


Práticas corporais/atividades físicas demarcadas como privilégio e não escolha: análise à luz das desigualdades brasileiras


Bodily practices/physical activities considered as privilege and not a choice: analysis in the light of Brazilian inequalities

Alan G Knuth^a

 <https://orcid.org/0000-0002-2030-5747>

E-mail: alan_knuth@yahoo.com.br

Priscilla de Cesaro Antunes^b

 <https://orcid.org/0000-0003-2739-193X>

E-mail: pri.antunes@ufg.br

^aUniversidade Federal do Rio Grande. Instituto de Educação. Rio Grande, RS, Brasil.

^bUniversidade Federal de Goiás. Faculdade de Educação Física e Dança. Goiânia, GO, Brasil.

Resumo

Este artigo tem como objetivo assinalar as práticas corporais/atividades físicas como mais um privilégio no Brasil, refutando a noção de que sua prática é uma simples escolha no cuidado em saúde. Para tal, apontaremos evidências discursivas e práticas influenciadas pelas graves condições de desigualdade no país. A caixa de ferramentas utilizada reuniu as relações de saber e poder em Michel Foucault, o apelo ao ensaio a partir de Jorge Larrosa e o acúmulo teórico da Saúde Coletiva. Ao assumir que o envolvimento em práticas corporais/atividades físicas de lazer é perpassado por privilégios, colocamo-nos como defensores das políticas públicas em função do seu caráter de acesso. Há um desafio social premente, qual seja, criar condições de vida dignas, reduzir dramaticamente as desigualdades para fortalecer as ações em direção a cuidados com a saúde como direito de todas as pessoas. Conclui-se que as práticas corporais/atividades físicas são manifestações complexas e atravessadas pelas imposições de vida, em que é imperioso observar as condições e modos de viver, refutando a noção amplamente disseminada de que basta acumular minutos de atividade física para se ter saúde.

Palavras-chave: Política de Saúde; Fatores Socioeconômicos; Atividade Motora.

Correspondência

Alan G Knuth

Universidade Federal do Rio Grande. Av. Itália, km 8. Rio Grande, RS, Brasil. CEP 96203-900

Abstract

Our article seeks to denounce bodily practices/physical activities as another privilege in Brazil, refuting the hegemonic notion that physical activity practice is simply a choice in health care. To such purpose, we point out discursive evidence and practices influenced by the severe inequality conditions in the country. The toolbox used in this essay brought together Michel Foucault's views on power relations, Jorge Larrosa's perspective on essay writing, and the body of research of Collective Health. By assuming that privileges permeate the engagement in bodily practices/physical activities, we place ourselves as advocates of public policies due to their access status. There is an urgent social challenge, namely, to create decent living conditions, to dramatically reduce inequalities, to strengthen actions towards health care as the right of all people. We concluded that bodily practices/physical activities are complex manifestations affected by the impositions of life. Conditions and ways of living must be observed, refuting the widely disseminated notion that it is enough to accumulate minutes of physical activity to be healthy.

Keywords: Health Policy; Socioeconomic Factors; Motor Activity.

Rito de introdução

“A história do pensamento é a análise do modo pelo qual um campo não problemático da experiência torna-se um problema, suscita discussões e debate, incita novas reações e induz crises em comportamentos, hábitos, práticas e instituições antes silenciosos”, segundo Foucault (2001).

A imagem de um indivíduo praticando atividade física pode ser tomada como uma experiência comum, trivial, ou mesmo irrelevante para a maioria das pessoas, sejam elas experimentadas ou não nos bancos acadêmicos. Sob distintas tensões, no entanto, a imagem sugerida tem sido motivo de questionamento e busca por compreensão sob as mais diferentes roupagens das disciplinas do conhecimento no campo científico. Madel Luz (2007) dedica seu livro *Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva* aos praticantes e professores das atividades físicas que, segundo a própria, a ensinaram a rever sentidos na vida. Certamente o movimento humano pode assumir distintos significados de acordo com indivíduos, grupos, culturas e condições sociais.

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do qual buscamos localizar o recorte e algumas condições de análise destes escritos, diversas políticas públicas do setor de saúde passaram a compreender as práticas corporais/atividades físicas (PC/AF) como elemento importante no saber-fazer do campo da saúde, tendo, predominantemente, o núcleo profissional da educação física (EF) como aquele que acomoda e situa a centralidade de interesse nessa discussão, ainda que outros núcleos profissionais também operem com o tema. Conforme o glossário de Promoção da Saúde (Brasil, 2012), atividade física é definida como movimento corporal que produz gastos de energia acima dos níveis de repouso e práticas corporais como expressões individuais ou coletivas do movimento corporal, advindas do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica, construídas de modo sistemático (na escola) ou não sistemático (tempo livre/lazer). Dessa forma, atividade física ou práticas corporais, a despeito de suas diferenças conceituais, são experiências pelas quais muitas pessoas passam em diferentes dimensões de vida, interessam o campo científico e recebem investimentos de políticas públicas.

