

PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS DE ATIVIDADE FÍSICA: uma proposta de política pública

Marcos Gonçalves Maciel*
Ana Cláudia Porfírio Couto**

RESUMO

O objetivo deste artigo é contextualizar criticamente o desenvolvimento dos programas governamentais de atividade física como uma das estratégias de políticas públicas implementadas no Brasil visando à promoção da saúde. Adotou-se a perspectiva qualitativa por meio de uma revisão narrativa. A análise desta proposta demonstra a adoção da atividade física sob o viés utilitarista e biomédico em detrimento dos aspectos socioculturais e de satisfação pela sua vivência. Conclui-se ser necessário problematizar a intencionalidade desses programas, refletindo de forma crítica o seu desenvolvimento.

55

Palavras-chave: *Lazer. Política Pública. Promoção da Saúde.*

GOVERNMENTAL PROGRAMS ON PHYSICAL ACTIVITY: a proposal for public policy

ABSTRACT

The objective of this paper is to contextualize the development of governmental physical activity programs as one of the public policy

*Professor Adjunto do Departamento de Ciências do Movimento Humano - UEMG Unidade Ibirité. Doutor em Estudos do Lazer Coordenador do Grupos de Estudos de Ócio e Desenvolvimento Humano Contato principal para correspondência.

** Professora Associada II na Escola de Educação Física Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais. Professora credenciada no Programa de Pós-graduação de Mestrado e Doutorado Interdisciplinar em Lazer da Escola de Educação Física Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG. Doutorado em Ciência do Desporto pela Universidade do Porto/Portugal; Pós-Doutorado em Sociologia do Esporte e Lazer na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia/Portugal.

strategies implemented in Brazil aiming at health promotion. We adopted a qualitative perspective through a narrative review. The analysis of this proposal demonstrates the adoption of physical activity under the utilitarian and biomedical bias to the detriment of sociocultural aspects and satisfaction on its experience. We conclude that it is necessary to problematize the intentionality of those programs, reflecting critically on their development.

Keywords: *Leisure. Public Policy. Health promotion.*

RESUMEN

El objetivo de este artículo es contextualizar críticamente el desarrollo de los programas gubernamentales de actividad física como una de las estrategias de políticas públicas implementadas en Brasil objetivando la promoción de la salud. Se adoptó una perspectiva cualitativa por medio de una revisión de la narrativa??

56

El análisis de esta propuesta demuestra la adopción de la actividad física bajo la visión utilitarista y biomédica, en menoscabo de los aspectos socioculturales y de satisfacción por su experiencia. Se llega a la conclusión ser necesario entender la intencionalidad de esos programas, reflexionando de una forma crítica su desarrollo.

Palabras-clave: *Ocio. Política Pública. Promoción de la Salud.*

1 INTRODUÇÃO

Os Programas Governamentais de Atividade Física (PGAF) estão em expansão no Brasil, desde o início deste milênio, como parte do fomento de políticas públicas para a promoção da saúde (MALTA et al., 2014). Esse fato tem chamado atenção da comunidade científica nacional que tem se dedicado a estudá-lo (MACIEL; SOARES, 2016; FIGUEIRA; LOPES; MODENA, 2016; LARA SILVA et al., 2014; TOLEDO; ABREU; LOPES, 2013; KNUTH et al., 2010; COSTA et al., 2012).

Todavia, tais programas têm assumindo a vivência¹ da atividade física prioritariamente como prática de saúde², notadamente pelo viés biomédico³ e político.

Entende-se que esses programas seguem, de maneira exacerbada, uma perspectiva profilática. Na contemporaneidade, este fato é identificado desde a década de 1970, quando os princípios da noção de risco epidemiológico – probabilidade de um membro de uma população definida desenvolver uma dada doença em um determinado período de tempo – são apregoados pela perspectiva biomédica.

Esta área de conhecimento considera a atividade física como um meio eficaz para reduzir os efeitos deletérios dos agravos à saúde que acometem à população, sobretudo os decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)⁴. Essa percepção tem reforçado ainda mais os aspectos utilitaristas tradicionalmente atribuídos a

1 Neste trabalho, tendo como base alguns autores (CUENCA; PRAT, 2012; LARROSA, 2000), diferenciamos o significado do termo vivência e de experiência. A primeira trata de uma ação vivida pela pessoa, tendo o mesmo significado social, por exemplo, ir ao cinema. Por sua vez, essa vivência é qualificada pela experiência que é de caráter subjetivo e intencional. Portanto, uma mesma vivência pode apresentar experiências distintas para pessoas e também em momentos diferentes.

2 A expressão prática da saúde na contemporaneidade traz uma conotação ligada ao sistema político-econômico da sociedade capitalista, ao modelo de atendimento médico, hospitalocêntrico, considerando a relação entre causa e efeito para diagnosticar as alterações anatomofisiopatológicas. (AYRES, 2009).

