoas e interagindo com elas – e isso é benéfico a ele, no sentido de gerar capacidade de ação – talvez isso deva ser respeitado, ao passo que obrigá-lo a envolver-se na atividade de outra forma pode engessá-lo, imobilizá-lo. Esse movimento é um exemplo do que chamamos de transformar lugares em espaços (CERTEAU, 1994), a partir da atribuição de sentido, admitindo movimentos até então não previstos/prescritos como possíveis e legítimos.

Embora não nos pareça ser esse o caso específico do SOE, acreditamos ser necessário destacar que o que, do ponto de vista técnico (profissional de saúde), pode aparentar recusa ao movimento devido à “preguiça” ou “falta de força de vontade”, sucumbindo a condutas de risco, para o indivíduo pode representar o elemento que o mobiliza, dado o sentido por ele atribuído e os objetivos que norteiam sua aproximação com o serviço.

Parece-nos que assumir esse tipo de possibilidade relaciona-se com uma mudança na visão do lugar do SOE, enquanto ponto de convergência entre diversos espaços. Implica não necessariamente abandonar o acompanhamento numérico da “produção” do serviço, mas reconhecer que nem tudo o que se produz/manifesta no serviço e que se caracteriza como promoção de saúde pode ser quantificado.

Os números só possuem sentido quando interpretados e esse processo de interpretação deve considerar a dinâmica do movimento da vida que é recortada, objetivada e suspensa através de sua “tradução” em números. Essa percepção se embasa na fala de uma usuária que menciona o esforço empreendido, em determinado período, para manter um “número mínimo de usuários” para que o módulo não fosse fechado.

Dentro desse contexto em que parece haver a presença de elementos de uma perspectiva reducionista e determinista de se pensar saúde (embora indícios de tentativas de superação desta possam ser observados), na medida em que a “produtividade” dos módulos está relacionada aos números (de usuários, procedimentos realizados, dentre outros) produzidos, atentamos para o alerta de Silva e Damiani (2005, p.21), os quais defendem que

[uma perspectiva reducionista e simplista de se compreender saúde], aliada a um contexto social adverso, faz com que os programas

sociais e políticas públicas voltados à promoção da saúde[...] não consigam atrair e manter, constituir e ampliar a adesão dos grupos sociais que mais necessitam, assim como a todos que têm nas práticas corporais um direito social a ser conquistado.

Todavia, o SOE, de acordo com relatos de professores que nele atuam, tem passado por significativas mudanças em sua configuração, desde sua criação e, sobretudo, na atualidade, na medida em que alternativas têm sido buscadas na tentativa de lançar um olhar mais qualitativo em sua avaliação. Entretanto, destacamos que mudanças paradigmáticas e/ou ideológicas demandam tempo e se mostram lentas e processuais.

Não buscamos, com isso, estabelecer relações causais, mas buscamos (re)afirmar que um paradigma torna visível e inteligível aquilo que está nele previsto e através dele é explicável. Desse modo, ampliar o olhar sobre o indivíduo e o processo saúde-doença nos parece fundamental para a qualificação do serviço, no que diz respeito ao acolhimento do indivíduo – o qual não se limita a seu organismo biológico.

Deriva-se dessa lógica que não é mais possível pensar em uma prática sanitária embasada **apenas** no conhecimento produzido nos cânones da ciência. Existem elementos que precisam ser considerados como, por exemplo e, sobretudo, as possibilidades diversas de encontros e, portanto, de produção de saúde.

Ademais, é fundamental reforçar que o SOE (e a ideologia na qual se encontra inserido) não é a única fonte de informações/orientações/conselhos dos sujeitos que o frequentam, e tem sido crescente a busca por outros olhares (que não exclusivamente o da racionalidade biomédica) na compreensão do processo saúde-doença. Desse modo, embora o discurso do estilo de vida ativo manifeste-se com significativa expressividade nas falas dos sujeitos que frequentam o SOE, é possível identificar alguns tensionamentos.

A homeopatia, no contexto desse estudo, tem se apresentado enquanto uma alternativa à racionalidade biomédica, na busca por olhares menos redutores/simplificadores do referido processo. Não buscamos, no entanto, afirmar que a homeopatia seja a melhor opção e/ou que a medicina alopática não possua valor/validade. Não se trata desse tipo de questão. Além disso, há

que se ponderar que se tem borrado a fronteira entre medicina alopática e homeopática.

Tanto uma como outra são válidas, e mais importante que buscar “medir sua eficácia” é o significado que os sujeitos atribuem a elas, bem como a capacidade de resolução dos sofrimentos desses sujeitos, visto que, em última instância, o indivíduo busca o acolhimento de seu sofrimento, bem como a superação das adversidades da vida.

A partir dos meios de que dispusemos, foi-nos possível chegar até aqui, dados alguns limites de nossa pesquisa. Dentre eles, podemos citar a fragilidade de tentar apreender sentidos, significados ou representações por intermédio de entrevistas e pesquisa de campo, visto que, embora os indivíduos elaborem enunciados em resposta às questões levantadas, não há garantia de que as palavras representam, de fato, aquilo que o indivíduo vivencia, em relação ao SOE, à saúde e à atividade física. No entanto, essa estratégia pareceu ser a que mais se aproximava de nosso objeto de investigação.