Assim, os dispositivos presentes no SUS, como Academia da Saúde, Núcleos Ampliados de Saúde da Família, Consultório na Rua, Política Nacional de Promoção da Saúde, bem como as Residências Multiprofissionais em Saúde, incluíram o eixo PC/AF e/ou estabeleceram a vinculação de profissionais ou professores de EF em sua viabilização ao utilizar a lógica discursiva da Promoção da Saúde. Não é possível dissociar que o apelo às PC/AF também orbite nas iniciativas privadas, as quais formam um emaranhado diverso, em que o eixo e o núcleo profissional citados podem ser acionados por academias, clubes, treinamento físico individualizado, clínicas de emagrecimento, franquias fitness, entre inúmeros outros espaços.

É importante demarcar que as PC/AF também podem ser vivenciadas sem a tutela de um profissional a partir da iniciativa individual e de grupos. Assume-se, aqui, que a sistematização de PC/AF com a presença de profissional/professor esteja na lógica do que é oferecido pelas políticas citadas, possibilitando encontro intercessor entre trabalhadores da saúde e usuários com privilégio às tecnologias leves de cuidado, sem abandonar outros formatos (Merhy; Franco, 2003).

A construção contemporânea sobre o tema das PC/AF e sua vinculação com os discursos de saúde é bastante precisa e há um predomínio do recorte ocidental, científico e do saber biomédico, especialmente, hospedado na lógica da associação entre a prática de atividade física e a redução de indicadores de morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas. A reduzida participação em atividades físicas foi definida recentemente com a pandemia e associada com gastos de saúde de quase \$54 bilhões no mundo (Ding et al., 2016). Não há um esgotamento aí, porém, é um marco temporal e conceitual que define e aproxima as PC/AF do campo saúde, bem como figura na argumentação que as coloca nas políticas públicas de saúde. É nesse sentido que discursos e práticas passam a compor o imperativo de aumento nos níveis populacionais de atividade física ou, colocado de outra forma, promoção da atividade física e saúde.

Nessa conjuntura, as pessoas são convocadas a praticar atividade física, e a este enunciado são coladas as recomendações de órgãos de saúde,

instituições acadêmicas e campo midiático, compondo um emaranhado discursivo que advoga a noção de que cuidar da saúde, do ponto de vista do acúmulo de minutos de atividade física em seus quatro domínios (deslocamento, lazer, trabalho, ambiente doméstico), é simples. Nesse contexto, surgem expressões como “acumule 30 minutos todos os dias”, “só depende de você”, “qual a sua desculpa?”, “mexa-se”, entre outros. Tais mensagens, que também vão aparecendo na prática de muitos trabalhadores do setor, estão amparadas em alguns pilares discursivos hegemônicos associados à vertente comportamental da promoção da saúde, segundo a qual a saúde é obtida a partir de mudanças de estilo de vida, numa relação de causalidade linear. Esta visão de que basta ser ativo para ser saudável, além de ingênua, moralizante e medicalizante, desconsidera a determinação social do processo saúde-doença e deposita sobre o sujeito a responsabilidade inteira por suas condições de saúde, como se, para toda população brasileira, fossem dadas as mesmas possibilidades para escolhas.

A temática das PC/AF, a partir da compreensão da medicalização, acaba inscrita como manifestação biopolítica (Transmissão, 2019). Na medida em que se coloca exclusivamente no comportamento individual a explicação para a condição de saúde, exime-se o papel do Estado em prover políticas sociais comprometidas com a vida digna e com as necessidades humanas básicas. Em seu lugar, figuram ações de controle sobre a vida, a partir de um conjunto de mecanismos reguladores que tomam as características biológicas fundamentais no interior de uma política, de uma estratégia geral de poder fundada na normalização que se dissemina por toda ordem social. Circulam, marginalmente, as análises que repelem a ideia de simplicidade, utilitarismo, individualismo associado às PC/AF no cuidado da saúde, e advogam um olhar às condições e modos de viver e ao conceito ampliado de saúde (Fraga; Wachs, 2007).

O objetivo do presente ensaio é assinalar as PC/AF como mais um privilégio no Brasil, refutando a noção hegemônica de que a prática de atividade física é uma simples escolha no cuidado em saúde. Para tal, apontaremos evidências discursivas e práticas de que são influenciadas pelas graves condições de desigualdade no país e que não figuram facilmente na vida de grande parte dos brasileiros.

Contornos teórico-metodológicos

O tom ensaístico do presente texto teve, na sua caixa de ferramentas, as contribuições de Michel Foucault (2018), na perspectiva de estranhar aquilo que nos é mais íntimo, ou seja, desconfiar da simplicidade discursiva que se tem atribuído à relação entre as PC/AF e a saúde, no sentido de escolha.

