

Marcos Gonçalves Maciel

**A EFETIVIDADE DAS EXPERIÊNCIAS DE ÓCIO EM UM
PROGRAMA GOVERNAMENTAL DE ATIVIDADE FÍSICA**

**Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais
2016**

MARCOS GONÇALVES MACIEL

**A EFETIVIDADE DAS EXPERIÊNCIAS DE ÓCIO EM UM
PROGRAMA GOVERNAMENTAL DE ATIVIDADE FÍSICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer da Universidade Federal de Minas Gerais, como pré-requisito parcial para obtenção do título de doutor.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Alex Silva Saraiva

Área de concentração: Lazer, Cultura e Educação

Linha de pesquisa: Lazer e Sociedade

Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais
2016

M152e Maciel, Marcos Gonçalves
2016 A efetividade das experiências de ócio em um programa governamental de atividade física. [manuscrito] / Marcos Gonçalves Maciel – 2016.
275f. enc.: il.

Orientador: Luiz Alex Silva Saraiva

Doutorado (tese) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Bibliografia: f. 241-269

1. Lazer – Aspectos sociais - Teses. 2. Esportes – Aspectos sociais – Teses. 3. Lazer - Políticas públicas – Teses. 4. Programas governamentais – Teses. I. Saraiva, Luiz Alex Silva. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. III. Título.

CDU: 379.8



ATA DA 9ª DEFESA DE TESE DE DOUTORADO

MARCOS GONÇALVES MACIEL

Às 09h30min do dia 31 de outubro de 2016 reuniu-se na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG a Comissão Examinadora de Defesa de Tese, indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho *A efetividade das experiências de ócio em um programa governamental de atividade física* requisito final para a obtenção do Grau de Doutor em Estudos do Lazer. Abrindo a sessão, o Presidente da Comissão Prof. Dr. Luiz Alex Silva Saraiva, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra para o candidato, para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu, sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Membros da Banca Examinadora	Aprovado	Reprovado
Prof. Dr. Luiz Alex Silva Saraiva (Orientador)	X	
Profa. Dra. Ana Cláudia Porfírio Couto (UFMG)	X	
Prof. Dr. Cleber Augusto Gonçalves Dias (UFMG)	X	
Prof. Dr. José Clerton de Oliveira Martins (UNIFOR)	X	
Profa. Dra. Yara Maria de Carvalho (USP)	X	

Após as indicações o candidato foi considerado: APROVADO

O **resultado final** foi comunicado publicamente para o candidato pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar o Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente **ATA**, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 31 de outubro de 2016.

Prof. Dr. Luiz Alex Silva Saraiva (Orientador) _____

Profa. Dra. Ana Cláudia Porfírio Couto (UFMG) _____

Prof. Dr. Cleber Augusto Gonçalves Dias (UFMG) _____

Prof. Dr. José Clerton de Oliveira Martins (UNIFOR) _____

Profa. Dra. Yara Maria de Carvalho (USP) _____

DEDICATÓRIA

Porque dele e por ele, e para ele, são todas as coisas;
glória, pois, a ele eternamente. Amém. (Rm 11:36)

Ao único que é digno de receber
A honra e a glória, a força e o poder
Ao rei eterno e imortal, invisível, mas real.

A ele ministramos o louvor
Ao único que é digno de receber
A honra e a glória, a força e o poder
Ao rei eterno e imortal, invisível, mas real.

A ele ministramos o louvor
Coroamos a Ti, ó Rei Jesus
Coroamos a Ti, ó Rei Jesus.

Adoramos o teu nome
Nos rendemos aos teus pés
Consagramos todo nosso ser a ti.
Ao rei eterno e imortal, invisível, mas real

A Ele, ministramos o louvor
Coroamos a Ti, ó Rei Jesus
Coroamos a Ti, ó Rei Jesus.

Adoramos o teu nome
Nos rendemos aos teus pés
Consagramos todo nosso ser a Ti.

Coroamos a Ti, ó Rei Jesus
Coroamos a Ti, ó Rei Jesus

Adoramos o teu nome
Nos rendemos aos teus pés
Consagramos todo nosso ser a Ti.

(Letra: Aline Barros)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família: Layrton (pai), Neli (mãe, *in memoriam*), Mônica e Myriam (amadas irmãs), Ana Carolina e Hanna Luiza (queridas sobrinhas), Ester Rafaela (minha princesa), Mariana (minha amada esposa), Maria Eduarda e João Vitor (queridos enteados). Ao professor Luiz Alex que me transmitiu ousadia, segurança e confiança. Ao professor Cleber Dias que me incentivou a ampliar o pensamento e romper com o tradicional. Aos professores do Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer pelo compartilhar de seus conhecimentos. Ao professor José Clerton Martins que me inspirou a pensar com mais sensibilidade e leveza acadêmica. À coordenação, professores e alunos do PAC-BH, pela disponibilidade e cooperação. Ao Programa de Capacitação de Recursos Humanos (PCRH- 90402/14) da Universidade do Estado de Minas Gerais e à Fundação de Amparo de Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) pela concessão da bolsa de estudo para o doutorado. Aos professores e colegas que contribuíram com a leitura e apresentaram sugestões ao texto: Dr. Francisco Francileudo (FCF), Prof. Dr. Leonardo Soares (UFVJM), Prof. Prof. Dr. Paulo Antonelli (UFOP). Ao amigo e irmão em Cristo, Paulo, pelas intercessões e compartilhamentos. Aos irmãos em Cristo da Igreja Batista da Lagoinha que estiveram na brecha intercedendo ao Senhor pela minha vida e família.

EPÍGRAFE

¹Lembre do seu Criador enquanto você ainda é jovem, antes que venham os dias maus e cheguem os anos em que você dirá: “Não tenho mais prazer na vida. ²Lembre dele antes que chegue o tempo em que você achará que a luz do sol, da lua e das estrelas perdeu o seu brilho e que as nuvens de chuva nunca vão embora [...] ⁷Então o nosso corpo voltará para o pó da terra, de onde veio, e o nosso espírito voltará para Deus, que o deu. ⁸É ilusão, é ilusão, diz o Sábio. Tudo é ilusão [...] ¹²Filho, há mais uma coisa que eu quero dizer: os livros sempre continuarão a ser escritos; estudar demais cansa a mente. ¹³De tudo o que foi dito, a conclusão é esta: tema a Deus e obedeça aos seus mandamentos porque foi para isso que fomos criados. ¹⁴Nós teremos de prestar contas a Deus de tudo o que fizemos e até daquilo que fizemos em segredo, seja o bem ou o mal (Eclesiastes 12: 1-2; 7-8; 12-14).

RESUMO

No Brasil desde o início dos anos 2000, há uma expansão dos programas governamentais de atividade física. A vivência da atividade física é desenvolvida, sobretudo, com viés utilitarista. Todavia, realizo uma reflexão para além dessa perspectiva, propondo sua “humanização”. Para tanto, analiso a efetividade das experiências de ócio, segundo a percepção de alunos participantes em um programa na cidade de Belo Horizonte/MG. A efetividade é um parâmetro da avaliação de desempenho com enfoque qualitativo, denotando uma satisfação por parte dos envolvidos. Por sua vez, a escolha da abordagem filosófica e teórica do ócio apresenta como pressuposto a subjetividade, a qualificação e intencionalidade atribuída pela pessoa às experiências provenientes de sua vivência. A pesquisa caracterizada como qualitativa, descritiva-exploratória, realizou uma análise bibliográfica e documental, associada a uma investigação de campo, transversal, do tipo estudo de caso, adotando a perspectiva fenomenológica. A coleta dos dados consistiu em observações não participante e entrevistas em profundidade. A seleção do local investigado e dos participantes foi de forma intencional, sendo o número desses, definido pelo critério de saturação. A interpretação dos dados foi de acordo com a abordagem sociocognitiva. Participaram da pesquisa 18 pessoas, sendo três profissionais de Educação Física e 15 alunos, de ambos os sexos. Os principais resultados apontam que a atividade física realizada segue uma perspectiva semelhante às realizadas em academias de ginásticas tradicionais; os alunos não percebem essa vivência como sendo de lazer, mas, sobretudo, segundo os discursos biomédico e estético. No entanto, conforme a análise sociocognitiva, foi identificada a efetividade dessa vivência, pois apresenta atributos que a caracteriza como experiências de ócio. Conclui-se que há um paradoxo entre os discursos dos alunos. Estes se apropriam do discurso biomédico como principal motivo para participar do programa. Todavia, a análise da prática discursiva revelou o vínculo social estabelecido entre os alunos-professores, como a causa mais relevante de adesão às aulas. Infere-se que há uma resignificação da vivência estereotipada, em experiências significativas. No entanto, é relevante desenvolver a atividade física com base em uma perspectiva humanizadora em detrimento de um viés prioritariamente utilitarista, visando a potencialização da vida pelas experiências de ócio.

Palavras-chave: Efetividade. Experiência de Ócio. Saúde. Programas sociais. Atividade Física.

ABSTRACT

In Brazil since the early 2000s, there is an expansion of government programs of physical activity. The experience of physical activity is developed mostly with utilitarian bias. However, I realize a reflection beyond this perspective, proposing a "humanization". Therefore, analyze the effectiveness of leisure experiences, according to the perception of students participating in a program in Belo Horizonte city/MG. Effectiveness is a performance evaluation parameter with qualitative approach, showing a satisfaction by the involved. In turn, the choice of the philosophical and theoretical approach about leisure has presupposed the subjectivity, qualification and intentionality attributed to the person experiences from his live experiences. The research characterized as qualitative, descriptive and exploratory, conducted a literature and document analysis, associated with a field of research, in a cross-type case study, adopting a phenomenological perspective. Data collection consisted of non-participant observations and in-depth interviews. The selection of the site investigated and participants were intentional, the number of those defined by the saturation criterion. The data interpretation was in accordance with the socio-cognitive approach. The participants were 18 people, three professionals of Physical Education and 15 students of both sexes. The main results show that physical activity performed follows a similar perspective to those performed in traditional gymnastics academies; students do not realize this experience as pleasure, but above all, according to the biomedical and aesthetic discourses. However, as the socio-cognitive analysis has identified the effectiveness of this experience, because it has attributes that characterizes as leisure experiences. We conclude that there is a paradox between the discourse of the students. These appropriate the biomedical discourse as the main reason to join the program. However, the analysis of the discursive practice revealed the social link established between the student and teachers as the most important cause of adherence to classes. It is inferred that there is a reframing of the stereotypical experience in meaningful experiences. However, it is important to develop physical activity based on a humanizing perspective rather than a primarily utilitarian bias, targeting potentiation of life through leisure experiences.

Keywords: Effectiveness. Leisure Experience. Health. Social Programs. Physical Activity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Relações entre funções organizacionais e parâmetros	116
Figura 2. Esquema da produção de discurso controlada	137
Figura 3. Polo do PAC-BH.....	152
Figura 4. Aula coletiva	153
Figura 5. Campanha do Ministério da Saúde	185
Figura 6. Campanha do Ministério da Saúde	185
Figura 7. Campanha de uma cooperativa médica	185
Figura 8. Campanha patronal, Vida Ativa.....	185
Quadro 1 Pressupostos Conceituais do Paradigma Construtivista-Interpretativista.....	36
Quadro 2. Semelhanças e especificidades sobre o ócio e lazer	48
Quadro 3. Diferenças esquemáticas entre promoção e prevenção	102
Quadro 4. Distribuição dos polos e horários	143
Quadro 5. Perfil dos profissionais entrevistados	148

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição e frequência de programas de atividade física financiados	97
Tabela 2. Dados sociodemográficos gerais dos participantes da comunidade	149
Tabela 3. Série histórica por distribuição de frequência do PAC-BH	154

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDC – Centro de Controle de Doença

CELAFISC – Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul

CIAFEL – Centro de Investigações de Atividades Físicas, Esporte e Lazer

DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis

GUIA – Guia Útil para Intervenções de Atividade Física na América Latina

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAC-BH – Programa Academia da Cidade

PAS – Programa Academia da Saúde

PELC – Programa Esporte e Lazer da Cidade

PGAF – Programa Governamental de Atividade Física

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

RENAF – Rede Nacional de Atividade Física

SEEJ – Secretaria de Estado de Esportes e da Juventude

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica

SIS-REDE – Sistema de Informação em Saúde em Rede

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

VIGITEL – Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

PRÓLOGO.....	17
1 DEMARCANDO O CAMINHO A PERCORRER	21
1.2 OBJETIVOS.....	32
1.2.1 Geral:.....	32
1.2.2 Específicos.....	32
2 MAPEANDO O CAMINHO A PERCORRER	33
2.1 PRIMEIRO TRECHO: POR UM PENSAR DIALÓGICO.....	34
2.2 SEGUNDO TRECHO: ÊNFASE NO SER HUMANO.....	35
2.3 TERCEIRO TRECHO: O PENSAR ONTOLÓGICO DO ÓCIO	37
2.4 QUARTO TRECHO: A ESCOLHA EPISTEMOLÓGICA.....	39
2.5 QUINTO TRECHO: O ÓCIO COMO ABORDAGEM TEÓRICA	40
2.6. SEXTO TRECHO: AS ESTRATÉGIAS ADOTADAS	41
2.7 SÉTIMO TRECHO: AS TÉCNICAS ADOTADAS NA COLETA DE DADOS	43
2.8 OITAVO TRECHO: ANÁLISE DOS DADOS.....	45
2.9 NONO TRECHO: ADVERSIDADES NO CAMINHO	46
3 SOBRE O ÓCIO: ALGUNS ESCLARECIMENTOS CONCEITUAIS.....	47
3.1 Ócio e lazer: semelhanças e especificidades	47
3.2 EXPERIÊNCIAS DE ÓCIO: CONCEITO E CARACTERIZAÇÕES	60
4 ATIVIDADE FÍSICA HUMANIZADA	69
4.1 CONCEPÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA: ABORDAGEM UTILITARISTA E A HUMANIZADA.....	73
5 PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS EM ATIVIDADE FÍSICA: PROPOSTAS E OS MACRO OBJETIVOS SOCIAIS.....	90
5.1 PROPOSTAS DOS PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS DE ATIVIDADE FÍSICA	90
5.2 MACRO OBJETIVOS SOCIAIS	97
5.2.1 Promoção da saúde: Características gerais.....	98
5.2.2 Qualidade de vida: Princípios básicos	103
6 ANÁLISE DE DESEMPENHO EM PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS DE ATIVIDADE FÍSICA	109
6.1 PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO: APONTAMENTOS CONCEITUAIS.....	109
6.2 AVALIAÇÃO DOS PARÂMETROS DE DESEMPENHO EM PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	119
6.3 ANÁLISE DA EFETIVIDADE EM PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS DE ATIVIDADE FÍSICA	125
7. ANÁLISE CRÍTICA DO DISCURSO: APONTAMENTOS CONCEITUAIS SOBRE	