3 Segundo Cutolo (2006), o modelo biomédico caracteriza-se pela explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, fragmentação, mecanicismo, nosocentrismo, recuperação e reabilitação, tecnicismo, especialização. O biologicismo pressupõe o reconhecimento da natureza biológica das doenças; justifica-se na compreensão que a doença é causada por agentes biológicos, químicos, físicos em corpos biológicos com repercussões biológicas.

4 Das 57 milhões de mortes no mundo em 2008, 36 milhões – ou 63,0% – aconteceram em razão das DCNT, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica. Cerca de 80,0% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda, onde 29,0% das pessoas têm menos de 60 anos de idade. Nos países de renda alta, apenas 13,0% são mortes precoces. No Brasil, como nos outros países, as doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72,0% das causas de óbitos [...]. (MALTA; MORAES NETO; SILVA JUNIOR, 2011, p. 426).

essa vivência, tornando-a, de uma maneira em geral, destituída de sentidos, mas tão somente massificando-a.

Em virtude dessa representação social, essa vivência é concebida como o “carro-chefe” de um discurso biomédico e político para promover melhoras orgânicas que possibilitem promover uma pretensa “saúde perfeita” à maioria da população (GOMES; MINAYO, 2016). Assim, por meio de um discurso permeado de cientificidade, instituiu-se uma sistematização e mecanização do movimento humano. Portanto, a atividade física foi “desumanizada” ou “coisificada”, passando, sobretudo, como um meio para alcançar determinados interesses médicos, políticos e econômicos em detrimento dos aspectos socioculturais, que também são relevantes. Tendo em vista esses aspectos, o objetivo deste artigo é contextualizar, criticamente, o desenvolvimento dos PGAF como uma das estratégias de políticas públicas implementadas no Brasil como meio de promoção da saúde.

58

2 METODOLOGIA

Este artigo é caracterizado como uma revisão de literatura narrativa, a qual não utiliza critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura, sendo, frequentemente, menos abrangente (ROTHER, 2007). A seleção dos artigos é arbitrária, pois esse tipo de revisão não precisa esgotar as fontes de informações, não exigindo, portanto, um protocolo rígido para sua confecção (CORDEIRO et al., 2007).

3 ATIVIDADE FÍSICA COMO POLÍTICA PÚBLICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

As políticas sociais são programas que possuem o objetivo de proporcionar condições básicas, como saúde, alimentação e educação, especialmente à população mais carente, mediante a constituição de direitos e deveres sociais, conforme Cardoso e

Jaccoud (2005). Ademais, representam atuações do poder político institucionalizado por meio de políticas públicas que têm como dever atender às necessidades sociais básicas da população, no intuito da realização da cidadania plena. Em outras palavras, visa promover o bem-estar da população menos favorecida economicamente.

Segundo a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (2005), um princípio básico de uma política social é estabelecer um conjunto de programas que visam a um foco em comum. Por sua vez, um programa social é um conjunto de projetos que têm os mesmos objetivos, tornando-se, assim, a unidade mínima de alocação de recursos que, mediante um conjunto integrado de atividades, pretende transformar uma parcela da realidade, reduzindo ou eliminando um déficit ou solucionando um problema.

Em síntese, o Estado deve atuar na formulação, execução e avaliação de programas que visem estabelecer medidas de proteção social aos indivíduos marcados pela exclusão econômica. Essas ações devem atender, prioritariamente, a garantia dos direitos sociais.

59

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) garante, dentre os diversos direitos sociais, o acesso a todo cidadão à saúde e ao lazer. O direito à saúde é citado nos artigos 6º, 196º a 200º, que reconhece e prevê, como deveres do Estado, a prevenção, proteção e recuperação da saúde por meio da assistência gratuita – total e universal – médica, hospitalar e medicamentosa. Ao ser reconhecido como direito social no artigo 6º, o lazer, em tese, passa a ser equiparado à educação, saúde e trabalho, entrando, assim, na pauta das políticas sociais. Contudo, ainda não foram definidos claramente os princípios, diretrizes, objetivos, os mecanismos e regras institucionais que deveriam orientar a concretização do direito ao lazer.

Uma das vivências que podem ser realizadas como lazer é a atividade física. Contudo, tratando-se, especificamente, dos PGAF, percebe-

se, na formulação de tais programas, notoriamente, uma maior preocupação quanto aos aspectos relacionados à saúde, isto é, um enfoque epidemiológico a atender aos atributos característicos do lazer.

A adoção da concepção do ativismo físico não é nenhuma novidade. Ao realizar um resgate histórico, percebe-se que, desde a Grécia antiga até a atualidade, se identifica a associação da vivência da atividade física como possibilidade de melhoria da saúde (NOGUEIRA; PALMA, 2003). Todavia, embora receba na contemporaneidade uma nova terminologia, como, por exemplo, práticas corporais ou cultura corporal de movimento e enfoque ideológico, ainda perdura em promover, prioritariamente, os objetivos eugenista e higienista de sua vivência. Dito de outra forma, ainda segue a perspectiva utilitarista proposta por Platão, deixando em segundo plano o que deveria ser, em nosso entendimento, o prioritário, isto é, promover a satisfação advinda dessa experiência – autotelismo – e os aspectos socioculturais.