Como poderia alguém duvidar ou desconsiderar a relação da atividade física com a saúde? Ela figura em diversas políticas e estampa as mídias em suas diversas interfaces. Pois a premissa aqui é de poder olhar para esta relação com um afastamento no sentido de provocar desajustes, problematizar os ditos perpetuados. Trabalhos anteriores observaram a atividade física e sua relação com a saúde com um quê de provocação, de questionamento. Tanto Carvalho (2009) quanto Bilibio e Damico (2011) convidaram os leitores a estranhar a determinação colocada na atividade física e saúde por diferentes argumentações e escopos de análise. O que se propõe, aqui, de diferente é repelir a noção de que é simples praticar atividade física e está ao alcance de todos.

Na contramão do discurso que posiciona a atividade física como simples escolha, decisão individual, pretende-se elencar argumentos que demonstrem a complexidade que envolve a participação de pessoas em PC/AF, especialmente, a constituição das desigualdades e, por fim, identificando que as políticas públicas de saúde, em que as PC/AF são tematizadas a partir de um olhar profissional, devem ser prestigiadas ou o acesso às práticas jamais será democratizado.

O pretexto de se valer de escrita ensaística, com apoio em Larrosa (2003), encontra-se na ideia de problematizar a escrita acadêmica, ou as políticas da verdade e as imagens do pensamento e do conhecimento. Conforme o autor, os ensaios são excluídos dos espaços de saber e, ao propor a temática em tela, sabe-se que os discursos e práticas na área de atividade física e saúde são inundados pelos conhecimentos da epidemiologia. Se tomarmos a saúde coletiva como linha teórica, é notório que as ciências sociais e humanas ainda figuram timidamente frente aos eixos da epidemiologia e do planejamento e políticas. Portanto, as relações de saber e poder em Michel Foucault, o apelo ao ensaio

a partir de Jorge Larrosa e o acúmulo teórico dos núcleos disciplinares que integram a saúde coletiva em que as ciências humanas e sociais estão colocadas, são as premissas teóricas do ensaio. Não se trata de descartar a epidemiologia, ao contrário, pretende-se integrá-la, especificamente ao se valer de parte de seus diagnósticos na construção da narrativa e tese. Por outro lado, é preciso acionar outro tipo de saber para provocar desestabilizações frente aos efeitos diante do conhecimento acumulado na área.

Brasil, país de desigualdades

Em outubro de 2018, os dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre a PNAD contínua apresentavam, taxativamente, aquilo que é a condição persistente no Brasil: “10% da população concentram 43,1% da massa de rendimentos do país” (PNAD, 2019). O Índice de Gini foi estimado em 0,545 em 2018 e, comparativamente a outros anos, é possível afirmar que a desigualdade está se ampliando. Relatório aponta que “o 1% mais rico da população mundial possui a mesma riqueza que os outros 99%, e apenas oito bilionários possuem o mesmo que a metade mais pobre da população no planeta” (OXFAM, 2017, p. 11). O Brasil é considerado um país de desigualdade extrema, caracterizado pela concentração de renda, com marcadas diferenças por sexo, raça e região e pela insuficiente oferta de serviços essenciais. O mesmo relatório informou que “no início de 2017, os seis maiores bilionários do País juntos possuíam riqueza equivalente à da metade mais pobre da população” (OXFAM, 2017, p. 21). Em outro relatório, o Brasil aparece como o 10º país mais desigual do mundo num ranking de mais de 140 países (ATLAS, 2021).

Quando deslocamos o debate para o campo da saúde, obviamente o cenário não avança, ao contrário, apresenta complexas e importantes disparidades. Paim, Travasso e Almeida (2011) sinalizam que o SUS, uma conquista de movimentos e organizações da sociedade civil, tem sido exitoso no acesso à atenção básica e de emergência, na cobertura de vacinação, na assistência pré-natal e na expansão de recursos humanos e de tecnologia. No entanto, enfrenta desafios políticos, impossíveis de resolução na esfera técnica, o que implica carência de financiamento e

fragilidade conceitual-política, com forte impacto das corporações e complexo médico-farmacêutico e hospitalar. Como repercussão, novamente, uma limitação dos indicadores nas populações mais desassistidas. Um fenômeno a ser rechaçado é a ideia de que o SUS se tornou um sistema “pobre para pobres”. Além de uma posição conservadora e reacionária, fere a dignidade humana e configura o que posteriormente Paim (2018) acabou por definir como “SUS reduzido”. Este assegura procedimentos de alto custo para o setor privado, distancia-se do SUS constitucional e legítima um “arremedo ou simulacro do SUS”, contrariando os princípios de universalidade e equidade.