A ABORDAGEM SOCIOCOGNITIVA DE VAN DIJK.....	132
7. 1 ELUCIDAÇÃO DO MODELO SOCIOCOGNITIVO DE VAN DIJK: BREVES APONTAMENTOS	133
8 RESULTADOS E ANÁLISE.....	142
8.1 CARACTERIZAÇÃO DA REGIONAL BARREIRO E DO BAIRRO ONDE SE ENCONTRA O POLO INVESTIGADO	142
8.2 OBSERVAÇÕES DO ESPAÇO FÍSICO DO POLO	143
8. 3 DESCRIÇÃO DO PERFIL DOS PARTICIPANTES	146
8.4 ANÁLISE DA EFETIVIDADE DAS EXPERIÊNCIAS DE ÓCIO VIVENCIADAS NO PAC-BH	149
8.4.1 Contexto social	150
8.4.2. Memória semântica	155
8.4.3 Memória episódica.....	164
8.5 ANÁLISE DA PROPOSTA DO PAC-BH CONTIDA NO <i>SITE</i> DA PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, ENQUANTO DISCURSO	182
8.5.1 Contexto social	182
8.5.2 Memória semântica	189
8.5.3 Memória episódica.....	207
8.6 ANÁLISE DAS AULAS OBSERVADAS	221
8.6.1 Aula motivacional – ginástica aeróbica	223
8.6.2 Aula de carga – ginástica localizada.....	226
8.6.3 Análise geral das aulas: prática de saúde ou atividade física humanizada?.....	229
FINAL DA CAMINHADA: INÍCIO DE NOVOS PERCURSOS.....	235
REFERÊNCIAS.....	243
ANEXO A Aprovação do comitê de ética e pesquisa da universidade do estado de minas gerais	270
ANEXO B Carta de anuência da secretaria municipal de saúde de belo horizonte.....	271
APÊNDICE A Termo de consentimento livre e esclarecido	272
APÊNDICE B Roteiro de entrevistas para alunos.....	274
APÊNDICE C Roteiro de entrevistas para os profissionais do PAC-BH.....	275

PRÓLOGO

Desde a infância tive um envolvimento com a vivência da atividade física e esportiva, por meio da participação em treinamentos de artes marciais e equipes esportivas na escola. Essas experiências agradáveis me levaram a realizar o curso de Educação Física na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Contudo, ao olhar pelo “retrovisor da vida”, percebo claramente o apelo ideológico imbricado no incentivo da promoção dessa vivência sobre a égide do discurso de que “esporte é vida”, “atividade física é saúde”, tendo como objetivos, dentre outros, o controle social, a disciplinarização dos corpos, o utilitarismo. Este caracterizado pela promoção da saúde e determinismo de um estilo de vida saudável idealizado conforme os parâmetros positivistas. No entanto, embora, isso seja fato, não se pode negar que há sim benefícios proporcionados por essa vivência. Contudo, também não se deveria assumir o silenciamento do discurso ao não abordar igualmente sobre os malefícios que a mesma pode acarretar, e de assumir uma relação linear e casuística existente entre essa vivência e a saúde.

Ainda hoje se percebe esse predomínio, embora lentamente em processo de mudança em algumas realidades singulares, prevalecendo uma abordagem estereotipada no ensino dos movimentos corporais; destituindo, assim, a pessoa de uma apropriação de sentidos e representações individuais e culturais dessas vivências.

Todavia, essa minha mudança na forma de pensar se deu de forma relativamente recente, mais precisamente com o término do meu mestrado em Lazer no ano de 2009. Na oportunidade, desenvolvi uma pesquisa associando duas teorias comportamentais, a Teoria do Comportamento Planejado e a Teoria do Modelo Transteorético¹. O objetivo era investigar a intenção de mudança do comportamento em adolescentes para a prática da atividade de lazer². Para tanto, adotei uma abordagem quantitativa para analisar a associação entre diferentes variáveis que pudessem ajudar a compreender os aspectos relacionados à mudança de comportamento das pessoas. Esperava encontrar indícios que pudessem explicar a adesão ou não à prática da atividade física.

¹A Teoria do Comportamento Planejado (TCP) proposto por Ajzen (1985), cuja tentativa é entender o comportamento humano de forma geral, a partir da intenção comportamental e de poucas variáveis explicativas. O Modelo Transteorético de Mudança de Comportamento foi proposto por Prochaska, e Diclemente (1994), expõe os estágios a serem vencidos por uma pessoa durante um processo de mudança comportamental, quais sejam: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção.

² Em virtude de um maior amadurecimento acadêmico durante o doutorado, assumo um novo posicionamento em relação ao estudo realizado no mestrado. Posições essas que serão mais claramente apresentadas ao longo da tese.

Percebi que há mecanismos de resistência das pessoas quanto ao apelo ideológico dessa atividade. Se “atividade física é saúde”, porque há uma alta prevalência de pessoas fisicamente inativas? Assim, não basta apenas conscientizar e/ou oportunizar vivências dessa prática tendo como foco central a questão da promoção da saúde.

Essa forma “positivista” de pensar foi marcante ao longo de minha vida tanto pessoal – como praticante de atividade física –, profissional – em diferentes contextos de trabalho, como academias, clubes, escolas, enquanto consultor de ginástica laboral –, e acadêmica – nas abordagens dadas às disciplinas que lecionava; também dedicando-me a investigar os fatores que influenciam a sua adesão/manutenção e os benefícios proporcionados pela sua prática por meio de uma abordagem linear e casuística.

No entanto, alguns questionamentos passaram a me acompanhar a respeito dos meus estudos feitos no mestrado, bem como a escolha epistemológica e teórica que vinha seguindo. Pessoalmente, percebi como o componente ideológico imbricado por essa prática influenciou a minha personalidade, comportamento e intervenção profissional; e igualmente de outras pessoas. Talvez, pelos “encontros agradáveis”, como proposto por Espinosa, que tive ao longo da vida com essa atividade, sempre contribuiu para vê-la com “bons olhos”, e até naturalizando-a – mas, o mesmo não ocorre com outras pessoas –, não a vendo sobre outras perspectivas. Contudo, essa mudança na forma de pensar a atividade física não foi rápida, linear e fácil.

Assim, passei a refletir sobre a possibilidade de uma atividade física mais humanizada, caracterizada não pelo tecnicismo e movimentos estereotipados, mas que permitisse uma maior expressividade dos sentimentos e sentidos permeados pela individualidade, e ao mesmo tempo valorizasse as experiências prévias de quem a vivencia, bem como a diversidade cultural.

Esse processo se deu ao longo de minha carreira acadêmica enquanto professor no ensino superior. No segundo semestre de 2009, tive a oportunidade de iniciar a lecionar no curso de Educação Física do Instituto Superior Anísio Teixeira, vinculado à Fundação Helena Antipoff em Ibirité, região metropolitana de Belo Horizonte. Esse instituto foi incorporado no final de 2013 à Universidade do Estado de Minas Gerais, onde atuo até hoje como professor efetivo – ministrando disciplinas como Educação Física e Construção Curricular, Supervisão de Estágio na Educação Infantil, Ensino Fundamental e Médio, Atividades Aquáticas, Cinesiologia, Urgência e Emergência na Educação Física, Mediação Didática, Educação Física e Lazer. Paralelamente, entre 2011 e meados de 2013, atuei como professor substituto no curso de Educação Física da Universidade Federal de Ouro Preto – ministrando disciplinas

como Ergonomia e Ginástica Laboral, Lazer e animação turística, Atividade física e promoção da saúde, Políticas públicas de esporte e lazer, Estágio supervisionado no Ensino médio. Nesse mesmo período, realizei alguns créditos de disciplinas isoladas no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UFMG. Essas experiências contribuíram para o meu amadurecimento e na escolha do objeto de pesquisa final no doutorado.

Em 2103, fui aprovado no processo seletivo do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar de Estudos do Lazer/UFMG, tendo como tema de investigação a proposta das “Cidades Saudáveis” e sua relação com a prática da atividade física como meio de promoção da saúde. Após algumas reflexões e adaptações à proposta inicialmente apresentada, redefini com o meu orientador o objeto de estudo e a abordagem que seria dada ao desenvolvimento das temáticas a serem discutidas neste trabalho.

Tendo em vista a expansão da implantação de programas sociais em atividade física em todo o país, adotando a atividade física como “carro chefe”, decidi investigar a vivência da atividade física no Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte. Assim, o objeto deixou de ser a avaliação de um programa social em atividade física, passando a focar a análise das vivenciadas da atividade física, pautadas na subjetividade³, no citado programa. Pois a proposta utilizada por esse programa segue os princípios da Saúde Pública e da Epidemiologia da atividade física.

Para realizar a análise da subjetividade das vivências, adotei o aporte teórico dos Estudos do Ócio, que segue os construtos da Psicologia Social, a saber, os atributos das experiências de ócio. O ócio entendido como fenômeno psicossocial, que independe do tempo social em que é vivenciado, mas prioriza os aspectos subjetivos, a satisfação, a percepção de liberdade, possibilita uma interpretação diferenciada das vivências promovidas nessa modalidade de programa social.

Além de analisar o sentido dado pelos participantes do programa às vivências, foi associado a investigação dos serviços prestados por meio da adoção do parâmetro de desempenho efetividade. Este permite ter um entendimento ampliado sobre a análise de desempenho de programas sociais, pois prioriza os aspectos qualitativos, e a satisfação dos

³ Adoto a perspectiva de subjetividade apresentada por Gonzalez Rey (2003) Está é compreendida sob o enfoque histórico-cultural, indo além da visão que restringe a subjetividade ao intrapsíquico, ou seja, “[...] se orienta para uma apresentação da subjetividade que em todo o momento se manifesta na dialética entre o momento social e o individual [...], em que “[...] o momento individual está representado por um sujeito comprometido permanentemente no processo de suas práticas sociais, de suas reflexões e de seus sentidos subjetivos” (p. 240). Em outras palavras, para Rey, a subjetividade não é tão somente um fenômeno individual, mas que se produz nos níveis social e individual simultaneamente. Assim, subjetividade está associada à forma com que as experiências e instâncias sociais atuais da pessoa ganham sentido e significação na formação subjetiva de sua história.

seus participantes, focando no desenvolvimento social. Pois contempla uma perspectiva interpretativista, isto é, dá voz às pessoas envolvidas no programa. Assim, é possível identificar nessas vivências uma percepção diferenciada em relação ao que é proposto pelo programa e o que é percebido pelos participantes.

1 DEMARCANDO O CAMINHO A PERCORRER

No Brasil desde o início dos anos 2000, há uma expansão dos programas governamentais de atividade física (PGAF). Esse fato tem chamado atenção da comunidade científica nacional que tem se dedicado a estudá-lo (MACIEL; SOARES, 2016; RUAS, 2016; FIGUEIRA; LOPES; MODENA, 2016; LARA SILVA, *et al.* 2014; MACIEL; DIAS; SILVA, 2014; MACIEL; CARVALHO, 2014; MALTA *et al.* 2014; TOLEDO; ABREU; LOPES, 2013; KNUTH *et al.* 2013; COSTA *et al.* 2012). Considerando a relevância que esses programas têm assumido, tendo como principal proposta o uso da vivência⁴ da atividade física como prática de saúde⁵, notadamente pelo viés biomédico⁶, a elegi como objeto de estudo.

Assim sendo, a questão que norteará este trabalho é: Qual a efetividade das vivências em um programa governamental de atividade física segundo a percepção dos seus participantes? Tendo em vista essa problematização, tenho como objetivo geral analisar a efetividade das vivências da atividade física no Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte/MG, segundo a percepção dos participantes.

A escolha deste enfoque parte do entendimento de que vivência da atividade física promovida por programas como o analisado adota-a, sobremaneira, com o enfoque profilático. Este fato é identificado desde a década de 1970, quando os princípios da noção de risco epidemiológico apregoado pela perspectiva da Saúde Pública. Este para Ayres (2011), é entendido como a probabilidade de um membro de uma população definida desenvolver uma dada doença em um determinado período de tempo.

Normalmente a atividade física é entendida como um meio eficaz para reduzir os efeitos deletérios dos agravos à saúde, sobretudo, os decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Essa percepção tem reforçado ainda mais os aspectos utilitaristas

⁴ Neste trabalho, tendo como base alguns autores (MARTINS, 2013a; AMIGO, 2012; CUENCA; PRAT, 2012; CUENCA; MONTEAGUDO, 2012; LARROSA, 2000), diferencio 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. Abordarei sobre o assunto no capítulo 3.

⁵ 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 anátomo-fisio-patológicas (AYRES, 2009). No capítulo 4, retomo essa discussão.

⁶ 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; se justifica na compreensão que a doença é causada por agentes biológicos, químicos, físicos, em corpos biológicos, com repercussões biológicas.

tradicionalmente atribuídos a essa vivência, tornando-a de uma maneira em geral, destituída de sentidos.

Entendo que a atividade física foi “desumanizada” ou “coisificada”, passando, sobretudo, a ser vista como uma mera prática de saúde, ou seja, um meio para se alcançar determinados interesses médicos, políticos e econômicos. Assim, houve uma disseminação de programas sociais de atividade física com enfoque na melhoria da saúde (MACIEL; DIAS; SILVA, 2014; COSTA; MIRAGAYA, 2002).