60

Os registros históricos mais recentes apontam que as primeiras propostas em âmbito internacional para massificação da atividade física iniciaram-se após o fim da 2ª Guerra Mundial. Foi estabelecida uma rede de parcerias e a elaboração de documentos institucionais oficiais por meio de diretrizes, primeiramente enfatizando a esportivização, e, posteriormente, as atividades genericamente denominadas de exercícios físicos⁵ (COSTA; MIRAGAYA, 2002).

Meneses e Marcellino (2011) apontam a relevância atribuída a essa modalidade de programa ao verificar o interesse de diversos

5 Destacando-se, inicialmente, a ênfase dada ao desenvolvimento da capacidade cardiovascular, sobretudo pela prática da corrida e/ou caminhada, influenciado pelo cardiologista Kenedy Cooper na década de 1970; posteriormente, nos anos finais da década de 1980, surgiu o boom das atividades aeróbicas nas academias de ginástica e do Fitness em geral.

órgãos governamentais e de Organizações Não Governamentais internacionais ao redigirem documentos que consolidaram a ideia da atividade física como saúde. Como exemplo dessas ações, os autores citam o Manifesto Mundial do Esporte (1964); a Carta Europeia de Esporte para Todos (1966); o Manifesto Mundial de Educação Física (1971); a Carta Internacional de Educação Física e Esporte (1978), e as Recomendações sobre Educação Física e Desporto aos Estados Membros da UNESCO (1976). Esse endosso oficial de importantes instituições contribuiu para a expansão da proposta de projetos sociais que contemplam a vivência da atividade física/esportes.

Costa e Miragaya (2002) destacam que os principais objetivos da implementação desses programas visam promover iniciativas que ofereçam acesso e oportunidade de participação de atividade física a pessoas desmotivadas, não conscientizadas, e que não tenham meios próprios para participar dessa vivência em instituições comerciais. Esses autores salientam que o grande entrave para se alcançar os objetivos dessas campanhas de massificação é o aspecto cultural, que varia de uma nação para outra. Esse fato requer que essas iniciativas se ajustem às diferentes localidades, respeitando o contexto e as crenças culturais.

61

Ainda segundo Costa e Miragaya (2002), a ênfase da proposta do “esporte para todos” está na cooperação, criatividade, desafio, divertimento, autoexpressão e nas diferenças individuais em detrimento da competição. Importante destacar que esses valores ainda são marcantes nos programas de atividade física e lazer desenvolvidos na atualidade⁶, sendo pouco distintos quanto aos apresentados há 50 anos. Esses autores também apontam que:

6 Pode-se citar o Programa Esporte e Lazer da Cidade, Vida Saudável, Programa Segundo Tempo, todos desenvolvidos pelo Ministério do Esporte.

Do ponto de vista governamental, a experiência pesquisada no SFA⁷ significa o envolvimento de um número enorme de pessoas em esporte, recreação comunitária, fitness, recreação ao ar livre, e em outras atividades físicas. Os objetivos seriam de aumentar e ativar a participação das pessoas nestas atividades por toda a vida, administrar a saúde social e os benefícios econômicos consequentes dessa participação, e desenvolver uma infraestrutura de qualidade, oportunidades e serviços para apoiar a participação (COSTA; MIRAGAYA, 2002, p. 2).

De forma mais efetiva, conforme relata Teixeira (2009), o início dessas ações no Brasil se deu, a partir de 1973, com a proposta do programa internacional denominado de “esporte para todos” sob o nome de MEXA-SE, e tinha como objetivos principais: 1) aprimorar a aptidão física da população; 2) elevar o nível do desporto em todas as áreas; 3) intensificar a sua prática às massas; 4) ampliar o nível técnico das representações nacionais; e 5) difundir as atividades esportivas como forma de utilização do tempo de lazer.

62

O documento básico da campanha desse programa em 1977, citado por Teixeira (2009), apresenta 10 princípios destinados ao controle dos corpos e a conduta assumida pela população quanto a essa vivência:

1. LAZER - Orientar o tempo livre para a prática esportiva com prazer e alegria, de modo voluntário e sem prejudicar as demais possibilidades educacionais e culturais.
2. SAÚDE - Criar oportunidades de melhoria de saúde do povo, no que se refere à prática de atividades físicas e recreativas, nas medidas possíveis e adequadas às condições locais das diferentes comunidades.
3. DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO - Aperfeiçoar a capacidade de

⁷ Sigla usada para se referir à expressão “*Sport for all*”, em português, significa “esporte para todos”.

organização e mobilização das comunidades para o trabalho em conjunto, em mutirão e dentro do necessário sentimento de vizinhança, de bairro, de região e de município. 4. INTEGRAÇÃO SOCIAL - Estimular a congregação e a solidariedade popular, dando ênfase à unidade familiar, às relações pais e filhos, à participação feminina e à valorização da criança e do idoso. 5. CIVISMO - Reforçar o sentimento de povo, de nacionalidade e de integração social (TEIXEIRA, 2009, p. 8).