A discussão sobre os determinantes sociais da saúde tem sido debatida na literatura acadêmica, especialmente no âmbito dos referenciais da saúde coletiva (Barata, 2009; Travassos; Castro, 2008). O próprio movimento da reforma sanitária brasileira, como um fenômeno sócio-histórico, afirma o projeto do SUS alinhado com um projeto civilizatório pela democratização da saúde, do Estado e da sociedade (Paim et al., 2011). Algo que demanda transformações sociais profundas, o que faz com que as políticas de saúde brasileiras precisem ser vistas como política social, e não, apenas, como uma demanda setorial.

Se as desigualdades permanecem e se acentuam, refletindo em indicadores epidemiológicos, o que se pode dizer dos grupos cada vez mais afetados, atingidos e excluídos da cidadania, justiça, dignidade e saúde? Uma das expressões das relações de poder e saber e de como a saúde afeta diferentemente os grupos sociais é a questão do racismo. Em recente exposição, Damico (Transmissão, 2019) afirma que “os negros seguem a compor o grupo que sofre mais violência institucional no SUS, são os negros que seguem morrendo mais e adoecendo, apesar do SUS”. O autor ainda coloca bastante ênfase nas mulheres negras e o quanto estas sofrem de todas as injustiças, cotidianas ou institucionais, nas relações de poder. Almeida (2019) analisa a conjuntura brasileira ao diferenciar o racismo individual, institucional e estrutural e evidencia que o racismo é advindo das relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares, ou seja, da estrutural social. Nesse caso, muito além de enfrentarmos práticas racistas nos

níveis individual e institucional, clama a necessidade de alterações profundas nas relações sociais, políticas e econômicas.

O contexto brasileiro não está dissociado das iniquidades que atravessam o continente americano. Se, no país, as desigualdades são marcantes, este efeito é também observado nos países vizinhos e, ao menos, algumas denúncias não deixam o quadro escondido. Conforme relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2019) o continente inclui pessoas que gozam de privilégios substanciais e outras que enfrentam graves violações de direitos humanos em função da sua posição socioeconômica, etnia, gênero, orientação sexual, deficiência ou situação de imigrante. Estas injustiças estão demarcadas profundamente entre os países americanos.

Não raro no campo da saúde, o Brasil absorve recomendações de saúde empregadas internacionalmente. Em diversas situações, admite-se a plausibilidade de acompanhar a comunidade internacional, os esforços de cooperação e a agenda política sobre os temas de saúde. O que parece, no entanto, ser uma falha importante é a disseminação de recomendações e a consequente tomada de decisão a partir do que é colocado por outras e distantes realidades econômica, política e cultural. A ideia de “recomendações internacionais de atividade física” e a agenda de “cidades saudáveis” são exemplos fartos de descaracterização quando aplicados à realidade de cidades, estados, países em um continente tão desigual. No próximo tópico, a ideia é entrecruzar os aspectos supracitados com as PC/AF, não como paralelismo, mas como encontro. A figura de alguém praticando atividade física, a qual introduz o ensaio, volta, agora, dotada de características, indicando que diversas imposições e não escolhas fragilizam o acesso às PC/AF.

O que resta para as PC/AF?

Procuramos estabelecer uma contextualização breve do Brasil no contexto latino-americano e suas persistentes desigualdades para poder situar as PC/AF em tela com as condições e modos de vida, por ser justamente um dos fatores menos frequentes na abordagem da atividade física. Em termos de discursos e práticas, tem sido admitida

uma abordagem predominante pela roupagem de promoção da saúde, que sugere mudanças de hábito ou comportamento, tidas como estilo de vida e tomadas como escolhas. Além disso, a conotação empregada tem sido a de uma escolha simples, possível de ser empregada no cotidiano e com pouca problematização sobre o que cerca a vida e o envolvimento de pessoas com PC/AF.

A suposta simplicidade opera a partir da recomendação de acumular minutos como uma responsabilidade individual, sem a necessária contextualização. É justamente o que queremos denunciar sobre os discursos e práticas da saúde, pois o envolvimento em PC/AF é atravessado pelas condições e modos de vida e não alheio a estes. Os dados, a seguir apresentados, demarcam uma desigualdade a mais, dentro das desigualdades conhecidas.

Não há nada de simples em vincular o movimento ao cotidiano da vida, não pode ser reduzido à mera escolha, ao contrário, é um gesto de escape e de coragem frente às imposições que a vida e as desigualdades brasileiras impõem. Nessa linha, o envolvimento com PC/AF, especialmente com a supervisão de profissionais, é tão complexo e desigual quanto o acesso a serviços médicos, odontológicos, medicamentos, tratamentos e a demais cuidados no campo da saúde, além de se configurar culturalmente. Extrai-la desta perspectiva e conferi-la a um discurso simplista é omitir a dureza que a vida tem colocado às pessoas e se comprometer com um conceito limitado de saúde, que, mais tarde, vai se desdobrar em indicadores epidemiológicos considerados preocupantes.