Por meio de um discurso permeado de cientificidade, instituiu-se uma sistematização e mecanização do movimento humano. Em virtude dessa representação social, essa vivência é concebida como o “carro chefe” (GOMES; MINAYO, 2016) de um discurso biomédico e político para promover melhoras psicossociais que possibilite promover uma pretensa “saúde perfeita” à maioria da população.

Esse discurso ocorreu primeiramente nos países ocidentais mais industrializados, tendo em vista a modificação de alguns fenômenos sociais que afetaram a saúde de suas populações. Cito, por exemplo, o encarecimento dos custos dos tratamentos médicos (BRASIL, 2002; BUSS, 2000); a identificação de uma tríplice transição: demográfica, epidemiológica e nutricional⁷ (HALLAL; KNUTH, 2011; MANTOVANI; FORTI, 2007).

Dessa forma, algumas estratégias e metas para incrementar essa vivência foram traçadas por instituições internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), e posteriormente, por órgãos nacionais – Ministérios, Secretarias Estaduais e Municipais de saúde. Para tanto, estipularam ações intersetoriais para a formulação de políticas públicas que pudessem intervir principalmente na contenção dos gastos e os acometimentos das DCNT.

Desde então, diversos debates entre autoridades governamentais e especialistas de diferentes áreas de conhecimento são realizados ao longo dos anos. Em 1986, foi elaborada uma proposta de intervenção mundial conhecida como Carta de Ottawa que balizou as discussões futuras sobre a temática (FERREIRA; FARINATTI, 2006; BRASIL, 2002). Este documento estipula alguns marcos conceituais e estratégicos quanto à promoção da saúde a ser oferecida à população. Os princípios apresentados determinam que a promoção da saúde deve estar associada a um conjunto de valores como: qualidade de vida, bem-estar, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros.

⁷ Demográfica – declínio da taxa de fertilidade e de mortalidade, alterando a estrutura etária da população; Epidemiológica – mudança nos padrões de adoecimento e mortalidade, marcada pela redução de situações vinculadas às doenças infecciosas; Nutricional - nos países de renda alta significou basicamente uma mudança da desnutrição para a obesidade como o principal problema nutricional.

Esse documento propôs algumas diretrizes gerais que as nações deveriam desenvolver para alcançar os objetivos estipulados para as próximas décadas: 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. Para a sua viabilização, incorporou-se um discurso pautado na perspectiva da Saúde Pública, idealizando um estilo de vida que deve ser seguido pela população.

Todavia, devido, sobretudo, aos aspectos utilitaristas, de responsabilização da pessoa⁸, e esvaziamento das intervenções do Estado, essa proposta recebeu críticas quanto ao seu aspecto reducionista no entendimento do processo saúde-doença (CARVALHO, 2009; HEIDMAN *et al.* 2006; CARVALHO, 2004; CZERESNIA; FREITAS, 2003; COELHO *et al.* 2002). Igualmente, o discurso da atividade física como meio casuístico de saúde é criticado por alguns autores da área da Educação Física (BACHELADENSKI; MATIELLO JÚNIOR, 2011; PALMA; VILAÇA, 2010; BAGRICHEVSKY; PALMA; ESTEVÃO, 2003, 2006, 2007; NOGUEIRA; PALMA, 2003).

Diferentes pesquisadores vêm refletindo sobre o processo de humanização da saúde, adotando a perspectiva fenomenológica-hermenêutica, como alternativa à proposta da Saúde Pública (AYRES, 2015; ANÉAS; AYRES, 2011; BRITO; CAMARGO, 2011; DUARTE, 2003; CAPRARA, 2003; ALMEIDA FILHO, 2000). Semelhantemente está havendo um repensar na área da Educação Física sobre o sentido da vivência da atividade física direcionada à saúde (GOMES; FRAGA; CARVALHO, 2015; FRAGA; CARVALHO; GOMES 2013; FALCÃO; SARAIVA, 2009; CARVALHO, 2006). Estes autores lançam mão da concepção das práticas corporais – não como contraposição, no sentido de criar uma disputa, mas como alternativa à proposta da atividade física – como meio de qualificação do movimento humano, valorizando a subjetividade ao vivenciá-las. Entretanto, ainda permanece a vinculação da vivência da atividade física, predominantemente, como prática de saúde nos PGAF no país.

⁸ Neste estudo, adoto a terminologia pessoa em detrimento dos termos sujeito ou indivíduo. Rezende (2010) faz uma discussão sobre o uso desses termos, considerando também seus aspectos semânticos em diferentes áreas de conhecimento como Filosofia, Antropologia, Sociologia, Teologia, Médica. Em suma, o autor destaca a prioridade do uso do termo pessoa, que caracteriza uma distinção do ser, portador de um *status* social, de caráter. Enquanto indivíduo, é aquele que é indistinto, referindo-se a um ser biológico qualquer, cuja existência depende de sua integridade. Por sua vez, sujeito, traz a ideia de “colocado debaixo”, em posição inferior, submisso; embora haja outra percepção quanto ao uso desse termo, enquanto um ser protagonista de suas ações.

Por exemplo, cito o Programa Academia da Saúde (PAS)^{9,10}. Este é desenvolvido pelo Ministério da Saúde do Brasil, estando em processo de expansão, sobretudo, a partir de 2011. O seu principal objetivo é contribuir para a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da população – ao me referir a essas duas propostas em conjunto, doravante, usarei o termo, macro objetivos sociais – a partir da 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 esse documento, as atividades desenvolvidas nos polos são as seguintes: práticas corporais-atividades físicas (ginástica, capoeira, jogos esportivos e populares, yoga, *tai chi chuan*, dança, entre outros); práticas artísticas (teatro, música, pintura e artesanato); promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar.

Todavia, o PAS teve a sua idealização baseada em programas municipais realizados em algumas capitais no Brasil. Um desses programas é a Academia da Cidade de Belo Horizonte (PAC-BH), capital de Minas Gerais. Embora esse programa preceda a criação do PAS, atualmente está em processo de transição quanto a sua identificação/nomeação, sendo incorporado pela proposta do Ministério da Saúde. Pois a Prefeitura de Belo Horizonte realizou um convênio com esse órgão, tornando necessária uma readequação do PAC-BH às suas diretrizes. Contudo, optei por continuar usando a terminologia inicial desse programa, PAC-BH, por entender que a representação construída por seus atores sociais – alunos e profissionais – ainda é marcante.

Normalmente esse programa é avaliado seguindo os princípios ideológicos da Saúde Pública, com enfoque no alcance eficaz das ações, tendo em vista, sobretudo, o risco epidemiológico. Assim sendo, considero relevante e pertinente, a realização de investigações que adotem um “olhar diferenciado” sobre o mesmo, pautado em uma perspectiva fenomenológica.

Entendo que o estudo dessa modalidade de programa pelo viés epidemiológico tem apresentado algumas limitações para a sua compreensão. Por exemplo, não busca compreender as relações sociais, a percepção das pessoas quanto aos sentidos atribuídos à

⁹ 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>, acessado em 25/08/13.

¹⁰ 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>. Acessado em 25/08/13.

vivência da atividade física, o que pode por sua vez, interferir na apropriação das vivências e dos espaços onde são realizadas. Via de regra, esses programas adotam a concepção de eficiência e eficácia como principais parâmetros de avaliação de desempenho para verificar o alcance dos seus objetivos em detrimento dos aspectos qualitativos aos quais deveriam seguir.

Assim sendo, é relevante optar por propostas de análise distintas à citada, ou seja, que sigam princípios epistemológicos e metodológicos diferenciados, e que possam contribuir para a produção de novos conhecimentos complementares aos da abordagem biomédica.

Dessa forma, adoto como base epistemológica a perspectiva fenomenológica-hermenêutica. Esta segundo Boaventura Santos (2002), defende a ideia de que a ação humana é inteiramente subjetiva, entendendo que o comportamento humano não pode ser descrito e muito menos explicado com base em suas características exteriores e objetiváveis. Portanto, é distinta à perspectiva positivista. Ademais, seguindo essa abordagem, priorizei os métodos de natureza qualitativa, a fim de obter um conhecimento intersubjetivo e descritivo do objeto analisado.

Considerando que o objetivo dos programas sociais, como os PGAF, em última instância, visa promover a satisfação dos membros da sociedade (SARAIVA; GONÇALVES, 2008), aumenta-se, assim, a responsabilidade dos gestores e profissionais que neles atuam para atender essa proposta. Dessa forma, defendo que os PGAF, não devam utilizar a atividade física prioritariamente como meio para alcançar a saúde como resultado final.

Diferentemente aos parâmetros de eficiência e eficácia, a efetividade apresenta um enfoque qualitativo, podendo ser adotado como meio alternativo de análise de desempenho dessa modalidade de programa. Pois se preocupa em identificar o atendimento das necessidades dos membros externos e internos de organizações que envolvam objetivos sociais (MAXIMIANO, 2009; SARAIVA; GONÇALVES, 2004).

A efetividade ao atribuir uma dimensão qualitativa, não se resume simplesmente em promover uma visão interpretacionista (SARAIVA; GONÇALVES, 2008), mas de legitimar dimensões humanas presentes na organização. Ainda que a subjetividade seja indissociável do processo de análise, os valores pessoais identificados podem ser incorporados ao debate crítico.

Como dito, a atividade física é concebida como o “carro chefe” dos programas sociais em promoção da saúde. Assim, analisar a efetividade dessa vivência requer a adoção de uma perspectiva diferenciada como, por exemplo, as experiências de ócio, que a qualificaria diferentemente enquanto apenas como prática de saúde. Estas experiências

segundo Francileudo e Martins (2016), são inerentes à ontologia humana, entendidas como uma vivência subjetiva que envolve de forma holística o ser humano, dando sentido à vida.

Rhoden (2008) entende as experiências de ócio como um fenômeno psicossocial, com vinculação ao desenvolvimento humano e de caráter formativo. Portanto, são pautadas pela subjetividade e satisfação, que emergem do interior do ser, não sendo possível avaliá-las “externamente”, mas somente pelo âmbito psicológico. Assim, possibilitam vivências que buscam superar o mero realizar de uma atividade, dando um novo sentido e ressignificação ao que é vivenciado. As experiências de ócio são conceituadas por Cuenca (2008, p. 42) como:

[...] um tipo de experiência humana que o sujeito percebe de modo satisfatório, não obrigatório e não necessário. Pode-se dizer que o ócio é uma experiência humana livre, satisfatória e com um fim em si mesma; quer dizer, é voluntária e separada da necessidade, entendida como experiência primária.

Além da questão da subjetividade, autores como Cuenca e Prat (2012), Monteagudo *et al.* (2008) discutem a vivência de experiências significativas como as promovidas pelo ócio, como importante potencial do desenvolvimento humano, contribuindo para a promoção de momentos memoráveis. Baseando-se, também, na filosofia espinosina, Larrosa (2002) discute a relevância das experiências na formação da pessoa.

Assim, adoto como norte para análise da vivência da atividade física neste trabalho, a concepção de experiência significativa e humanizadora (CUENCA, 2008; LARROSA, 2002). Pois entendo que a atividade física, normalmente, é desenvolvida com traços estereotipados em virtude do lastro enviesado com a proposta da Saúde Pública.

Considerando esses aspectos, a tese que defendo é que os PGAF devem incorporar uma perspectiva para qualificar a vivência da atividade física, isto é, humanizá-la, dando-lhe sentido semelhante ao proposto pelas experiências de ócio; portanto, indo além da mera busca da eficácia dos resultados, caracterizados pela melhoria dos indicadores de saúde (CARVALHO, 2016).

Tendo em vista essa proposta, a condução deste estudo contempla além desta introdução, sete capítulos teórico-empíricos, mais as considerações finais. No segundo capítulo discorro sobre os procedimentos metodológicos. Descrevo o alinhamento adotado segundo os elementos epistemológicos apresentados por Creswell (2010), considerando toda a complexidade e multiplicidade de elementos que interferem na vivência analisada.

Por se tratar de um estudo com abordagem transdisciplinar, permeado, sobretudo, pelas Ciências da Saúde (Educação Física, Saúde Coletiva, Saúde Pública, Psicologia Social), Ciências Sociais Aplicadas (Administração), Interdisciplinares (Estudos do Lazer e os

Estudos do Ócio), buscando uma aproximação com a Filosofia, optei por transitar na proposta do pensamento complexo apresentado por Morin (1991), ou seja, estabelecer um dialogismo entre as áreas envolvidas na investigação.

Ao adotar essa perspectiva, estou ciente de algumas fragilidades – possíveis inconsistências em algumas discussões – que podem surgir ao longo do trabalho. Especialmente quanto ao aporte filosófico, pois minha inserção ao estudar, por exemplo, Espinosa e Nietzsche, ainda é recente.

Todavia, mesmo sabedor dessa limitação, trata-se de um convite para aproximação e reflexão sobre o objeto de estudo deste trabalho, para além do que normalmente é realizado. Ademais, ciente da existência das peculiaridades envolvidas pelas diferentes áreas de conhecimento elencadas neste trabalho, creio não impossibilitar esse diálogo. Assim, percorro esse caminho atento às limitações e aos cuidados epistemológicos necessários que devem ser tomados ao fazê-lo.

No entanto, não desconsidero essas nuances, de modo a não criar uma incoerência. Todavia, procuro buscar possíveis vínculos com ideias que possam ser concatenadas à proposta almejada.

Assumir esse desafio tem como intuito superar certa ortodoxia e isolamento acadêmico ainda presente, caracterizado por uma visão disciplinar, o que restringe a produção de novos conhecimentos. Avançar nessa perspectiva poderá contribuir para o desenvolvimento acadêmico e social.