Esses pontos elencados pelo autor em tela trazem uma perspectiva mais direcionada aos aspectos macrossociais, focando valores que deveriam servir de base para possibilitar a realização das práticas no tempo livre. Os outros itens contidos nesse documento são direcionados a promover uma modificação do comportamento das pessoas:

6. HUMANIZAÇÃO DAS CIDADES - Criar meios de prática de esportes recreativos com participação de grande número de pessoas, para a conscientização geral quanto aos benefícios de áreas livres nos grandes centros urbanos. 7. VALORIZAÇÃO DA NATUREZA - Orientar a prática esportiva ao ar livre, principalmente das crianças, de maneira a dar valor e a preservar áreas verdes, parques, bosques, florestas, praias, rios e lagos etc. 8. ADESÃO À PRÁTICA ESPORTIVA - Criar oportunidades e atividades esportivas improvisadas, de modo a ampliar o número de praticantes, diversificar esportes a serem praticados e aumentar o uso das instalações e áreas já existentes. 9. ADESÃO AO ESPORTE ORGANIZADO - Motivar, através do contágio de emoções da prática com grande número de pessoas, o apoio e a participação nas atividades da Educação Física estudantil e do esporte em clubes e outras entidades. 10. VALORIZAÇÃO DO SERVIÇO À COMUNIDADE - Congregar o apoio popular às entidades públicas e privadas que participam dos mutirões esportivos (TEIXEIRA, 2009, p. 8).

Teixeira (2009), ao fazer uma análise crítica sobre essa proposta, destaca o objetivo do controle social pela difusão social da ideia dos benefícios resultantes da vivência das atividades físico-esportivas por meio da oferta do lazer e de recreação oferecidos à população. Isso se dava pela adoção de discursos sutis, sempre ressaltando os valores humanistas agregados à atividade física de lazer.

64 Ainda na década de 1970, identifica-se um fenômeno denominado de tríplice transição⁸ (HALLAL; KNUTH, 2011; MANTOVANI; FORTI, 2007), principalmente nos países industrializados e emergentes, desencadeando o aumento da prevalência das DCNT, bem como o encarecimento dos custos dos tratamentos médicos (FERREIRA; FARINATTI, 2006; BRASIL, 2002; BUSS, 2000). Tendo em vista esse cenário epidemiológico, a OMS, em 1986, constituiu algumas estratégias gerais que deveriam ser desenvolvidas por cada nação signatária para conter essa realidade, a saber: 1) elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; 2) criação de ambientes favoráveis à saúde; 3) reforço da ação comunitária; 4) desenvolvimento de habilidades pessoais; 5) reorientação do sistema de saúde. Essa proposta ficou mundialmente conhecida como Carta de Ottawa, que ainda baliza as discussões sobre a temática.

Para a sua viabilização, incorporou-se um discurso pautado na perspectiva da Saúde Pública, idealizando um estilo de vida saudável que deve ser seguido pela população. Todavia, devido aos aspectos utilitaristas identificados – responsabilização da pessoa, enfoque nos aspectos comportamentais – e esvaziamento das intervenções do Estado, essa proposta recebeu algumas críticas quanto ao seu

8 Caracterizada pelas transformações: 1) demográfica – declínio da taxa de fertilidade e de mortalidade, alterando a estrutura etária da população; 2) epidemiológica – mudança nos padrões de adoecimento e mortalidade, marcada pela redução de situações vinculadas às doenças infecciosas; 3) nutricional - nos países de renda alta significou basicamente uma mudança da desnutrição para a obesidade como o principal problema nutricional.

aspecto reducionista no entendimento do processo saúde-doença da população (HEIDMAN et al. 2006; CARVALHO, 2004; CZERESNIA; FREITAS, 2003; COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002).

Assim, a implementação dessas propostas deve objetivar a satisfação de um conjunto de demandas da sociedade, e não apenas a execução de ações previamente definidas sem a devida articulação com a comunidade local. Não menos importante destacar é que essas ações devem considerar toda a complexa e multi inter-relação dos fatores determinantes de saúde que se articulam de forma interdependente escolaridade, faixa etária, etnia, sexo, nível socioeconômico, e multidimensional – social, afetivo, físico, psicológico. Dessa forma, não se deve ter uma visão reducionista e simplista de ações isoladas, mesmo que aparentemente bem-sucedidas em curto prazo – como a redução de alguns fatores de risco à saúde da população assistida, sem considerar mudanças estruturais que possibilitem o desenvolvimento humano e social adequados e a longo prazo.