O acesso às PC/AF é desigual no Brasil, à semelhança de outros indicadores sociais e de saúde. Em geral, atividades físicas prazerosas, diversificadas, mais afeitas ao período de lazer estão concentradas nas populações mais abastadas, muitas delas limitadas ao público que pode pagar. As atividades físicas de deslocamento, trajetos a pé ou de bicicleta para estudar ou trabalhar, por exemplo, são mais frequentes entre os pobres. Aqui, há uma relação inversa e perversa entre variáveis sociodemográficas e acesso às PC/AF. Os dados, na sequência, ilustram categoricamente a situação.

Rodrigues, Melo e Assis (2017) enfatizam, a partir de revisão sistemática, que adultos e idosos de menor

escolaridade, renda ou pior qualificação profissional estão sujeitos à maior atividade física no deslocamento ou ambiente ocupacional. Ao contrário, o grupo social de maior renda, escolaridade e qualificação profissional está colocado em mais atividades físicas de lazer. Há, justamente, uma inversão no tipo de atividade física praticada e na condição socioeconômica. Não será raro encontrar saudação à atividade física praticada nos grupos citados, o que, aqui demarcamos, é que as condições de vida deveriam ser a aposta de transformação para que o lazer assumisse protagonismo nestas vidas e em todos, escapando da lógica atual que privilegia um grupo.

Dados oficiais brasileiros sobre atividade física de lazer conforme a renda foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019). As informações têm origem na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. As maiores prevalências de inatividade física foram em mulheres, pessoas com 60 anos ou mais, negros, pessoas com autoavaliação de saúde ruim ou muito ruim, com renda familiar de até quatro salários-mínimos por pessoa, pessoas que desconhecem programas públicos de atividade física e residentes em área sem locais públicos para prática.

Estudos vêm se dedicando ao estudo das relações entre a atividade física, os processos saúde-doença e as condições socioeconômicas, reunindo um conjunto de evidências que afirmam o estado socioeconômico como um fator que influencia no acesso às atividades físicas e na prevalência de vários problemas relacionados a saúde (Rodrigues; Melo; Assis, 2017; Ferreira et al., 2018). Em geral, problematizam as relações causais entre atividade física e saúde, apontando que aspectos como o índice de desenvolvimento humano das cidades, a quantidade de rendimentos, o nível educacional, a ocupação profissional, a classe econômica, a violência/criminalidade, as desigualdades sociais, entre outros, são fatores que podem facilitar a prevalência de problemas de saúde, incluindo doenças cardiovasculares, obesidade e sedentarismo e/ou dificultar o acesso às informações, aos serviços de saúde e à própria prática de atividades físicas, que poderiam ajudar a amenizá-los.

O recente Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano do Brasil (PNUD, 2017) também constatou que as disparidades de raça, gênero, renda, escolaridade

e geração interferem no acesso às atividades físicas e esportivas. Nesse sentido, as pesquisas mostram que a prática de atividades físicas não é apenas uma escolha individual ou moral, mas está intimamente imbricada a fatores socioeconômicos que chegam a ser determinantes para que as pessoas pratiquem com assiduidade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) veiculou o Plano Global de Ação em Atividade Física, com a meta de reduzir em 15% a inatividade física em adultos e adolescentes. Conforme a publicação, 23% dos adultos e 81% dos adolescentes não alcançam as recomendações de atividade física para a saúde. Entretanto, a definição adotada e a forma de compreender a atividade física estão baseadas na ideia dos quatro domínios, ou seja, interessam no mesmo âmbito as atividades de lazer, trabalho, domésticas e deslocamento, em um somatório. Esta compilação assumida no Brasil, por exemplo, mascararia as desigualdades em cada tipo de atividade física que ainda é uma preocupação. No Brasil, propostas veiculadas pelo Ministério da Saúde seguem esta lógica dos quatro domínios, como o Plano de Ações Estratégicas para o Enfretamento das DCNT no Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011) e balizam ações sanitárias voltadas para a população.

Os discursos e práticas de acumular minutos têm sido dominantes e, como vimos, conforme as desigualdades socioeconômicas, camuflam situações bastante desiguais, por exemplo, misturam o lazer, em que pode ser enquadrada a PC/AF, com supervisão profissional, com os deslocamentos, cuja prática é dominada pela necessidade. Com a lógica de acumular minutos de atividade física, a OMS estimula que pessoas se desloquem ativamente ao trabalho, sendo que, para muitos, isso significa apenas economizar a passagem do transporte ou a única possibilidade de deslocamento possível e não uma “escolha saudável” e consciente.