No terceiro capítulo discuto sobre a teoria do ócio humanista, tendo como base conceitual a proposta desenvolvida pela Universidade de Deusto/Espanha (CUENCA, 2016, 2014, 2008, 2006, 2004, 2003, 2000; MONTEAGUDO *et al.* 2013), e de alguns pesquisadores que a seguem (MARTINS, 2015, 2013; MARTINS; BAPTISTA, 2013; RHODEN, 2009, 2008; MARTINS; CUENCA, 2008).

A escolha dessa perspectiva se justifica pelo alinhamento de minhas concepções pessoais com o aporte filosófico, epistemológico e teórico adotado pelo ócio, notadamente a fenomenologia e a Psicologia Social, tendo a subjetividade como principal pressuposto de análise. Portanto, possibilita um refletir mais dinâmico das diferentes vivências culturais, podendo ser percebidas como ócio em qualquer tempo social. Francileudo e Martins (2016, p. 18), propõem que o ócio propicie às pessoas que o vivenciam:

[...] uma prática diária de tempo para si, o descanso, o movimento e a quietude, para o silêncio, a solidariedade, dá e receber. E, ainda, é indicado como fundamental para uma vida com sentido, pelo ócio contemplativo, o encontro da pessoa consigo mesma, o equilíbrio interior e a sadia convivência social, como indicadores de saúde e contributo para o desenvolvimento humano. De tal forma, o fenômeno psicossocial

da experiência de ócio implica ser vivido dentro da história e da cultura, com vistas a harmonizar e aprimorar quem o experimenta.

Em síntese, o ócio é caracterizado como uma experiência humana psicossocial envolvendo uma percepção subjetiva caracterizada pela satisfação, não obrigatoriedade, e não necessidade, com um fim em si mesmo – autotélico (CUENCA, 2000). Dessa forma, corresponde a um hibridismo entre a vivência e a qualificação subjetiva da experiência realizada.

O quarto capítulo é dedicado à discussão sobre a vivência da atividade física como prática de saúde. Busco contribuir refletindo sobre a adoção dessa vivência seguindo uma proposta humanizada de saúde (AYRES, 2015, 2005; ANÉAS; AYRES, 2011; DESLANDRES; MITRE, 2009; DESLANDRES, 2004; BRASIL, 2004; ALMEIDA FILHO, 2000). Como normalmente os PGAF são geridos pelos órgãos ligados à área da saúde, apresento as especificidades da compreensão sobre saúde, decorrente de suas subáreas como, Saúde Pública, Saúde Coletiva e Educação Física, com o intuito de buscar um debate que contemple um dialogismo dessas áreas quanto a essa vivência. Todavia, ao discutir a saúde segundo as concepções dessas áreas, não o faço com o intuito de criar uma polarização, mas apenas apresentar as especificidades existentes entre elas.

Além da análise epistemológica, apresento elementos advindos da abordagem filosófica, defendidos por Espinosa (s.d), Nietzsche (s.d) e Canguilhem (2009), que podem ser associados à reflexão sobre a saúde. Ressalto que ao abordar esses filósofos, não tenho a intenção de discutir de forma aprofundada as suas obras, mas, tão somente abordar ainda que periféricamente, como os seus pensamentos podem contribuir para repensar a vivência da atividade física de forma humanizada.

Os dois primeiros autores abordam uma discussão a respeito da potência da vida, relacionando-a (in)diretamente à saúde. Por sua vez, Canguilhem – que possuía uma formação tanto em filosofia quanto em medicina, tendo defendido o seu doutorado nessa última área – discute sobre as normatizações estipuladas pelo cientificismo como meio de distinguir entre o que é normal e o patológico na concepção de saúde.

Complementando esse raciocínio, discorro sobre a proposta da humanização da atividade física a partir da incorporação da concepção filosófica apresentada pelas práticas corporais (GOMES; FRAGA; CARVALHO, 2015; FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2013; CARVALHO, 2006), bem como pelas ideias espinosinas e das experiências de ócio, de forma a compreendê-la como atividade física humanizada.

Opto por adotar esse termo por entender que tanto na literatura nacional e internacional, quanto em senso comum, há uma apropriação compreensível do termo atividade física (DAMICO; KNUTH, 2014). Todavia, a terminologia, práticas corporais, é usada em nível nacional, sobretudo, entre os profissionais de Educação Física – embora ainda se perceba em nível de senso comum, um desconhecimento claro do significado dessa proposta em relação à atividade física (LAZZAROTTI FILHO *et al.* 2010). Dessa forma, sem a intenção de querer cunhar uma nova terminologia, infiro que o termo atividade física humanizada, tende a ser mais compreensível em âmbito geral em detrimento das práticas corporais e, diferenciando-se da atividade física.

Os objetivos e as características dos PGAF são apresentados no quinto capítulo. Contextualizo o surgimento da proposta desses programas, que ocorreu de forma mais consistente a partir da década de 1960, com enfoque na promoção da esportivização, e posteriormente na vivência da atividade física como meio de promoção e prevenção da saúde (MACIEL; DIAS; SILVA, 2014; BRASIL, 2013; TEIXEIRA, 2009; MENESES; MARCELLINO, 2011; COSTA; MIRAGAYA, 2002).

Geralmente os objetivos dos PGAF estão vinculados à obtenção dos macro objetivos sociais, assim, contemplo uma discussão a esse respeito. Para tanto, apresento os conceitos e caracterizações das propostas da promoção da saúde (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2011; FERREIRA; FARINATTI, 2006; CZERESNIA; FREITAS, 2003), e da qualidade de vida (CASTRO; FRACOLLI, 2013; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012; OLIVEIRA-CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008; SEIDL; ZANNON, 2004; LLOYD; AULD, 2002).

No sexto capítulo, apresento os conceitos e características gerais referentes à avaliação de projetos sociais (RAMOS; SCHABBACH 2012; REIFSCHNEIDER, 2008; COUTINHO; MACEDO-SOARES; SILVA, 2006), e os parâmetros da avaliação de desempenho, a saber: eficiência, eficácia e efetividade (SARAIVA; NUNES, 2011; MAXIMIANO, 2009; SARAIVA; GONÇALVES, 2008; LACOMBE; HEILBORN, 2008; SARAIVA; GONÇALVES, 2004).

Na seção 6.2, embora discorra sobre os aspectos relacionados à avaliação, o enfoque que se dará neste trabalho será a análise de desempenho em detrimento da avaliação de desempenho. Esta tem como objetivo investigar o impacto produzido pelas ações realizadas; portanto, está diretamente relacionada com os parâmetros eficácia e/ou eficiência. Importante destacar que a avaliação está vinculada ao controle das ações desenvolvidas, por

exemplo, o impacto que a vivência da atividade física pode ter sobre os macro objetivos sociais na população assistida.

Por outro lado, a análise de desempenho tem como objetivo qualificar a percepção de quem vivencia a atividade física. Assim, é o “olhar” subjetivo da pessoa que qualificará seu envolvimento e satisfação, isto é, a efetividade do programa.

No sétimo capítulo descrevo, de forma breve, os apontamentos conceituais referentes à Análise Crítica do Discurso (ACD) enquanto categoria analítica. Esta pretende realizar por meio da análise da linguagem uma interpretação dos problemas sociais e nas dinâmicas de poder, partindo do entendimento de que a relação entre discurso e sociedade é histórica, ideológica e passível de mediação. Assim, o discurso é entendido como uma prática social (ORLANDI, 2005), que comunica significados e crenças, e que produz, reproduz e transforma as relações sociais e políticas.

Em outras palavras, o discurso trabalha com o sentido e não com o conteúdo do texto; um sentido que não é traduzido, mas produzido. Pode-se afirmar que o *corpus* da análise do discurso é permeado pela ideologia+história+linguagem. A ideologia é entendida como o posicionamento da pessoa quando se filia a um discurso, sendo o processo de constituição do imaginário que está no inconsciente, ou seja, o sistema de ideias que constitui a representação; a história representa o contexto sócio histórico e a linguagem é a materialidade do texto gerando “pistas” do sentido que a pessoa pretende dar (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

De forma mais específica, adoto a abordagem sociocognitiva desenvolvida por Van Dijk (2012). O autor propõe a análise a partir da tríade discurso+cognição+sociedade. Para Van Dijk é impensável tecer uma teorização social sem os aspectos cognitivos, assim como uma teoria cognitiva sem uma teoria social.

Ainda conforme esse autor, o processo cognitivo necessita incluir uma análise social, pois, sociedade e cognição, estão em relação constitutiva. Ademais, essa interação só pode ser realizada a partir de crenças, conhecimentos, normas e valores compartilhados socialmente.

No oitavo capítulo apresento os resultados e as discussões dos dados coletados. Importante ressaltar que embora a análise da efetividade preconize a análise da participação dos atores sociais – público interno e externo à organização –, pela perspectiva deste trabalho, que tem como objeto de estudo as vivências da atividade física, analisei somente a percepção dos alunos.

Tendo em vista a proposta da ACD, analisei o *corpus* das informações sobre o PAC-BH, contido no *site* da Prefeitura de Belo Horizonte, associando as falas dos entrevistados ao conteúdo em questão. Para a identificação da efetividade da vivência da atividade física, adotei a abordagem sociocognitiva, investigando suas três dimensões propostas, contrastando com os depoimentos dos alunos.

Por fim, nas considerações finais discorro sobre minhas reflexões e contribuições decorrentes deste estudo para os distintos campos de conhecimentos abordados neste trabalho. Igualmente, apresento as limitações e propostas de futuras investigações que podem advir como desdobramento dos apontamentos feitos nesta tese.

1.1 Objetivos:

1.1.1 Geral: Analisar a efetividade das vivências da atividade física no Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte/MG , segundo a percepção dos participantes.

1.1.2 Específicos:

1.1.2.1 Analisar a proposta do Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte contida no *site* da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte quanto ao Contexto Social;

1.1.2.2 Analisar a proposta do Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte contida no *site* da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte quanto à memória semântica;

1.1.2.3 Analisar a proposta do Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte contida no *site* da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte quanto à memória episódica.

2 MAPEANDO O CAMINHO A PERCORRER

O ser humano está inserido no mundo permeado por uma relação dinâmica e direta de interdependência entre si e a sociedade. Dessa forma, para compreender fenômenos que envolvem as relações humanas, o investigador precisa fazer escolhas considerando determinadas circunstâncias contextuais.

Essas escolhas são elaboradas a partir de um olhar específico do investigador que é influenciado por questões axiológicas, ideológicas e sociais da época que vive, repercutindo, assim, na formulação da proposta de pesquisa. Ademais, a investigação científica é iniciada quando da escolha do objeto de pesquisa, da problematização, dos objetivos, da abordagem epistemológica e teórica, dos métodos adotados, e não somente com a sua “execução prática”, como consulta às fontes de dados e/ou com a aplicação dos instrumentos de coleta de dados e de sua análise.

Importante destacar que todo conhecimento científico é relativo, ou seja, não deve ser tomado como uma verdade absoluta. Pois as pessoas e a própria sociedade é dinâmica e demasiadamente complexa para ser engessada em perspectivas limitadas a uma determinada temporalidade, como se abrangesse todas as diferentes culturas sociais (MINAYO, 2008).

Dessa forma, investigadores que vivem em tempos futuros e que podem olhar pelo retrovisor da história, tem o privilégio de analisar o passado com uma perspectiva diferenciada e mais crítica àquela época. Contudo, estão sujeitos aos fatores limitadores semelhantes aos que os precederam (OLIVEIRA; PALAFOX, 2014; MINAYO, 2008).

Segundo Foucault (1970) mais importante que o conteúdo do discurso é o papel que ele desempenha na ordenação do mundo. Em outras palavras, um discurso dominante tem o poder de determinar o que é aceito ou não em uma sociedade, independentemente da qualidade do que ele legitima. Ainda conforme esse autor, o discurso dominante não está comprometido com uma verdade absoluta e universal, pelo contrário, é ele que produz a “verdade”. Esta, portanto, pode ser arbitrária, legitimando certo campo de enunciados, e marginalizando outros.

Para Foucault (1970) sempre haverá um desnível entre os discursos, isto é, determinado discurso tende a se sobrepor aos demais, propondo estabelecer uma “verdade” de forma conveniente. Portanto, mais importante que o conteúdo propriamente dito pelo discurso, é a sua intenção e sua repercussão social. Importa apenas o que o discurso dominante estabelece como verdade, em favor de sua manutenção com fins de garantir uma supremacia social.

Tendo em vista esses aspectos, reflito neste trabalho sobre o discurso biomédico adotado quanto a vivência da atividade física nos PGAF. Para tanto, escolhi caminhos que pudessem me levar a atingir o objetivo proposto.

2.1 Primeiro trecho: Por um pensar dialógico

As diferentes áreas de conhecimento que estudam o ser humano em suas distintas dimensões – social, psicológica, física –, deparam-se com fenômenos complexos. Em geral, um fenômeno pode ser considerado complexo quando o observador lhe imputa as seguintes características:

- 1) O sistema é constituído por uma grande variedade de componentes ou elementos que possuem funções múltiplas e comportamentos variados;
- 2) Os elementos estão em constante evolução e são influenciados por eventos que não podem ser previstos com certeza;
- 3) A informação sobre o estado de todos esses elementos não pode ser conhecida em sua totalidade;
- 4) Os diversos elementos estão unidos por uma grande variedade de inter-relações (IAROSINSKI NETO; LEITE, 2010, p. 2).

Dessa forma, pesquisadores dessa área devem ampliar seu foco de visão sobre determinado objeto de investigação. No entanto, cada área de conhecimento tem a sua importância na investigação de um determinado fenômeno. Contudo, não deveria ter a presunção de tomar para si o título de “dona da verdade”. No entanto, entendo que há uma disputa de poderes entre as mesmas, o que acarreta na incursão desses objetivos, com o intuito de se ganhar e/ou manter determinado *status quo*, recursos financeiros, prestígios, entre outros aspectos, dificultando essa relação “ideal” na produção do conhecimento. A proposta “ideal” para se promover o desenvolvimento do conhecimento se daria pela interação das diferentes áreas, convergindo para o entendimento do processo complexo e multidimensional de um fenômeno social.