65

Outra crítica realizada à proposta da OMS diz respeito ao discurso da atividade física como meio linear e casuístico de saúde (BACHELADENSKI; MATIELLO JÚNIOR, 2011; PALMA; VILAÇA, 2010; NOGUEIRA; PALMA, 2003). Não menos importante a destacar é a abordagem feita por Palma et al. (2003) ao discorrerem sobre os aspectos socioeconômicos e a adesão ao exercício físico, sobretudo em relação às classes sociais financeiramente menos favorecidas. Segundo esses autores, essa adesão é influenciada pelas condições de vida impostas às pessoas que estão submetidos à vulnerabilidade social, não conseguindo aderir a essa vivência que, supostamente, poderia contribuir para a melhoria da saúde. Nessa mesma perspectiva, Palma e Vilaça (2010) questionam a excessiva responsabilização atribuída à pessoa para a obtenção da saúde por meio dessa prática, usando a terminologia de culpabilização da vítima.

Em meio a essas críticas, tendo em vista a manutenção do cenário epidemiológico que perdurava, a OMS elaborou a “Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde” (OMS, 2003), o que contribuiu para aumentar a ênfase dada à atividade física como um dos principais meios para a redução das DCNT (HALLAL; KNUTH, 2011).

Considerando esses aspectos, alguns esforços em âmbito internacional e nacional têm sido desenvolvidos pelo poder público e pelo Terceiro Setor (MACIEL; DIAS, SILVA, 2014). Esses autores destacam, dentre as iniciativas do Terceiro Setor com o propósito de massificação da atividade física com foco na promoção da saúde, por exemplo, em 2002, *La Red de Actividad Física de las Américas*⁹ (RAFA/PANA), sendo uma ampliação do “Agita Mundo”, vinculado ao “Agita São Paulo”. Em outubro de 2005 começou o “Guia Útil para Intervenções de Atividade Física na América Latina”¹⁰ (Projeto GUIA) com o objetivo de avaliar as evidências sobre intervenções de atividade física na comunidade latino-americana. Este é financiado pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças, órgão pertencente ao governo norte-americano.

66

No Brasil, ainda segundo os autores em tela, pode-se citar o programa “Agita São Paulo”, desenvolvido no estado de São Paulo, como outra iniciativa do Terceiro Setor. Esse programa é fruto de uma parceria do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul com a Secretaria de Saúde desse estado. O programa foi lançado em 1996 com os objetivos de combater o sedentarismo no estado de São Paulo e aumentar o nível de atividade física e de conhecimento sobre os benefícios para a saúde na adoção de um estilo de vida ativo.

11 Fonte: <http://www.rafapana.org/index.php/es/>. Acesso em: 24 fev. 2014.

12 Fonte: <http://www.projectguia.org/pt/> Acesso em: 24 fev. 2014.

Quanto às ações estatais no Brasil, Maciel, Dias e Silva (2014) citam intervenções nos âmbitos federal, estadual e municipal. No início da primeira década de 2000, por meio do Ministério da Saúde, foi adotado, em âmbito nacional, o programa “Agita Brasil”, baseado nas diretrizes e experiências do programa “Agita São Paulo”, realizado no estado de São Paulo (BRASIL, 2002).

O “Agita Brasil” tinha como objetivo “[...] incrementar o conhecimento da população sobre os benefícios da atividade física, chamando a atenção para a sua importância como fator predominante de proteção à saúde, no intuito de envolvê-la na prática de tais atividades” (BRASIL, 2002, p. 255). A proposta desse programa era:

[...] estimular a alteração dos hábitos de vida das pessoas com a incorporação da prática regular de, pelo menos, 30 minutos de atividade física, na maior parte dos dias da semana – se possível, diariamente –, de intensidade moderada, como estratégia para redução de risco de doença crônica não transmissível e para a qualidade de vida (BRASIL, 2002, p. 255).

67

Esse programa, segundo dados divulgados por Brasil (2002), alcançou os seguintes resultados:

Desde a implantação do Programa Agita Brasil, foram realizadas 25 oficinas no país. Dessas oficinas participaram representantes de 537 municípios, entre os quais profissionais da área de saúde, predominando médicos, enfermeiros, nutricionistas, odontólogos, assistentes sociais, profissionais liberais de outras categorias, professores de educação física, a gentes comunitários e representantes das comunidades. Foram capacitados, nesse período, 2.214 multiplicadores. Desse total, registrou-se que 50,7% dos participantes estão vinculados às instituições governamentais municipais, 28,6% estão ligados a organismos governamentais estaduais, e 18,6% são profissionais oriundos de outras instituições, como bancos, companhias de

água, energia elétrica, academias de ginástica e organizações não-governamentais (BRASIL, 2002, p. 256).

Ainda segundo Brasil (2002), o programa em tela alcançou diversos setores sociais como parceiros para seu desenvolvimento. Dentre os parceiros mais relevantes, destacam-se o Serviço Social da Indústria (SESI), o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) e o Serviço Social do Comércio (SESC), além das secretarias estaduais e municipais de educação e as de esporte e lazer. Percebe-se que essas parcerias se deram com diferentes instituições, tendo como objetivo difundir a proposta do ativismo físico entre a população, reforçando o modelo hegemônico de saúde.