A atividade física feita no trabalho, para boa parte das pessoas, significa a opção de trabalho possível, de muito esforço, baixa remuneração, em geral, desprezada por outras pessoas de maior escolaridade. Também estimula, no mesmo discurso, o envolvimento em atividades físicas de lazer, cujas práticas estariam mais associadas ao gosto, ao prazer, ao divertimento e, quem sabe, nas quais poderíamos encaixar a noção de

“escolha” e encontro intercessor com o profissional da área que não ocorre nos demais domínios. É também demarcado que o acesso ao lazer, em um país como o Brasil, é extremamente desigual e a isso se podem somar iniciativas como leitura, cinema, artes, música e, assim também, as PC/AF. Ao que nos parece, a abordagem de somar minutos de atividade física a serem realizadas em qualquer contexto não contribui com um olhar atento às desigualdades sociais, a menos que explorasse as características de cada domínio e sua relação profunda com o social.

A OMS indica que a inatividade física aumenta conforme o desenvolvimento do país e atribui esta relação aos padrões de transporte, ao uso de tecnologia, à urbanização e a aspectos culturais. Insistimos que a resposta passa pelos discursos e práticas produzidos conforme o tipo de atividade física que se pretende promover. Se o indicador usado fosse a atividade física de lazer, não se encontraria o resultado supracitado, pois, em certos países ricos, as desigualdades são menos preponderantes. Por fim, a própria OMS indica que mulheres, idosos, pessoas mais pobres, com doenças crônicas, marginalizados, de comunidades indígenas ou rurais têm menos acesso às atividades físicas (OMS, 2018). Na conformação deste privilégio, que é acessar as PC/AF de lazer, entendemos que recomendar a prática a esmo, com os quatro domínios misturados, apenas indicando que as pessoas acumulem minutos, acionando a perspectiva da simplicidade, é uma omissão no reconhecimento da complexidade que envolve cada domínio da atividade física e situação socioeconômica dos países e de suas populações. Também, acaba por secundarizar a importância do acesso ao professor/profissional de EF, pois o mote do somatório dos minutos se sobressai em detrimento de um acesso às PC/AF, direcionado como um fim em si mesmo, apoiado no trabalho pedagógico dos professores da área que podem contribuir no cuidado em saúde.

Estudo populacional na região Sul do Brasil (Oliz; Dumith; Knuth, 2020) indicou que apenas 16,1% de adultos e idosos usou serviços de EF nos últimos meses, em que acesso ao professor/profissional se configura. Destaca-se que 78% destes utilizaram serviços privados, o que indica uma elitização destas práticas. Um total de 18,8% da população refere nunca ter utilizado serviços de EF.

O acesso às PC/AF, no Brasil, pode ser facilitado a partir de iniciativas de políticas públicas e, especificamente, no campo da saúde, algumas destas foram mais presentes nas redes de cuidado do SUS. Reitera-se que as PC/AF presentes em tais políticas dialogam com o período ou domínio de lazer e que, em geral, estão articuladas a um ou mais profissionais. Desde a Política Nacional de Promoção da Saúde, em 2006, o tema das PC/AF foi colocado na agenda política e alguns programas e ações vêm sendo viabilizados. As experiências mais estabelecidas são os NASFs e a Academia da Saúde, no âmbito da atenção básica em saúde.

A ocorrência destas iniciativas, em nossa compreensão, busca democratizar o acesso às PC/AF, no sentido de atenuar as desigualdades produzidas conforme o domínio de atividade física e as condições sociais, como se viu anteriormente. Para um grupo de brasileiros, a oferta de PC/AF no SUS é o formato possível para usufruir o contato com as práticas pela sua vivência e experiência. É certo que há muitas imprecisões nestas políticas, como o formato muito afeito às doenças crônicas, fragilidade nos meios de contratação dos profissionais, composição de equipes a partir do remanejamento dos profissionais de educação física de outras secretarias, dificuldade com os espaços físicos e materiais, preconceito de outras áreas para entender as PC/AF como uma prática de cuidado e, também, uma baixa cobertura dos programas na população total, em torno de 2%, conforme estudo epidemiológico de âmbito nacional (Ferreira et al., 2019).

Ainda que os programas com PC/AF devessem oferecer subsídios que não os limitassem aos argumentos biológicos, há evidências de que a disponibilidade de tais iniciativas contribui para aumentar níveis de atividade física em usuários (BRASIL, 2011). Em um cenário de desigualdades e de poucas possibilidades de escolha, a ocorrência de políticas públicas envolvendo PC/AF no campo da saúde se apresenta como relevante e indispensável, pois, para muitas pessoas, é a única forma de contato com o movimento em seu cotidiano.

Recentemente, duas ações colocaram fragilidades sobre a manutenção ou garantia de tais ações: modificação da forma de financiamento na atenção básica (Brasil, 2017), que introduz muitas dúvidas sobre o financiamento de equipes NASF,

e uma consulta sobre um programa denominado Brasil em Movimento. Nessa consulta, não há qualquer previsão de preocupação de vínculo com usuários, integralidade e longitudinalidade da ação e cuidados já ofertados, bem como com a precarização intensa das relações de trabalho com a contratação de profissionais de educação física a partir de remuneração variável, via aplicativo de celular - ação que recebeu a alcunha de “uberização da atividade física”. O programa constava em fase de consulta e deve ser rechaçado nos termos disponibilizados.