Cada área de conhecimento tem a sua importância na investigação de um determinado fenômeno. Contudo, não deveria ter a presunção de tomar para si o título de “dona da verdade”. No entanto, entendo que há uma disputa de poderes entre as mesmas, o que acarreta na incursão desses objetivos, com o intuito de se ganhar e/ou manter determinado *status quo*, recursos financeiros, prestígios, entre outros aspectos, dificultando essa relação “ideal” na produção do conhecimento. A proposta “ideal” para se promover o desenvolvimento do conhecimento se daria pela interação das diferentes áreas, convergindo para o entendimento do processo complexo e multidimensional de um fenômeno social.

Desenvolver uma pesquisa envolvendo áreas de conhecimentos distintas, considerando diferentes enfoques de conhecimentos, como os relacionados às Ciências da Saúde (Saúde Pública, Saúde Coletiva, Educação Física, Psicologia Social), Ciências Sociais Aplicadas (Administração) e Interdisciplinares (Estudos do Lazer e os Estudos do Ócio), apresenta-se como um grande desafio.

Portanto, os cuidados com as escolhas metodológicas adotadas são de primordial relevância, devendo buscar uma coerência e consistência quanto à proposta em questão, de forma a contribuir para o avanço do conhecimento.

Segundo Strauss e Corbin (2008) metodologia é a forma de pensar a realidade social e estudá-la. Para Demo (1985) metodologia é uma preocupação instrumental, sendo uma forma de se fazer ciência, cuidando dos procedimentos, das ferramentas e dos caminhos a serem seguidos. Para esse autor a metodologia pode ser vista basicamente em duas vertentes, relacionada à teoria do conhecimento e à sociologia do conhecimento.

A primeira se refere em “[...] transmitir uma iniciação aos procedimentos lógicos do saber, geralmente voltada para a questão da causalidade, dos princípios formais da identidade, da dedução e da indução, da objetividade etc”. Já a segunda vertente “[...] acentua mais o débito social da ciência, sem, no entanto desprezar a outra. Trata-se de uma acentuação preferencial, e por isso, não pode, em hipótese alguma, substituir a outra” (DEMO, 1985, p. 24). Neste trabalho adoto a segunda opção enquanto possibilidade de poder dialogar com diferentes áreas de conhecimento, buscando compreender um fenômeno social ao invés de procurar identificar uma causalidade que o justifique.

2.2 Segundo trecho: Ênfase no ser humano

Desenvolvo este trabalho adotando as características que compõem uma pesquisa, a saber, a definição do tipo de pesquisa e dos elementos epistemológicos, ontológico, teóricos e metodológicos (CRESWELL, 2010). Optei por seguir a perspectiva qualitativa. Esta pretende explorar e entender o significado que as pessoas ou os grupos sociais atribuem a um problema social ou humano. Assim, os dados são coletados no ambiente dos participantes e a análise construída a partir das particularidades, para os termos gerais, e as interpretações feitas pelo pesquisador, considerando os significados dos dados (CRESWELL, 2010).

O comportamento humano, além de complexo, segue uma perspectiva subjetiva, não podendo assim, ser descrito e muito menos explicado com base somente em suas características externas e objetivas (BOAVENTURA SANTOS, 2002). Uma síntese da

perspectiva da abordagem interpretativista é apresentada por Chevarria e Gomes (2013). Segundo os autores essas abordagens devem nortear a ação do pesquisador ao realizar os seus estudos.

Quadro 1. Pressupostos conceituais do paradigma construtivista-interpretativista

Ontologia	Epistemologia	Objeto de pesquisa	Entendimento da realidade	Validade
O indivíduo e a realidade são indivisíveis	O entendimento do mundo é intencionalmente construído a partir da experiência de vida do indivíduo	O objeto de pesquisa é interpretado com base nos entendimentos e experiências anteriores pessoais do pesquisador	A realidade é intencionalmente construída: interpretações do objeto de pesquisa alinham-se com a experiência de vida do objeto	As afirmações conceituais e teóricas defensáveis no contexto da realidade observada

Fonte: Chevarria e Gomes (2013, p. 6).

Esses autores destacam as características centrais da abordagem interpretativista, tais como: 1) O foco está nas construções subjetivas que buscam construir propósitos a partir da realidade de indivíduos e suas associações que compreendem as situações com base em suas experiências, memórias e expectativas; 2) A realidade seria construída e sistematicamente reconstruída com base nas experiências do observador, e possibilitariam interpretações dissonantes da realidade, pois trata do efeito dessas interações em uma situação específica; 3) Observa as formas como os indivíduos buscam compreender a realidade ao longo do tempo, tanto como um desdobramento natural da sua percepção da realidade e de si mesmo, quanto como resposta às formas possíveis de construção de sentido desta percepção; 4) [...] se preocupa, assim, com dois aspectos principais: (a) os princípios que regulariam como os indivíduos tomam consciência de si próprios e do mundo; e (b) como esses princípios reguladores são construídos e se desenvolvem ao longo do tempo; 5) [...] entende os atores sociais como indivíduos conscientes, e apoiados nas normas e regras sociais ao construir suas interações. Estes atores sociais interpretariam essas normas e regras conforme os contextos específicos em que são empregadas.

Por fim, o ponto de vista interpretativista entende que a ação humana é significativa, quando esta, possui certo conteúdo intencional que indica seu tipo de ação e/ou que o significado de uma ação pode ser compreendido apenas como o sistema de significados ao qual esta pertence. Dessa forma, para que uma determinada ação social seja entendida, é necessário que o pesquisador compreenda o significado que os atores sociais atribuem a ela (SCHWANDT, 2006).

A abordagem interpretativa pode ser classificada em três vertentes: 1) A sociologia fenomenológica; 2) A fenomenológica-hermenêutica; 3) A etnografia (CHEVARRIA; GOMES, 2013). Neste estudo, adoto a perspectiva fenomenológica, pois permitirá compreender o pensamento e os sentimentos das diferentes pessoas envolvidas. Em outras palavras, o enfoque à subjetividade, possibilitará analisar o que foi proposto pelo programa objeto da análise e a percepção das pessoas envolvidas com o mesmo.

2.3 Terceiro trecho: O pensar ontológico do ócio

A ontologia está centrada na discussão sobre a natureza humana, isto é, gira em como o ser humano é compreendido em determinada perspectiva filosófica e social. Dessa forma, a visão ontológica assumida pelo pesquisador deve ser coerente com a abordagem epistemológica, a qual influenciará diretamente a construção do seu olhar sobre o objeto investigado. Considerando essa questão, Triviños (1987) distingue duas correntes, o idealismo e o materialismo.

Segundo esse autor, essa diferenciação se refere quanto à definição da primazia entre o espírito e a matéria. Os que afirmam originalmente que a prioridade é o espírito – que considera a ideia, o pensamento, a consciência sobre a matéria – constitui o idealismo Filosófico; por outro lado, o inverso, compõe o pensamento materialista.

O idealismo acredita que o mundo externo e material é produzido pela mente ou pelas ideias, não podendo existir separadamente. Essa corrente se dividiu em duas, a objetiva e a subjetiva. Segundo Triviños (1987, p. 20) para o idealista subjetivo, a única realidade é a consciência da pessoa, o conjunto de suas sensações, vivências, estados de ânimo e ações.

A outra perspectiva, segundo Triviños, o idealismo objetivo, rejeita a ideia da primazia da consciência individual humana. Essa linha considera que a base primária da existência é a ideia suprema, a consciência objetiva do espírito absoluto. Conforme o mesmo autor, na Filosofia antiga, Platão, era seu principal representante; na modernidade, têm-se os filósofos Immanuel Kant, Friedrich Schelling e Georg Hegel, como principais interlocutores dessa corrente, que fundaram a perspectiva fenomenológica.

Ainda segundo Triviños, os idealistas – subjetivos e objetivos – resolvem o problema do primado afirmando que é o espírito, a ideia, o primeiro, e que o secundário é a matéria. Conforme Chauí (2011) o idealismo preconiza a existência de uma razão subjetiva que conduz a princípios e modalidades de conhecimentos universais e necessários ao homem, de forma atemporal e independente da cultura.

Se a opção do pesquisador for seguir a primeira corrente de pensamento, o idealismo, ele entenderá que há maior flexibilidade nas relações entre as práticas sociais, pois nessa linha, a pessoa é vista como protagonista na realidade social, podendo influenciar e ser influenciada pelo meio. Por outro lado, se a escolha for a segunda alternativa, de onde deriva a proposta marxiana do materialismo histórico dialético, o pesquisador irá assumir uma perspectiva social estruturalista. Neste trabalho assumo o posicionamento do idealismo objetivo, pois entendo ser mais coerente com a proposta que pretendo seguir.

Assumir o idealismo é compreender que a centralidade da vida do homem “é ele mesmo” e não o trabalho, conforme proposto por Karl Marx. O idealismo permite pensar no ócio como ontológico, isto é, enquanto mediador do homem consigo mesmo, com o outro e com o meio em que vive. Francileudo (2009, p. 65) assume essa mesma percepção ao declarar que “[...] Essa experiência ontológica de ser, faz crer que a pessoa transcende a si mesma e se torna parte de algo maior, ocorrendo mudança interior, crescimento profundo”.

Compreender a perspectiva do ócio como ontológico, é aceitá-lo como um fenômeno sociocultural, e, por conseguinte, como uma prática social atemporal, trazendo consigo como característica, um determinado comportamento humano que desencadeia ações e situações observadas no cotidiano. Essas práticas podem ser vivenciadas, por exemplo, no trabalho/emprego, artes, estética corporal, relações sociais. Portanto, constituem inúmeras ações culturais que são realizadas, sejam elas tradicionais, adaptadas, reproduzidas ou criadas pela dinamicidade e complexidade das relações sociais características de cada época e meio cultural onde está inserido. Assim, considerando essa complexidade e as características do ócio, a sua experiência pode ocorrer de forma híbrida/simultaneamente com alguma dessas atividades.

Essa perspectiva é assumida por Francileudo (2009, p. 60) ao relatar que “Trata-se de uma forma de ser, reafirma sua exclusão de marco temporal, podendo estar, sim, inclusa na vivência de trabalho. O ócio sendo uma negação do tempo não tem duração: é o presente, e quem o vive olha todas as coisas [...]”. Portanto, o ócio enquanto prática social é pautado na subjetividade e conhecimento cotidiano da pessoa, sendo um fenômeno consciente e meio de expressividade criadora do ser no mundo.

Enfim, aceitar o aspecto ontológico do ócio, é posicionar-se diante de uma visão de mundo, compreendendo-o como inerente ao ser humano, e de forma imbricada às experiências ligadas à própria vida em seus diferentes momentos sociais, realizados como fim em si mesmo, conforme os valores pessoais e culturais singulares.

2.4 Quarto trecho: A escolha epistemológica

O investigador deve demarcar qual concepção filosófica irá seguir em seu trabalho (CRESWELL, 2010), pois norteará como se dará a construção de conhecimento pretendida:

[...] de acordo com seu posicionamento diante do mundo e da própria ciência, o pesquisador contribui para a transformação ou manutenção do *status quo* da sociedade, por isso, mais importante que tentar manter-se neutro – partindo da concepção de que isso não é possível – é ser ético e deixar claro, tanto quanto possível, os valores sociais, políticos e ideológicos que perpassam a pesquisa. Cabe ressaltar aqui a importância de que o pesquisador conheça as possibilidades epistemológicas e epistemológicas existentes, sendo capaz de avaliar suas contribuições e limitações para a pesquisa, a fim de sentir-se seguro para defender suas escolhas perante aqueles que discordem de seu posicionamento (OLIVEIRA; PALAFOX, 2014, p. 437).

Triviños (1987) traz à discussão as três concepções epistemológicas mais utilizadas no âmbito da educação e das ciências sociais: o materialismo histórico dialético, o positivismo, e a fenomenologia. Como dito, o pesquisador deve buscar uma coerência quando da escolha ontológica e epistêmica ao realizar sua investigação.

Nessa perspectiva, segundo Japiassu (1979, p. 24), a epistemologia trata dos estudos e reflexões dos métodos científicos, realizando um “estudo crítico dos princípios, das hipóteses e dos resultados das diversas ciências”. Ainda segundo esse autor, a epistemologia divide-se em duas categorias: genéticas e não-genéticas.

Nas epistemologias genéticas, de acordo com Japiassu “[...] o conhecimento deve ser analisado de um ponto de vista dinâmico [...] ou diacrônico”; enquanto que nas epistemologias não-genéticas, “[...] o conhecimento é resultado de um ponto de vista estático ou sincrônico, quer dizer, em sua estrutura atual” (JAPIASSU, 1979, p. 36).

Dessa forma, neste trabalho, assumo a primeira perspectiva, por entender que o ócio se trata de uma vivência dinâmica e inerente ao ser, por conseguinte, permeado de uma subjetividade diacronicamente. Concomitantemente, adoto a perspectiva fenomenológica¹¹, por atender o alinhamento com a ontologia assumida, e por possibilitar desenvolver a interpretação do pensamento da pessoa investigada, em detrimento à concepção determinista da ciência positivista.

Todavia, adoto a fenomenologia não como método, mas, como proposta epistêmica, pois permite retomar o caminho qualitativo da existência, a redescobrir o sentido de existir do ser humano no mundo.

¹¹ No Brasil, os estudos do lazer que abordam essa vertente ainda são recentes (PUKE; MARCELLINO, 2014; RODRIGUES; LEMOS; GONÇALVES JÚNIOR, 2010; LIMA; PEREIRA; FRAGOSO, 2005).

Assim, a fenomenologia tem como objetivo o estudo da essência da percepção e da consciência do ser humano. Em outras palavras, investiga a descrição dos fenômenos humanos e seus significados, e não se preocupa em explicá-lo ou avaliá-lo (TRIVIÑOS, 1987). Segundo esse mesmo autor, “[...] a ideia fundamental, básica, da fenomenologia, é a noção de intencionalidade. Esta intencionalidade é da consciência que sempre está dirigida a um objeto. Isto tende a reconhecer o princípio que não existe objeto sem sujeito”. Portanto, essa vertente se detém na análise do puramente vivido ou experimentado, nos significados e na percepção do ser humano; quer dizer que tanto os objetos como os atos da consciência, sejam cognitivos, volitivos ou afetivos, são fenômenos passíveis de sua investigação.