68

Como um avanço à proposta anterior, o governo brasileiro traçou novas metas e estratégias institucionais, focando suas intervenções na Atenção Básica à Saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esta tem como proposta o desenvolvimento de ações preventivas à população, sendo centradas, sobretudo, na Estratégia de Saúde da Família, especialmente nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2011). Arelada a essa proposta, o governo federal instituiu a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2011), tendo a atividade física como um de seus focos principais.

O PNPS, por sua vez, decidiu ampliar a criação do Programa Academia da Saúde^{11, 12} (BRASIL, 2011). Esse programa tem como principal objetivo contribuir para a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da população com a implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais/atividade física, lazer e modos de vida saudáveis (BRASIL, 2013).

Segundo Maciel, Dias e Silva (2014), ainda em nível nacional, outro projeto financiado pelo governo federal desde 2003, especificamente pelo Ministério do Esporte, é o Programa Esporte e Lazer da Cidade (PELC). Segundo os autores, o programa visa proporcionar a prática de atividades físicas, culturais e de lazer que envolvam todas as faixas etárias e as pessoas portadoras de deficiência, estimular a convivência social, a formação de gestores e lideranças comunitárias, favorecer a pesquisa e a socialização do conhecimento, contribuindo para que o esporte e o lazer sejam tratados como políticas públicas e direito de todos.

69

Atualmente o PELC possui dois tipos de núcleos: Núcleos Urbanos e os Núcleos para Povos e Comunidades Tradicionais – direcionado para grupos culturalmente diferenciados, como povos indígenas, quilombolas, populações ribeirinhas, dentre outras –, com uma meta de atendimento de até 400 pessoas por núcleo.

11 Em julho de 2012, havia 2.246 polos habilitados para construção em todo o País e outros 155 projetos pré-existentes que foram adaptados e custeados pelo Ministério da Saúde. A meta era habilitar quatro mil academias até 2014. Fonte: <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/06/13/governo-disponibiliza-r-12-4-milhoes-para-mais-94-polos-do-programa-academia-da-saude>. Acesso em: 25 ago. 2013.

12 Entre 2005 e 2012, foram repassados, aproximadamente, R\$ 210 milhões de reais para 1.465 municípios e os 26 estados e o Distrito Federal. A Secretaria de Atenção à Saúde recebeu, até julho de 2011, a solicitação para 7.506 polos, dos quais 6.509 foram finalizados e disponibilizados para análise, correspondendo a 3.615 municípios. Fonte: <http://www.conass.org.br/NOTAS%20T%C3%89CNICAS%202012/NT%2022%20-202012%20-%20Academia%20da%20Sau%CC%81de.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2013.

Em 2012, com base em uma das vertentes do PELC, anteriormente destinado à prática de atividade física para os idosos, foi criado o núcleo do programa "Vida Saudável", visando beneficiar preferencialmente os idosos. Nesse sentido, as atividades dos núcleos são pensadas de forma que atendam e possibilitem a participação e o protagonismo desse público específico.

Na esfera governamental estadual, Maciel, Dias e Silva (2014) citam o programa "Geração Saúde"¹³. Lançado em 2013 em Minas Gerais, o programa é gerenciado de forma intersetorial pelas Secretarias Estaduais de Estado de Esportes e da Juventude (SEEJ), da Saúde (SES), em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de cada prefeitura e as academias de ginástica nesses municípios. Segundo os autores, o programa tem como proposta oferecer atividades físicas e de lazer orientadas a adolescentes, em várias modalidades, no mínimo três vezes por semana. Se necessário, o adolescente ainda pode ter um acompanhamento nutricional e psicológico, conforme a recomendação do médico e/ou da Equipe de Saúde da Família que o acompanha.

70

Além desses programas, também há outros que são desenvolvidos por alguns municípios no Brasil. Dentre alguns que são objetos de estudos, pode-se citar, por exemplo, o Programa Academia da Cidade (PAC) de Recife e Belo Horizonte, o Programa CuritibaAtiva/PR, o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) em Vitória/ES (BRASIL, 2011). A título de exemplo da relevância dessas ações, o Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte/MG, implantado em 2006, possui 63 polos distribuídos pela cidade, tendo 170 profissionais efetivos de Educação Física que orientam as aulas, atendendo aproximadamente 25.000 pessoas (LAS CASAS et al. 2014). Ainda quanto aos programas municipais, segundo Amorim, Knuth e Cruz

13 Fonte: <http://www.esportes.mg.gov.br/esportes/geracao-saude>. Acesso em: 10 mar. 2014.

(2013), entre 2005 e 2009, houve 1374 programas/ações financiados pelo Ministério da Saúde; alcançando, àquela época, 13,4% dos municípios brasileiros.