À Guisa de conclusão

Em 1993, o grupo Racionais MC's lançou o rap *Fim de Semana no Parque* (FIM, 1993). Na música, diversas passagens podem trazer uma riqueza que a arte pode emprestar à frieza científica:

Eles também gostariam de ter bicicleta, de ver seu pai fazendo *cooper* tipo atleta,
Gostam de ir ao parque e se divertir e que alguém os ensinasse a dirigir,
Mas eles só querem paz e, mesmo assim, é um sonho, fim de semana do Parque Santo Antônio.
Olha só aquele clube que da hora, olha aquela quadra, olha aquele campo, olha!
Tem corrida de kart, dá pra ver é igualzinho o que eu vi ontem na TV.
Olha só aquele clube que da hora, olha o pretinho vendo tudo do lado de fora,
nem se lembra do dinheiro que tem que levar pro seu pai, bem louco gritando dentro do bar.
Nem se lembra de ontem, de onde o futuro, ele apenas sonha através do muro.

A tese sustentada é a de que o envolvimento em PC/AF, sob orientação e com sentido de experiência saudável, é configurado como uma prática de uma pequena parcela da população privilegiada no Brasil. Ao assumir tal denotação, estamos dialogando, especialmente, com as práticas admitidas no período de lazer, em que há um interesse das pessoas e não uma obrigação em função de seu trabalho, deslocamento ou afazeres domésticos constrangidos por aspectos sociais.

Não consideramos, em termos de promoção, as atividades físicas realizadas compulsoriamente, em que não há margem de negociação, mas uma imposição colocada pelas desigualdades de diferentes origens, que são excludentes e adoecedoras. Isso significa dizer que discordamos dos discursos e práticas que apostam na promoção da atividade física pela via dos quatro domínios a partir da minutagem e sem observar as diferenças que marcam cada domínio. Tal abordagem desconsidera o âmbito social envolvido com as PC/AF. Se a “escolha” de praticar atividade física fosse “simples”, possivelmente, os indicadores epidemiológicos responderiam conforme a direcionalidade almejada pelas instituições de saúde, e, conforme demonstramos ao longo do texto, não é o que acontece neste tempo e espaço.

É bastante prudente fazer mais uma ponderação. A análise está voltada para um país de dimensões continentais e práticas injustas, algo que pode ser replicado a muitos outros da América Latina ou do Hemisfério Sul, o mais pobre do globo terrestre. Consideramos que países com maiores níveis educacionais e distribuição de renda podem fazer outras interpretações sobre as manifestações de PC/AF, por exemplo, a mobilidade humana. Não descartamos que existam debates avançados nesse âmbito e que as PC/AF possam ser ampliadas, absorvidas e ressignificadas. Nesta mecânica, os modos de viver imprimem uma relação íntima com as PC/AF. No Brasil, isso ainda é atravessado pela desigualdade e o fator econômico e social é preponderante.

O tema das PC/AF se ajusta à realidade biopolítica. A trama saber-poder é permeada no e com o corpo a partir do acionamento da população (Foucault, 2018). Discursos de várias ordens exprimem um dever moral, responsabilidade individual, normalização na gestão da vida, realizando um controle detalhado nos gestos, atitudes, comportamentos, hábitos e discursos. Nesta perspectiva, a exigência pelo acúmulo de minutos de exercitação corporal é mais um mecanismo que visa otimizar um estado de vida na linha de uma biorregulamentação, levando em conta os processos biológicos do homem-espécie. Por outro lado, o mesmo autor nos coloca da possibilidade de sacudir as evidências, de estranhar o íntimo. Dado que os poderes se exercem em diversos pontos da

rede social, a sustentação deste ensaio em direção às PC/AF associadas com a fruição do lazer, como um direito humano fundamental de gozar a vida, em detrimento dos discursos mais frequentes e “oficiais”, atuam como uma fuga ou resistência daquilo estabelecido. A demarcação das questões sociais e econômicas também busca situar o tema dentro da dominação capitalista. Para tanto, “cada luta se desenvolve em torno de um foco particular de poder (Foucault, 2018, p. 138)”. Em tempo, procuramos designar um foco, mas não pretendemos uma análise global, completa ou infalível.