2.5 Quinto trecho: O ócio como abordagem teórica

Opto em adotar a concepção teórica dos Estudos do Ócio, sobretudo, o que se refere às experiências de ócio, embora tenha usado a representação social do lazer para a realização das perguntas realizadas com os participantes. Para tanto, usei como recorte teórico referente aos Estudos do Lazer, as propostas basilares de dois dos seus principais expoentes no Brasil, a saber, Dumazedier e Marcellino (BERTINI, 2005).

Embora, reconhecendo que há avanços em determinados aspectos conceituais nessa área, por exemplo, quanto à discussão da relevância da ludicidade (GOMES, 2004; PINTO, 2004), bem como dos aspectos relacionados no seu entendimento quanto ao divertimento (DIAS, 2009), ou consumo (MASCARENHAS, 2005). Contudo, ainda é inegável a grande repercussão das contribuições daqueles sociólogos, quanto ao entendimento desse campo de conhecimento.

Assim, optei por apresentar minhas considerações quanto ao lazer tendo em vista as características seminais propostas por Dumazedier (1979) e Marcellino (1987). Todavia, tal escolha não se baliza por questões de juízo de valor, pois há semelhanças e especificidades entre ambas as linhas – ócio e lazer. Considero que a primeira linha de pesquisa é mais pertinente considerando a problematização e objetivo assumido neste trabalho, bem como por maior identificação pessoal deste pesquisador com essa proposta.

Grosso modo, os principais motivos elencados a essa escolha, estão relacionados à concepção filosófica, ontológica e teórica assumida pelos Estudos do Ócio. Entender o ócio como uma experiência que reside na pessoa, podendo estar presente inclusive no trabalho (FRANCILEUDO, 2009; RHODEN, 2008), e não na atividade, foi um importante diferencial

percebido – ainda que Marcellino (1987) apresente a questão da subjetividade envolvendo a atitude pessoal em meio à prática do lazer.

Em síntese, a questão da subjetividade está presente tanto no ócio quanto no lazer. Contudo, Rhoden (2009, p. 1238) alega que, “[...] que as mesmas atividades podem ter significados variados, para pessoas diferentes, assim como as mesmas pessoas em diferentes situações têm experiências distintas”. No entanto, o lazer vincula essas vivências necessariamente aos aspectos tempo-espaço. Na perspectiva do ócio, como dito, suas experiências podem acontecer em qualquer tempo social¹² (MARTINS; 2013a, b; AQUINO; MARTINS, 2007), enquanto o lazer se limita ao tempo livre (DUMAZEDIER, 1979), ou ao tempo disponível (MARCELLINO, 1987).

Nessa perspectiva, o aporte teórico que norteia os Estudos do Ócio, sobretudo, advindo da Psicologia Social (TINSLEY; TINSLEY, 1986; NEULINGER, 1974), permite caracterizar o ócio como uma prática psicossocial, difere-se, sobretudo, a perspectiva sociológica do lazer enquanto uma atividade utilitarista realizada no tempo livre (BERTINI, 2005).

Essas, entre outras especificidades, evocam pensar a temática apresentada de maneira ampliada, seguindo um olhar transversal, podendo, assim, contribuir na construção de novos conhecimentos.

2.6. Sexto trecho: As estratégias adotadas

Segundo Lakatos e Markoni (2003) essa pesquisa caracteriza-se como sendo um estudo de campo – se insere no tempo e lugar onde ocorre o fenômeno estudado; exploratória – busca realizar um estudo aprofundado e exaustivo de uma área pouco conhecimento empiricamente sistematizado; descritiva – exporá características de determinada população ou determinado fenômeno; transversal – realizada em apenas um momento de intervenção temporal. Quanto ao uso dos meios, adotei uma revisão bibliográfica – consulta analítica de material publicado em diferentes formatos: periódicos, teses, dissertações, livros; documental

¹² Munné (1980) classifica a divisão do tempo social em quatro categorias: 1) O tempo psicobiológico referindo-se as necessidades biológicas do ser humano, onde é incorporado o tempo do sono, alimentação entre outras necessidades básicas e condicionadas individualmente; 2) O tempo socioeconômico, aquele dedicado as atividades que são fontes geradoras de renda, sendo praticamente em sua totalidade um tempo heterocondicionado; 3) O tempo sociocultural trata da sociabilidade da pessoa; esse tempo pode ser tanto autocondicionado quanto heterocondicionado havendo a possibilidade de equilíbrio entre ambos. Por fim o tempo livre que é aquele que ocorre sem que seja necessária uma intervenção ou motivação externa e o uso desse tempo é percebido com total liberdade sendo ele autocondicionado.

– análise de leis, decretos e atos normativos que tratam de assuntos relacionados com o objeto de pesquisa investigado.

Considerando a proposta deste trabalho, segundo Triviños (1987) foi realizado um estudo de caso, do tipo descritivo, pois priorizou o entendimento da subjetividade e interpretação da percepção das pessoas envolvidas na análise de um fenômeno em determinado contexto. Conforme Yin (2001) essa modalidade de estudo é uma estratégia de pesquisa que compreende um método que abrange abordagens específicas de coletas e análise de dados. Ainda segundo esse autor, esse método é útil quando o fenômeno a ser estudado é amplo e complexo e não pode ser estudado fora do contexto onde ocorre naturalmente.

A inserção no campo ocorreu quando da obtenção da carta de anuência concedida pela Gerência de Assistência à Saúde (GEAS), órgão que coordena as ações no PAC-BH. Posteriormente, entrei em contato com a Gestão Central do PAC-BH, que me liberou para visitar os polos a partir de 22 de dezembro de 2015.

Assim, o trabalho de campo ocorreu durante os meses de janeiro e meados de fevereiro de 2016. A definição do polo do PAC-BH foi intencional, estando o mesmo localizado na regional administrativa do Barreiro. O critério de seleção do polo era que o mesmo deveria estar pelo menos um ano em funcionamento, e que os profissionais que nele atuasse, deveriam ter o mesmo período de intervenção no local. Quanto à escolha dos participantes, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: 1) Gestão: em nível de supervisão/coordenação de polos; um profissional que conheça os aspectos históricos e operacionais do programa, que esteja nele engajado, há pelo menos um ano; 2) Profissionais de Educação Física: que estivessem atuando no mínimo há um ano no programa; 3) Usuários¹³: que estivessem regularmente frequentes no programa no mínimo há seis meses¹⁴.

Ao adotar tais critérios, o intuito foi analisar de forma mais adequada a apropriação por parte dos alunos das vivências oferecidas pelo referido programa. Esperava que os alunos já tivessem uma assimilação da proposta apresentada pelo programa, podendo compreender as questões elencadas nas entrevistas.

Estabelecidas essas questões preliminares, a definição do número de participantes – de ambos os sexos – seguiu a proposta da técnica de saturação dos dados (STRAUSS;

¹³ Usuários é o termo adotado pelo SUS ao se referir às pessoas que utilizam dos serviços prestados pelo sistema. Todavia, optei por usar o termo aluno(s) neste trabalho, por entender que a relação identificada entre o cidadão e os profissionais que atuam no programa, extrapola a simples conotação de usuário, estabelecendo uma relação de ensino-aprendizagem quanto aos aspectos formativos desenvolvidos no programa.

¹⁴ Weinberg e Gould (2001) alegam que há diferentes níveis de manutenção quanto à prática de atividades físicas, sendo que entre três e seis meses de prática ininterrupta, ocorre a formação de um novo hábito, minimizando as chances da pessoa de abandonar a atividade.

CORBIN, 2008). A saturação designa o momento em que o acréscimo de dados e informações em uma pesquisa não altera a compreensão do fenômeno estudado. Para tanto, é estipulado um critério pelo pesquisador que permite estabelecer a validade de um conjunto de observações para determinar quando parar com a coleta dos dados.

A inserção das pessoas na pesquisa se deu mediante um convite realizado pelo pesquisador em visitas durante os diferentes dias e horários que ocorreram as aulas no polo. Importante ressaltar que os procedimentos para a realização da pesquisa seguiram as recomendações éticas da resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), quanto à participação de seres humanos. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado de Minas Gerais¹⁵, protocolo CAAE 53800316.4.0000.5525; Número do Parecer: 1.548.799 (ANEXO A). Os participantes da pesquisa também assinalam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

2.7 Sétimo trecho: As técnicas adotadas na coleta de dados

Adotei duas técnicas como procedimentos para a coleta dos dados: a entrevista em profundidade e a observação não participante. A primeira consistiu em um roteiro semiestruturado de entrevista para os participantes e profissionais (APÊNDICES B e C, respectivamente), contendo dados sociodemográficos e de questões abertas relacionadas ao objeto de estudo. As dimensões analisadas foram: 1) Gestão – Aspectos organizacionais, técnica (operacional e didática); indicadores sobre a promoção da saúde e da qualidade de vida. 2) Profissionais de Educação Física – Técnica (operacional e didática); indicadores sobre a promoção da saúde e da qualidade de vida. 3) Alunos – Técnica (análise de desempenho do PAC-BH); percepções sobre a promoção da saúde e da qualidade de vida; mudança de comportamento (relação ao ócio e atividade física).

O uso de entrevistas permite identificar as diferentes maneiras de perceber e descrever os fenômenos. Especificamente, o objetivo da entrevista em profundidade está relacionado ao fornecimento de elementos para compreensão de uma situação ou estrutura de um problema, a partir de um quadro conceitual previamente caracterizado. Assim, a entrevista como técnica de pesquisa exige a elaboração e explicitação de procedimentos metodológicos

¹⁵ Em virtude de problemas operacionais internos à Plataforma Brasil e o Comitê de Ética e Pesquisa da UEMG, houve um atraso quanto ao envio da proposta de análise do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, como coparticipante. Até o presente momento essa situação não havia sido resolvida. Todavia, como já havia a liberação da Secretaria Municipal de Saúde para a realização da pesquisa, por meio da carta de anuência (ANEXO B), conduzir a coleta dos dados normalmente.

específicos: o marco conceitual no qual se origina os critérios de seleção das fontes, os aspectos de realização e o uso adequado das informações são essenciais para dá validade e estabelecer as limitações que os resultados apresentarão (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A entrevista em profundidade se caracteriza pela flexibilidade e por explorar ao máximo determinado tema, exigindo um dinamismo do entrevistado. Para Triviños (1987, p. 146), o roteiro de entrevista tem origem em uma matriz, questões-guia, de acordo com o interesse de pesquisa. Ademais, "[...] parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, e, que, em seguida, oferecem amplo campo de questões interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante" (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

Para a elaboração do roteiro de entrevistas foi adotado como ponto inicial de reflexão as pesquisas realizadas por alguns autores que se propuseram a analisar a efetividade de programas governamentais de atividade física no país (BRASIL, 2011). Os dados apresentados pelos autores permitiram identificar o foco de seus objetivos em relação ao conceito de efetividade adotado em seus trabalhos. Ao analisar os estudos, identifiquei de modo geral, um enfoque da avaliação dos programas quanto aos aspectos relacionados à eficiência e/ou à eficácia e, não propriamente dito à efetividade, tão pouco, as experiências vivenciadas.

Em virtude da dinamicidade do processo, como dito, o roteiro exige poucas questões, mas suficientemente amplas para serem discutidas em profundidade sem que haja interferências entre elas ou redundâncias. As entrevistas foram gravadas por meio de áudio e posteriormente transcritas – digitalizadas para um editor de textos – para melhor análise das informações. Essas foram analisadas tendo como referência os pressupostos teóricos adotados sobre os parâmetros da avaliação de desempenho – eficácia, eficiência e, sobretudo, a efetividade.

Além do procedimento de entrevista, também foi usado o procedimento de observação não participante. Segundo Lakatos e Markoni (2003) esse procedimento tem caráter sistemático, consciente, dirigido e ordenado para um fim determinado; possibilitando ao pesquisador ter um contato direto com a comunidade, grupo ou realidade estudada, mas sem integrar-se a ela. Em outras palavras, presencia o fato, mas não participa dele, fazendo apenas o papel de espectador.

As observações foram feitas ao longo de duas semanas. As turmas são divididas em dias e horários distintos, as quais foram denominadas em A e B. Turma A, com aulas nas segundas, quartas e sextas feiras; turma B, às terças e quintas feiras, mais aos sábados. As

aulas têm a duração de uma hora, e acontecem nos seguintes horários: 7:00 às 8:00 horas; 8:00 às 9:00 horas; 9:00 às 10:00 horas; 11:00 às 12:00 horas. Escolhi por conveniência dois horários de aulas para cada turma (A e B): 8:00 às 9:00 horas e de 9:00 às 10:00 horas. Assim, realizei 12 observações ao total; sendo três observações por turma e por horário.

2.8 Oitavo trecho: Análise dos dados

Como técnica de interpretação das informações, adotei a análise crítica do discurso (ACD), mais especificamente a abordagem sociocognitiva, proposta por Van Dijk (2012, 2004). Esta se propõe a estudar a linguagem como prática social, e, para isso, considera o papel crucial do contexto em que se dá o discurso. Esse tipo de análise se interessa pela relação que há entre a cognição+discurso+sociedade. Essa técnica se ocupa fundamentalmente de realizar análises que dão conta das relações de dominação, discriminação, poder e controle, na forma como elas se manifestam por meio da linguagem.

Para esse autor, a ACD estabelece múltiplos pontos de contato da linguagem, isto é, uma relação explícita entre discurso e sociedade por uma interface cognitiva de modelos mentais pessoais e sociais, como conhecimentos e ideologias, transmitidas por meio da prática social discursiva, tendo como pano de fundo determinada ideologia. Esta no entendimento desse autor é uma forma de cognição social.