Embora haja uma espécie de “ideal comum” no que diz respeito às ações desenvolvidas e atividades oferecidas nos/pelos módulos do SOE, existe também a autonomia de cada professor, no tangente a sua atuação, bem como as especificidades dos sujeitos que participam das atividades e de nossa investigação. Dessa forma, não é nosso intento projetar nossas ponderações, reflexões e análises a uma esfera mais ampla, visto que nossas análises circunscrevem-se em um contexto específico, situado no tempo e no espaço. Ou seja, não buscamos generalizar os resultados do estudo. No entanto, acreditamos que algumas das reflexões aqui propostas podem auxiliar outras, ainda que não relacionadas a esse contexto.

Referências

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 5. sup.1. 2002.

_____. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

BAGRICHEVSKY, Marcos et al (orgs). **A saúde em debate na educação física**. v. 2. Blumenau: Nova Letra, 2006.

BAGRICHEVSKY, Marcos; OLIVEIRA, Alexandre Palma de; ESTEVÃO, Adriana (orgs). **A saúde em debate na educação física**. v. 1. Blumenau: Edibes, 2003.

BAGRICHEVSKY, Marcos; ESTEVÃO, Adriana; OLIVEIRA, Alexandre Palma de (orgs). **A saúde em debate na educação física**. v. 3. Ilhéus: Editus, 2007.

BAUMAN, Zygmunt. **Capitalismo parasitário**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

_____. **Modernidade e ambivalência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BECCALLI, Michel Binda. **Módulo bairro de Lurdes**. 2011. 6 fotografias.

BECK, Ulrich. **Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade**. 1 ed. São Paulo: Ed. 34, 2010.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. 3 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

CANGILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6 ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

CAPONI, Sandra. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003).

CARVALHO, Yara Maria de. **As práticas corporais como práticas de saúde e de cuidado**. Tese de livre-docência apresentada no Departamento de Prática de Saúde, na faculdade de Saúde Pública da USP, 2010.

_____. Entre o biológico e o social: tensões no debate teórico acerca da Saúde na Educação Física. **Motrivivência**, ano XVII, n. 24, p. 97-105, 2005.

_____. **O “mito” da atividade física e saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. Práticas corporais e comunidade: um projeto de educação física no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (Universidade de São Paulo). In: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe (orgs.) **Educação Física e Saúde Coletiva**: políticas de formação e perspectivas de intervenção. 2ª ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

_____. Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Brasília, 2006.

CASTIEL, Luis David; GUILAM, Maria Cristina Rodrigues; FERREIRA, Marcos. **Correndo risco**: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando. Singularidade da educação física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe (orgs.) **Educação Física e Saúde Coletiva**: políticas de formação e perspectivas de intervenção. 2ª ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano**: artes de fazer. 7 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994).

FRAGA, Alex Branco et al. "Sedentarismo é...": concepções de praticantes de caminhada e a medicalização das práticas corporais. In: FRAGA, Alex Branco et al (orgs). **Políticas de lazer e saúde em espaços urbanos**. Porto Alegre: Gênese, 2009.

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

_____. Promoção da vida ativa: nova ordem físico-sanitária na educação dos corpos contemporâneos. In: BAGRICHEVSKY, Marcos et al. (orgs). **A saúde em debate na Educação Física**. vol 2. Blumenau: Nova letra, 2006b.

GOMES, Ivan Marcelo. **Conselheiros modernos**: propostas para a educação do indivíduo saudável. Brasília: Thesaurus, CBCE, 2009.

JOHNSON, Allan G. **Dicionário de sociologia**: guia prático da linguagem sociológica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

LE BRETON, David. **Adeus ao corpo**: antropologia e sociedade. Campinas, SP: Papius, 2003.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O corpo e seus senhores**: homem, mercado e ciência: sujeitos em disputa pela posse do corpo e mente humana. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2009.

LUZ, Madel T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina**: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

NOVAES, Adauto. A ciência no corpo. In: _____ (org). **O homem máquina**: a ciência manipula o corpo. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

ORTEGA, Francisco. **O corpo incerto**: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2008.

PEREIRA, Eduardo Henrique Passos; BARROS, Regina Duarte Benevides de. Humanização. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. **Corpos de passagem**: ensaios sobre a subjetividade contemporânea. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

_____. **Políticas do corpo**: elementos para uma história das práticas corporais. São Paulo: Estação Liberdade, 2005.

SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval. Pesquisa participante: alteridade e comunidades interpretativas. **Psicologia**. USP, v.17, n.2, p.1-41, 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Programa básico do Serviço de Orientação da Fisiologia do Exercício**. Vitória, 1986.

SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO AO EXERCÍCIO. [Sem título]. [20--a]. 1 panfleto. Panfleto de divulgação do Serviço de Orientação ao Exercício da Prefeitura Municipal de Vitória - ES com conselhos para uma vida saudável, distribuído pelos módulos do serviço.

_____. [Sem título]. [20--b]. 1 panfleto. Panfleto de divulgação do Serviço de Orientação ao Exercício da Prefeitura Municipal de Vitória - ES com conselhos para uma vida saudável, distribuído pelos módulos do serviço.

SOUZA, Solange Pires Salome de; LIMA, Regina Aparecida Garcia. Condição crônica e normalidade: rumo ao movimento que amplia a potência de agir e ser feliz. **Revista latino-americana de enfermagem**. v.15. n.1.2007.

TAGLIAFERRE, Elaine; ALBUQUERQUE, Sabrina B. G. (orgs). **Organização, estrutura e funcionamento do serviço de orientação ao exercício – SOE.** Vitória, ES. 2008.

VENTURIM, Lara Marina de Vasconcelos Pinho (org). **A inserção do profissional de educação física na atenção básica.** Vitória, ES. 2004.