Enfim, essa contextualização, ainda que não tenha esgotado o assunto em virtude de sua abrangência e complexidade, demonstra a inserção da atividade física como fenômeno social relevante para a implementação de políticas públicas no Brasil. Inúmeras discussões poderiam ser realizadas sobre o uso ideológico e político dessas ações, todavia, destacam-se os aspectos relacionados à linearidade e casuística dessa vivência com a saúde. Entende-se que incentivar a prática da atividade física, por si só, é insuficiente como meio de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. Pois a sua mera prática, destituída da ausência do desenvolvimento dos fatores determinantes à saúde – habitação, emprego, renda, educação, saneamento básico – de pouco ajudará nesse processo. Ademais, é primordial que o Estado adote ações que resultem efetivamente nas mudanças socioeconômicas que promovam o desenvolvimento social de maneira a atingir todas as camadas sociais.

71

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A perspectiva biomédica entende que a modificação do estilo de vida perpassa, inicialmente, pelo interesse e/ou conscientização da pessoa em mudar de comportamento, ou seja, alterar sua atitude, adotando novos hábitos que propiciem o bem-estar e a saúde. Uma dessas alterações perpassa pela adoção da atividade física. Esta, como componente cultural e vivenciada ao longo dos séculos, é influenciada pelos aspectos mítico-religiosos, ideológico, mercadológico e político.

Entretanto, não se refere aqui a essa vivência simplesmente na perspectiva utilitarista, isto é, como meio de reduzir as mazelas sociais ou como “remédio”. Tampouco devem ser encaradas como

práticas prioritárias e únicas em relação às outras manifestações culturais realizadas no tempo livre.

Assim, o fomento dessa vivência como política pública deve buscar focar múltiplas ações governamentais que possibilitem o desenvolvimento social em detrimento de promover apenas um ativismo físico. Pois as políticas públicas se destinam a modificar certas características do tecido social que são necessárias para proteger a população menos favorecida economicamente nas desigualdades sociais, ou a alterar o estado de determinado direito social, tornando-o acessível e promovendo a dignidade humana.

REFERÊNCIAS

72

AMORIM, T. E. C.; KNUTH, A. G; CRUZ, D. K. A. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 18, n. 1, p. 63-74, jan. 2013. Disponível em: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/2396/2271>. Acesso em: 10 ago. 2014.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: Trabalho e interação as práticas de saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no programa academia da saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde: Fundação Universidade de Brasília, CEAD, 2013. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.684, de 8 de novembro de 2013. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos e de custeio no âmbito do Programa Academia da Saúde e os critérios de similaridade entre Programas em desenvolvimento no Distrito Federal ou no Município e o Programa Academia da Saúde. **Diário Oficial da**

União, Brasília, 14 nov. 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2684_08_11_2013_rep.html. Acesso em: 08 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Avaliação da efetividade de programas de atividade física no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_efetividade_programas_atividade_fisica.pdf. Acesso em: 08 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 08 de abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde/ Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 10 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Agita Brasil**: Programa Nacional de Promoção da Atividade Física. Coordenação de Promoção da Saúde. Brasília. 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2012.pdf. Acesso em: 08 abr. 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 08 abr.2015.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p.163-77, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2015.

CARDOSO, J. R.; JACCOUD, L. **Política Social no Brasil**: organização, abrangência e tensões da ação estatal. Questão social e políticas sociais no Brasil Contemporâneo. Brasília: IPEA -2005.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a13v09n3.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-33, maio/ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n2/a05v9n2.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

74

COMISSÃO ECONÔMICA PARA AMÉRICA LATINA E CARIBE (CEPAL). **Manual de formulação e avaliação de projetos sociais**. Cepal, 1995. Disponível em: http://www.ssc.wisc.edu/~jmuniz/CEPAL_manual%20de%20formulacao%20e%20avaliacao%20de%20projetos%20sociais.PDF. Acesso em: 08 de abril de 2015.

CORDEIRO, A.M.; OLIVEIRA, G.M.; RENTERIA, J.M.; et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.** v. 34, n. 6, p. 428-431, nov./dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v34n6/11.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

COSTA, L. P.; MIRAGAYA, A. **Significados culturais do esporte para todos**. Apresentando o livro: "World wide Experiences and Trends in Sport for All". Disponível em: http://www.sportsinbrazil.com.br/artigos_papers/significados_culturais.pdf. Acesso em: 24 fev. 2014.

COSTA, J. L.; REIS, B. Z.; COSTA, D.; et al. Perfil de saúde, estado nutricional e nível de conhecimento em nutrição de usuárias do Programa Academia da Cidade - Aracaju, SE. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas/RS, v. 17, n. 2, p. 93-99, abr. 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/1224/1018>. Acesso em: 08 abr. 2015.

CUENCA, M. C.; PRAT, A. G. Ocio experiencial: antecedentes y características. **ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura**, v. 188-754, mar./abr. 2012.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/392.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2016.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

75

FARINATTI, P. T. V.; FERREIRA, M. S. **Saúde, promoção da saúde e educação física: Conceitos, princípios e aplicações**. Rio de Janeiro: Editora, UERJ, 2006.