Em outras palavras, a ideologia é vista como uma estrutura cognitiva complexa que controla a formação, transformação e aplicação de outros tipos de cognição social, tais como o conhecimento, as opiniões, as posturas e de representações sociais¹⁶ (VAN DIJK, 2012). A incorporação de uma ideologia não se dá somente pelos interesses objetivos de cada grupo ou classe social, mas pode excedê-los. O autor percebe que a ideologia tem em sua base o que denomina de “estruturas ideológicas” e estão diretamente ligadas a alguns parâmetros como poder, controle mental e social.

Quanto a abordagem ideológica impregnada em cada discurso social, Tassara e Damergian citam uma importante observação feita por Erich Fromm a respeito do uso do aspecto ideológico, midiático e econômico, para obter o controle social, “[...] cada sociedade cria uma espécie particular de pensamento, ou seja, uma espécie particular de inconsciente

¹⁶ Van Dijk adota o conceito de representações sociais elaborada por Moscovici (1978). Esta tem como objetivo compreender os fenômenos do homem a partir de uma perspectiva coletiva, sem perder de vista a individualidade. Para tanto, Moscovici busca estabelecer uma relação com as simbologias sociais, tanto no nível de macro como de micro análise. Em outras palavras, como se dão as diversas interações simbólicas desenvolvidas no ambiente social e nas nossas relações interpessoais. Dessa forma, esses símbolos influenciam a construção do conhecimento cultural compartilhado.

social, necessário para a sua sobrevivência e funcionamento [...]” (TASSARA; DAMERGIAN, 1996, p. 304. Esse comentário chama a atenção sobre a influência que as mídias exercem sobre o discurso social, inclusive sobre a vivência da atividade física.

Em detrimento dessa realidade, se faz necessário o desenvolvimento de um pensamento crítico para compreender essa estratégia. Entendo que as “teorias dominantes” do lazer e da epidemiologia da atividade física, seguem um discurso forjado na perspectiva apontada por Fromm e, também abordada por Mascarenhas (2005), Veiga e Deister (2008), Rhoden, Martins e Pinheiro (2013) ao discutirem sobre a questão mercadológica do lazer, tendo a atividade física atrelada ao mesmo.

Essa teoria hegemônica contribui para a propagação de um discurso que remete à formação de um ideário da atividade física, enfatizando, sobretudo, enquanto objeto de “consumo de saúde” e estético. Em virtude dessas considerações, considero que a abordagem da ACD, permite um olhar diferenciado e ampliado para discutir a proposta deste trabalho.

2.9 Nono trecho: Adversidades no caminho

A proposta inicial do projeto de pesquisa tinha como o objetivo geral investigar a efetividade do programa Academia da Cidade, considerando a percepção dos diferentes atores envolvidos no processo (gestores; profissionais de Educação Física; usuários, ex usuários e não usuários), como prevê a abordagem original da avaliação de desempenho da efetividade, ou seja, os públicos internos e externos ao programa. Todavia, com a inserção ao campo, juntamente com a análise dos resultados iniciais obtidos, reavaliei juntamente com o meu orientador, a elaboração de uma nova abordagem a ser seguida na condução do trabalho – realizei entrevistas com todos os públicos inicialmente pretendidos. Isso ocorreu mediante as inúmeras variáveis envolvidas, criando uma complexidade que extrapolaria as intenções e limitações peculiares a este trabalho.

Outro motivo que justifica essa mudança foi o fato da identificação pelos dados empíricos de semelhança das respostas, sobretudo, quanto aos aspectos relacionados à compreensão do lazer e a saúde, dos diferentes atores envolvidos – usuários, ex usuários e não usuários –, embora identificado algumas nuances, não contribuiriam de maneira relevante para compreender o fenômeno estudado, aumento apenas o volume das análises.

3 SOBRE O ÓCIO: ALGUNS ESCLARECIMENTOS CONCEITUAIS

A partir dos anos 2000, os Estudos do Ócio tem despertado a atenção de pesquisadores no Brasil, agregando valor aos conhecimentos elaborados pelos Estudos do Lazer. A primeira área, em consolidação, tem como principal fomentador, o educador espanhol Manuel Cuenca. Este é vinculado à Universidade de Deusto/Espanha, e tem produzido reflexões filosóficas e teóricas sobre o que nomeou como ócio humanista, desde o final da década de 1980, tendo como inspiração os pensamentos de Aristóteles. A proposta apresentada por Cuenca é um convite a pensar os fenômenos sociais que se relacionam com o ócio a partir da perspectiva do desenvolvimento humano.

Por sua vez, o lazer de acordo com Gomes e Rejowski (2005) enquanto objeto de estudo acadêmico, tem seu início após a Primeira Guerra Mundial quando do reconhecimento do direito ao tempo livre pelos trabalhadores. Segundo essas autoras, isso ocorre quando alguns pesquisadores sociais àquela época, estipularam um planejamento científico à investigação das brincadeiras e da recreação dos trabalhadores. Especificamente no Brasil, de maneira mais contundente, somente na década de 1970, por meio da influência do sociólogo francês Joffre Dumazedier, e iniciativas realizadas pelo Serviço Social do Comércio, impulsionaram essa área como campo de conhecimento.

Tendo em vista essas questões, o objetivo deste capítulo, dividido em suas seções, é apresentar esclarecimentos conceituais sobre o ócio. Na primeira seção, discorro sobre algumas semelhanças e especificidades existentes entre as áreas dos Estudos do Ócio e Estudos do Lazer, visando dirimir incompreensões. No entanto, não tenho a intenção de esgotar o assunto. Na segunda parte abordo sobre o conceito e as características das experiências de ócio que balizam as discussões sobre o objeto de estudo deste trabalho.

3.1 Ócio e lazer: semelhanças e especificidades

O Quadro 1, apresenta um recorte de alguns aspectos que considero importantes serem contemplados, conforme o objetivo da seção. Certamente outros poderiam ser discutidos, todavia, excederiam o escopo traçado. Ademais, conforme cada aspecto apresentado, faço de forma sucinta, um paralelo quanto ao que considero como características similares ou específicas entre as áreas. Contudo, o intuito não é estabelecer um determinismo ou uma (des)qualificação de uma área em detrimento da outra. Pois compreendo que podem se complementar na investigação dos fenômenos sociais.

Quadro 2. Semelhanças e especificidades sobre o ócio e lazer

VARIÁVEIS	ÓCIO	AUTORES	LAZER	AUTORES
Concepção	Filosófica	Cuenca (2000)	Sociológica	Dumazedier (1973); Marcellino (1987)
Ontologia	Inerente ao ser humano	Francileudo (2009)	-----	-----
Epistemologia	Fenomenologia	Francileudo e Martins (2016); Rhoden (2009); Cuenca, 2000)	Positivismo ¹⁷	Dumazedier (1973)
Temporalidade	Atemporal	Cuenca (2000); Rhoden (2009)	Tempo livre, tempo disponível	Dumazedier (1973); Marcellino (1987)
Categorização	Autotélico, exotélico, ausente, nocivo	Cuenca (2000)	Romântica, moralista, utilitária, compensatória	Marcellino (1987)
Dimensões	Criativa, lúdica, ambiental, solidária, festiva	Cuenca (2000)	Prática/Conteúdos culturais: físico/esportivo, social, artístico, manual, intelectual, turístico, virtual	Dumazedier (1973); Camargo (1980); Schwartz (2003)
Tipos	Estado e Experiência	Rhoden (2009)	Lazer, Semilazer	Dumazedier (1973)
Foco	Experiência	Cuenca (2000)	Tempo-atitude	Dumazedier (1973); Marcellino (1987)
Objetivo	Desenvolvimento humano	Cuenca (2000); Rhoden (2009)	Descanso, divertimento, desenvolvimento	Dumazedier (1973)
Características	Vivências psicologicamente complexas e intencionais	Rhoden (2009)	Divertimento: enfoque no mercado/consumo	Mascarenhas (2005)
Atributos	Percepção de liberdade, Motivação Intrínseca, Satisfação	Monteagudo <i>et al.</i> (2013) Cuenca (2000)	Percepção de liberdade, hedonismo, desinteressado, pessoal	Dumazedier (1973)
Axiologia	Construtivo	Cuenca (2000)	Construtivo ou nocivo	Dumazedier (1973); Marcellino (1987) Rojek (2009)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Início abordando sobre a concepção que norteia cada área. A perspectiva do ócio humanista proposta por Cuenca tem por base as reflexões feitas pelo filósofo Aristóteles, para quem o ócio era o princípio da virtude, uma vez que ele se volta para alcançar o fim supremo do homem, a felicidade (CUENCA, 2016, 2014).

O autor relata que ócio clássico¹⁸ foi uma realidade que promoveu o desenvolvimento de aspectos fundamentais para a formação humana, do conhecimento e da

¹⁷ Ressalto que há diferentes correntes teóricas que estudam o lazer por vieses epistemológicos distintos, o positivismo é um deles (DIAS, 2010).

educação. Pois em sua essência, essa perspectiva tinha o ócio como ação humana não utilitária. Assim, pela busca do desenvolvimento da alma se alcançaria a sua mais alta e distinta nobreza, a felicidade, atribuindo ao homem inteligência e liberdade (CUENCA, 2016). Assim, para Cuenca (2016, p. 10), “[...] o ócio é um ideal e não apenas uma ideia, é uma forma de ser, uma condição humana que é desejada, mas pouco alcançada”.

Rhoden (2009) entende o ócio como vivência que não se encontra na atividade, mas, sim, na subjetividade. Monteagudo *et al.* (2013) relatam que é a subjetividade que aproxima as pessoas do ócio, pois apresenta uma materialidade na forma de ser e de estar no mundo conforme as circunstâncias envolvidas. Portanto, trata de uma disposição desejável, que possibilita o espírito de curiosidade e interesse, funcionando como agente catalisador entre o comportamento e a ação vivenciada.

Ademais, o ócio enquanto prática social centrada na subjetividade e conhecimento cotidiano da pessoa, não se apresenta de forma linear e causal, mas está imbricado de maneira dinâmica e complexa com os demais fenômenos sociais, independente dos tempos sociais. Seguindo essas características, Cuenca conceituou o ócio como:

[...] uma experiência integral da pessoa e um direito humano fundamental. Uma experiência humana complexa, (direcional e multidimensional) integral, isto é, centrada nas atuações queridas (gratuito, satisfatórios), autotélica (com um fim em si) e pessoal (individual e implicações sociais) (CUENCA, 2006, p. 14). (Tradução nossa).

Conforme a visão humanista, Cuenca (2000) considera o ócio como fenômeno psicossocial, objetivando promover o autoconhecimento, e também, o reconhecimento do outro. De acordo com Rhoden (2009) essa visão aborda a autorrealização como foco, colocando o ócio em posição de estruturador e afirmador do ser humano, tirando-o totalmente de uma concepção utilitarista. Segundo essa autora, o ócio humanista tem como objetivo extrair do homem o máximo do seu potencial, colocando-o em uma posição de protagonista da sua própria história, agindo em sua personalidade e autoestima.

Conforme Monteagudo *et al.* (2013) o ócio se distingue do simples entretenimento ou diversão – embora, estes sejam totalmente lícitos em suas vivências – pelo grau de envolvimento positivo, com o esforço, empenho e a constância com que pessoa se envolve em

¹⁸ Essa modalidade de ócio, embora sirva de inspiração para Cuenca, não é adotada integralmente pelo autor. Os gregos tinham uma concepção segregacionista e preconceituoso. Pois como somente os homens livres tinham o direito ao ócio, caracterizasse, portanto, em dar tratamentos diferentes a pessoas pertencentes a outras origens, porém, que vivem em um mesmo país. Por sua vez, por discriminar o trabalho braçal, que era visto como demérito a todo aquele que se dedicava à buscar da evolução da mente pelo pensamento, era realizado somente pelos escravos. O ócio humanista incorpora os princípios democráticos, compreendendo o ócio como direito universal, com foco no desenvolvimento humano em sua integralidade.

uma vivência. Dessa forma, a vivência do ócio é psicologicamente mais complexa, atuando como fator de desenvolvimento pessoal, pois exige “[...] introspecção, reflexão, ação empenhada, consistência, formação em termos de aquisição de competências e habilidades” (MONTEAGUDO *et al.* 2013, p. 163).

Quanto ao lazer, Bertini (2005) relata que a proposta predominante no Brasil é a concepção do lazer enquanto surgimento a partir da Revolução Industrial, bem como segue uma linha hegemônica, advinda das ideias de autores Dumazedier (1979) e Marcellino (1987). Dessa forma, o lazer tem sua centralidade no tempo do não trabalho, isto é, no tempo livre das obrigações sociais. Esse tempo foi conquistado por meio de lutas entre operários e a classe patronal no final do século XIX. Como resultado dessas reivindicações, houve o reconhecimento de benefícios que repercutiram no ganho de alguns direitos trabalhistas, redução da carga horária diária, repouso remunerado, férias, aposentadoria.

Gomes e Rejowski (2005) relatam que o sociólogo francês Joffre Dumazedier participou de um estudo empírico internacional realizado entre alguns países europeus nas décadas de 1950 e 1960, o qual lhe possibilitou elaborar uma tese sobre o lazer. Vale ressaltar que esse sociólogo adota um viés funcionalista do lazer, portanto, seguindo uma proposta epistemológica distinta ao ócio.

O lazer como fruto de conquistas sociais, isto é, vinculado inicialmente ao tempo do não trabalho, improdutividade, serve como forma de recuperação das energias psicofisiológicas para retornar ao trabalho (AQUINO; MARTINS, 2007). Dumazedier (1973, p. 34) conceituou o lazer como:

[...] um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se ou ainda, para desenvolver sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais.

Nos anos de 1980, o sociólogo brasileiro Nelson Marcellino, propôs suas reflexões sobre o lazer, a partir do campo educacional, formulando o seu conceito sobre a temática:

“[...] como a cultura compreendida no seu sentido mais amplo, vivenciada (praticada ou fruída) no tempo disponível (MARCELLINO, 1987, p. 31).