Colocamo-nos como defensores das políticas públicas com oferta de PC/AF em função do seu caráter de acesso, especialmente apostando na via do lazer. Não se deve esquecer da baixa cobertura destas políticas, de suas fragilidades e do discurso de simplicidade das escolhas que as próprias podem reproduzir nas relações de poder, imprimindo superficialidade no trato com o tema e pouco diálogo com as condições sociais a que as pessoas estão submetidas. Afinal, estas políticas públicas também são cooptadas pela racionalidade neoliberal e convocam as pessoas a serem protagonistas de sua saúde. Entretanto, fragilizar e desarticular as políticas públicas de saúde que dialoguem com PC/AF é estender as desigualdades persistentes no Brasil em favor da lógica neoliberal, assim, sustentamos a concepção da atenção básica e do SUS como pilares na proposição de vidas menos desiguais.

Em última instância, defendemos uma ampliação da compreensão de saúde. Há um desafio social premente, qual seja, criar condições de vida dignas, reduzir dramaticamente as desigualdades para fortalecer as ações em direção a cuidados com a saúde como direito de todas as pessoas.

Conclui-se que o acesso às PC/AF não é mera escolha, mas prática disponível à pequena parcela da população privilegiada, complexa e atravessada pelas imposições de vida, em que é imperioso observar os modos de viver, refutando a noção que basta acumular minutos de atividade física para se ter saúde.

Referências

ALMEIDA, S. *Racismo estrutural*. São Paulo: Pólen, 2019.

- ATLAS do desenvolvimento humano no Brasil. *Atlas BR*, Brasil, 2021. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/consulta/map>. Acesso em: 12 mar. 2021.
- BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.
- BILIBIO, L. F.; DAMICO, J. G. Carta a um jovem professor. *Cadernos de Formação RBCE*, Florianópolis, v. 2, n. 2, p. 92-103, 2011.
- BRASIL. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. *Glossário temático: promoção da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 13 nov. 2019.
- BRASIL. *Saúde Brasil 2018: uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos, desafios e perspectivas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.
- CARVALHO, Y. M. *O "mito" da atividade física e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2009.
- DING, D.; LAWSON, K. D.; KOLBE-ALEXANDER, T. L. et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *The Lancet*, London, v. 388, n. 10051, p. 1311-1324, 2016. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30383-X
- FERREIRA, R. W.; CAPUTO, E. L.; HÄFELE, C. A. et al. Acesso aos programas públicos de atividade física no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00008618
- FERREIRA, R. W.; VARELA, A. R.; MONTEIRO, L. Z. et al. Desigualdades sociodemográficas na prática de atividade física de lazer e deslocamento ativo para a escola em adolescentes: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2009, 2012 e 2015). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00037917
- FIM de semana no parque. Intérprete: Racionais MC's. Compositores: Mano Brown. In: RAIO-X do Brasil. Intérprete: Racionais MC's. Gravadora: Zimbabwe Records, 1993. 1 CD, faixa 2.
- FOUCAULT, M. *Fearless speech*. Los Angeles: Semiotext(e), 2001.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2018.
- FRAGA, A. B.; WACHS, F. *Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção*. Porto Alegre: UFRGS, 2007.
- LARROSA, J. O ensaio e a escrita acadêmica. *Educação e Realidade*; Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 101-115, 2003.
- LUZ, M. T. *Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, 2003.
- OLIZ, M. M.; DUMITH, S. C.; KNUTH, A. G. Utilização de serviços de educação física por adultos e idosos no extremo sul do Brasil: estudo de base populacional. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 541-552, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020252.14692018
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Plano de ação global para a atividade física 2018-2030*. Genebra: 2018.
- OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Sociedades justas: equidade em saúde e vida com dignidade*. Washington, DC: 2019.
- OXFAM. *A distância que nos une: um retrato das desigualdades brasileiras*. São Paulo: 2017.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.09172018

PAIM, J. S.; TRAVASSOS, P.; ALMEIDA, C. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9779, p. 1777, 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8

PNAD Contínua 2018: 10% da população concentram 43,1% da massa de rendimentos do país. *Agência IBGE Notícias*, Rio de Janeiro, 16 out. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3tcef6J>. Acesso em: 2 fev. 2020.

PNUD - PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Movimento é vida: atividades físicas e esportivas para todas as pessoas*. Brasília, DF: 2017.

RODRIGUES, P. A.; MELO, M.; ASSIS, M. et al. Condições socioeconômicas e prática de atividades físicas em adultos e idosos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 217-232, 2017. DOI: 10.12820/rbafs.v.22n3p217-232

TRANSMISSÃO ao vivo de *Conbrace 2019 - Mesa 01. Conbrace 2019 - Mesa 01*. YouTube. 2019. Disponível em: <https://youtu.be/LHJxgW5-4xI>. Acesso em: 19 nov. 2019.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 215-246.

Contribuição dos autores

Knuth concebeu a ideia do ensaio e Antunes elaborou a crítica sobre o conteúdo preliminar. Ambos os autores delinearão a escrita e revisão do manuscrito.

Recebido: 23/10/2020

Reapresentado: 23/10/2020

Aprovado: 10/12/2020