FIGUEIRA, T. R.; LOPES, A. C. S.; MODENA, C. M. Barreiras e fatores promotores do consumo de frutas e hortaliças entre usuários do Programa Academia da Saúde. **Rev. Nutr.**, v. 29, n. 1, p. 85-95, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v29n1/1678-9865-rn-29-01-00085.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2016.

FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y.M.; GOMES, I. M.. (Org.) **As Práticas Corporais no Campo da Saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec Editora. 2012.

GOMES, I. M.; FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y.M (Org.). **Práticas Corporais no Campo da Saúde: uma política em formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

GOMES, ROMEU; DE SOUZA MINAYO, MARIA CECÍLIA. Atividade física como parte importante da saúde em todas as idades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 998, abr. 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=630444891001>. Acesso em: 08 abr. 2016.

HEIDMANN, I. T. S. B.; ALMEIDA, M. C. P.; BOEHS, A. E.; et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 352-8, abr./jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2016.

76

KNUTH, A. G.; MALTA, D. C.; CRUZ, D. K.; et al. Rede nacional de atividade Física do Ministério da Saúde: Resultados e estratégias avaliativas. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 17, n. 4, p. 229-23, 2010. Disponível em: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/730/737>. Acesso em 08: abr. 2015.

_____. Epidemiologia da atividade física e a aproximação necessária com as pesquisas qualitativas. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Florianópolis, v. 33, n. 1, p. 181-192, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbce/v33n1/a12v33n1.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2015.

LARA SILVA, K.; SENA, R. R.; MATOS, J. A. V.; LIMA, K. M. S. V.; et al. Acesso e utilização da Academia da Cidade de Belo Horizonte: perspectiva de usuários e monitores. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas/RS., v. 19, n. 6, p. 700-702,

2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/4004/4041>. Acesso em: 10 maio 2016.

LARROSA, J. B. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, n. 19, p. 20-29, jan./fev./mar./abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

LAS CASAS, R. C. R.; GUIMARÃES, V. R.; COTTA, R. F.; et al. **O profissional de educação física no sistema único de saúde de Belo Horizonte**. O profissional de educação física na área da saúde. [recurso eletrônico]/Franco Noce (Coord.); Ana Cláudia Porfírio Couto; Ivana Montandon Soares Aleixo; Kátia Lúcia Moreira Lemos; Iris da Silva. Belo Horizonte: EEEFTO, 2014. Disponível em: <http://www.eeffto.ufmg.br/eeffto/documento/incoming/docs/prof-ed-saude-livro.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

MACIEL, M. G.; SOARES, L. A. Análise discurso do Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte/MG. **Licere**, Belo Horizonte, v.19, n.1, p. 203.232, mar/2016. Disponível em: <https://seer.ufmg.br/index.php/licere/article/view/1532/1099>. Acesso em: 10 ago. 2016.

77

MACIEL, M. G.; DIAS, C.; SILVA, L. P. **Lazer e atividade física no Brasil**. O profissional de educação física na área da saúde. [recurso eletrônico]/Franco Noce (Coord.); Ana Cláudia Porfírio Couto; Ivana Montandon Soares Aleixo; Kátia Lúcia Moreira Lemos; Iris da Silva. Belo Horizonte: EEEFTO, 2014. Disponível em: <http://www.eeffto.ufmg.br/eeffto/documento/incoming/docs/prof-ed-saude-livro.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

MALTA, D. C.; SILVA, M. M. A.; ALBUQUERQUE, G. M.; et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas/RS, v. 19, n. 3,

p. 286-299, maio 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/3427/3280>. Acesso em: 08 abr. 2015.

MALTA, D. C.; MORAES NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 425-438, out-dez 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2015.

MENEZES, S. N. M.; MARCELLINO, N. C. O esporte para todos e a educação do corpo: Notas acerca das práticas corporais e de lazer no contexto da ditadura militar brasileira. In: VII CONGRESSO GOIANO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE. **Ciência & Compromisso Social: Implicações na/da Educação Física e Ciências do Esporte**. 2011. Disponível em: <http://congressos.cbce.org.br/index.php/7congoce/VII/paper/download/3865/1286>. Acesso em: 24 fev. 2014.

NOGUEIRA, L.; PALMA, A. Reflexões acerca das políticas de promoção de atividade física e saúde: Uma questão histórica. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 24, n. 3, p. 103-119, maio 2003. Disponível em: <http://rbceonline.org.br/revista/index.php/RBCE/article/view/766/440>. Acesso em: 08 abr. 2015.

PALMA, A.; VILAÇA, M. M. O sedentarismo da epidemiologia. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 31, n. 2, p. 105-19, jan. 2010. Disponível em: <http://rbceonline.org.br/revista/index.php/RBCE/article/view/506/415>. Acesso em: 10 ago. 2014.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v-vi., 2007. São Paulo. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015.

PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS DE ATIVIDADE FÍSICA:
uma proposta de política pública

TOLEDO, M. T. T.; ABREU, M. N.; LOPES, A. C. S. Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 3, p. 540-548, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n3/0034-8910-rsp-47-03-0540.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.