Ainda no cenário nacional, autoras brasileiras como Gomes e Pinto (2009), tecem alguns comentários sobre o lazer. As autoras entendem-no como uma dimensão da cultura construída socialmente a partir de três elementos inter-relacionados: a) Tempo-espço: corresponde ao usufruto do momento presente e não se limitando aos períodos

institucionalizados – final de semana, férias –, que vão além do espaço físico; por ser um local do qual os sujeitos se apropriam no sentido de transformá-lo em ponto de encontro – consigo, com os outros e com o mundo – e de convívio social; b) Manifestações culturais: conteúdos vivenciados como fruição da cultura, sejam como possibilidade de diversão, de descanso ou de desenvolvimento; c) Ações: fundadas no lúdico, este, entendido como expressão humana de significados da/na cultura referenciada no brincar consigo, com o outro e com a realidade,

Quanto ao aspecto ontológico, Francileudo (2009), Francileudo e Martins (2016), entendem que o ócio é inerente ao ser humano. Todavia, por já ter discorrido ainda que de maneira breve sobre esse aspecto no segundo capítulo, não me detenho nessa discussão. Por sua vez, o lazer sendo compreendido a partir do tempo livre surgido como conquista da classe operária, não deixa claro, a meu ver, qual seria a sua concepção ontológica.

No que diz respeito à abordagem epistemológica, o ócio segue uma perspectiva fenomenológica, ressaltando a subjetividade das vivências, como também já apresentado no capítulo anterior. No entanto, o lazer entendido como fenômeno moderno, tendo suas raízes compreendidas pelo não trabalho, bem como a sua construção como campo de conhecimento, segue uma perspectiva sociológica positivista, segundo Dumazedier. Gomes e Rejowski (2005, p. 9) resgatando o início da constituição acadêmica do lazer, apontam a institucionalização do *Journal of Leisure Research* em 1969, com um viés empírico e positivista com enfoque nos países anglo-saxões fora da Grã-Bretanha, como os Estados Unidos, Canadá, Austrália, Nova Zelândia.

Considerando o aspecto referente à temporalidade, isto é, quando se vivencia o ócio ou o lazer, Rhoden (2002) apresenta três formas mais comumente reconhecidas no meio acadêmico em que o ócio é compreendido: 1) Como categoria de atividade: é a prática de uma atividade social e culturalmente entendida como recreação, esporte, arte, turismo, etc. Denota que obrigatoriamente quando uma pessoa esteja praticando uma dessas atividades, seja considerado como lazer, o que necessariamente pode não ser verdadeiro; 2) Como um espaço de tempo na vida: o lazer só é possível quando realizado em um tempo específico, tempo livre ou disponível, isto é, diferente do tempo de trabalho e/ou das tarefas familiares, sociais, políticas. Nessa concepção, o lazer se opõe ao trabalho, exigindo uma delimitação temporal e espacial destinada a sua realização; 3) Como experiência humana de caráter pessoal e subjetivo: com características psicológicas que a definem e a diferenciam enquanto fenômeno psicossocial, portanto, enquanto uma experiência de ócio.

Ainda conforme a autora em tela, a última concepção não colide totalmente com as apresentadas anteriormente, mas, as complementam e ampliam consideravelmente o

entendimento do que é ou pode vir a ser o ócio. Grosso modo, em termos concretos, a distinção do ócio em relação ao lazer, é que a proposta do primeiro, entende que ele sempre existiu, e que o tempo e as vivências realizadas são variáveis que interferem, mas, não o define, e nem o determina (CUENCA, 2016).

Considerando a perspectiva do ócio na contemporaneidade, enquanto fenômeno psicossocial, Cuenca (2003) estabelece quatro categorias de análise, conforme os valores e atitudes, significados e sentidos atribuídos por cada pessoa ao vivenciá-lo: Exotélico, ausente, nocivo, autotélico.

O ócio exotélico apresenta como principal característica para a sua vivência a motivação extrínseca, ou seja, a pessoa se apoia em objetivos externos que estão para além do que a vivência oferece em sua essência. Por exemplo, fazer atividade física não por que gosta, mas com objetivo de perder peso, por questões de prevenção do acometimento de alguma doença, estéticas. A pessoa pode até ter escolhido determinada vivência de ócio de forma livre e espontaneamente, todavia, a sua satisfação não está nela propriamente dito.

O ócio ausente ou passivo consiste em uma vivência que busca um fim externo, e que, além disso, possui uma característica própria em relação à percepção negativa do tempo, ou seja, de querer preenchê-lo; como também está associado à alienação que algumas vivências propiciam. Por sua vez, o ócio nocivo perpassa por questões axiológicas, percepções que as vivências podem gerar consequências danosas para a pessoa ou para a sociedade. Por fim, a outra categorização do ócio, é o autotélico, este entendido por Cuenca, como a verdadeira vivência do ócio.

Em relação às categorias do lazer, Marcellino (1987) discorre sobre suas abordagens funcionalistas: 1) Romântica – marcada pelos valores sociais tradicionais. Corresponde a nostalgia, de práticas que ocorreram, remetendo às memórias agradáveis; 2) Moralista – valor construtivo para a tranquilidade, a ordem e a segurança social; 3) Compensatória – Tem como objetivo compensar a insatisfação, a alienação promovida pelo trabalho e, restaurar a dignidade humana; 4) Utilitarista – visa oferecer a recuperação psicobiológica do trabalhador para aumentar a produtividade.

Em síntese, ainda segundo o autor, a visão funcionalista do lazer busca promover: paz social; manutenção da ordem; suportar as imposições obrigatórias ao trabalhador; ocupação do tempo livre em atividades equilibradas, socialmente aceitas e moralmente corretas.

Considerando as dimensões que permeiam o ócio autotélico, Cuenca (2003) classifica-o em cinco: lúdica; festiva; criativa; solidária; ambiental-ecológica. A primeira está

relacionada ao relaxamento e diversão, com objetivo de “fuga da realidade” cotidiana, e para equilibrar as funções mentais e físicas. Portanto, ligado à regeneração da homeostase e do descanso, bem como da interação com os jogos e atividade física, que têm como objetivo promover a interação social e o autoconhecimento da pessoa.

A dimensão festiva está relacionada ao entretenimento, à alegria durante um evento, por exemplo, sagrado-religioso, sociocultural. Esse momento propõe um ambiente de bom humor, de liberdade, com caráter de não produtividade. Na festa acontecem atividades como canto, música e dança, sendo momentos de manifestação da identidade e solidariedade da comunidade.

O momento da interação do ócio com a cultura, proporcionando uma formação, reflexão e crescimento pessoal, caracteriza a dimensão criativa. Nela se identifica a possibilidade de liberdade de ação e escolha, promovendo a satisfação pela intencionalidade da ação ativa com a experiência. Portanto, trata de uma atitude consciente e ativa, estando relacionada à autorrealização, aprendizagem e formação da pessoa. Enfim, refere-se a uma dimensão criativa e gratificante, possibilitando o desenvolvimento pessoal e, um sentimento de alegria.

A dimensão ecológico-ambiental é um contato direto com a natureza que permite o desenvolvimento de uma sensibilidade, aproximação com a beleza peculiar e, um momento de contemplação. Essa experiência dar-se em meio a locais que aproximam as pessoas da essência do equilíbrio da vida com a natureza, trazendo um sentimento de paz, equilíbrio interior, permitindo o (re)encontro do homem consigo e com o meio ao seu redor.

Por fim, Cuenca, cita a dimensão solidária ou de voluntariado. Esta se relaciona com uma experiência altruísta e social do ócio e, ao mesmo tempo em participar de atividades desprendidas do egoísmo, ou seja, deixa de ser centrado em vivências que realizamos para o próprio sentimento de satisfação pessoal. Dessa forma, tem o intuito promover uma ajuda às pessoas que estão precisando de auxílio; seria o exercício de uma responsabilidade social.

Essas dimensões entendidas enquanto práticas sociais assumem um caráter subjetivo imbricado ao cotidiano da pessoa. Portanto, relaciona-se de maneira dinâmica com os demais fenômenos e tempos sociais. Diante da complexidade assumida por um fenômeno sociocultural, não é tão simples compreendê-lo em sua totalidade. Assim, o pesquisador deve considerar as variáveis intrínsecas à pessoa – personalidade, faixa etária, sexo, etnia, vivências prévias, valores –, bem como as variáveis extrínsecas – período histórico, cultura familiar e/ou local, fatores geográficos e ambientais, aspectos socioeconômicos, ideologia, política – para buscar compreender o ócio enquanto componente desse fenômeno.

Diferentemente ao ócio, nos Estudos do Lazer vincula-se o lazer a uma prática realizada em um tempo livre ou disponível, portanto, condicionado ao tempo. A área usa o termo, “conteúdos culturais do lazer”. Tendo em vista essa abordagem, se o lazer é uma dimensão da própria cultura, ele não pode ter nenhum tipo de “conteúdo específico”, pois está inserido nela. Assim, identifica-se um pleonasma, “lazer enquanto cultura”, ora, tudo o que se faz denota obrigatoriamente uma atividade cultural. Entendo que o adequado fosse utilizar o termo, conteúdos culturais como lazer.

A literatura dos Estudos do Lazer no Brasil aponta atualmente sete dimensões/conteúdos do lazer, propostas por alguns autores: Dumazedier: 1) Físico-esportivos; 2) Manuais; 3) Artísticos; 4) Intelectuais; 5) Sociais; por Luiz Camargo: 6) Turístico; por fim, o elaborado por Gisele Schwartz: 7) Virtual, promovido pela informatização e mídias sociais.

Os Estudos do Ócio apresentam alguns atributos essenciais que caracterizam a vivência do ócio autotélico, diferenciando-o dos demais tipos correlatos, como a percepção da liberdade, motivação intrínseca e a satisfação (FRANCILEUDO, 2013; MONTEAGUDO *et al.* 2013; CUENCA, 2008, 2003).

Monteagudo *et al.* (2013) apresentam a percepção da liberdade como a forma de identificação do momento em que o ócio é vivenciado, esse momento não é percebido como um tempo cronológico, então, não pode ser medido. Essa percepção garante que a pessoa se sinta livre das obrigações sem deixar de fazê-la. Outro aspecto que precisa ser considerado é a escolha da vivência pela pessoa. Quanto a isso, Cuenca (2008, p. 48) propõe que “[...] as experiências de ócio nos situam num âmbito que não está dominado pelo dever ou pela obrigação, mas pelas ações com finalidade em si mesmas e por si mesmas [...]”, em outras palavras, a pessoa pode escolher o que quer fazer.

A motivação intrínseca como característica do ócio autotélico, é que permite a identificação com determinada vivência, deixando de lado a necessidade de obter alguma recompensa material ou psicológica ao realizá-la. Isso porque essa vivência por si só, é a própria recompensa, logo o seu benefício sempre será a autossatisfação. Segundo Monteagudo *et al.* (2013) a motivação é uma construção dinâmica que pode experimentar mudanças causadas por fatores externos e internos. Assim, inicialmente pode-se ter uma vivência de ócio exotélico e, posteriormente adquirir um gosto pela mesma, passando a desenvolver uma motivação intrínseca, como no lazer.

A satisfação, outro atributo essencial ao ócio, é responsável pela sensação subjetiva de alegria, bem-estar e felicidade que é atribuída e entendida normalmente como

resultado da ação de ócio realizada (MONTEAGUDO *et al.* 2013). Esses autores diferenciam a satisfação promovida pelo ócio com a noção do simples prazer advindo, por exemplo, de uma diversão. Ainda conforme esses autores, na primeira situação há um manifestar de potencialização pela vivência do ócio que gera o desenvolvimento da condição humana. Complementando o raciocínio, os autores alegam:

A satisfação de que falamos é experimentada pela capacidade que o ócio tem em resposta a necessidades inatas que o ser humano tem de mudar, crescer, melhorar e superar. O ócio imprime sentido à vida através da sua capacidade de nos fazer sentir vivos, pessoas de valor, em estado de progresso permanente (MONTEAGUDO *et al.* 2013, p. 160).

Francileudo (2013) destaca que o sentimento de satisfação não se caracteriza somente pelo prazer, consiste também na descoberta do próprio “eu interior”, podendo ser inclusive transcendental – ocorrer em momentos de meditação, oração, reflexão –, ou nas capacidades adquiridas. Assim, a descoberta do ser, de acordo com Rhoden (2002), é um fator decisivo na interpretação da vivência, isso porque a experiência de satisfação depende do quanto a pessoa se identifica com o que está fazendo. Também, segundo essa autora, é importante que a pessoa seja capacitada o suficiente para executar tal tarefa para não se frustrar com possíveis resultados negativos.

Monteagudo *et al.* (2013) relatam que o desenvolvimento da complexidade de uma vivência de ócio não ocorre espontaneamente, mas, em meio a um processo consciente ou inconsciente, quando tem possibilidade de adquirir novas habilidades, ampliar seus conhecimentos, desfrutar de experiências agradáveis e, também, menos agradáveis, para superar desafios, possibilitando a sua formação humana. De acordo esses autores, para que isso ocorra é premente que a pessoa envolvida na vivência em questão tenha consciência dos benefícios decorrentes da mesma, contudo, sem que se tornem uma meta utilitária.

Quanto à temporalidade envolvida ao sentimento da satisfação do ócio, Monteagudo *et al.* (2013) entendem que a mesma pode estar permeada em distintos momentos, antes, durante e o depois de vivenciá-la. A satisfação que antecede o momento do ócio, ou seja, a sua preparação, envolve uma antecipação cognitiva, que se traduz na criação de expectativas em torno dele. Por sua vez, durante ou após a sua vivência, o ócio produz sentimentos que o acompanham, permanecendo associados às recordações alegres do mesmo que se dará na memória.

Quanto aos atributos do lazer, Dumazedier (1979) apresenta as seguintes características que balizam a sua prática: 1) Livre escolha – liberação das obrigações institucionais, sejam, profissionais, familiares, sociais, espirituais/religiosas e políticas; 2)

Desinteressado – não está vinculado a nenhum tipo de fim como recompensa última, isto é, sem fins lucrativos, profissional, utilitarista, ideológico, material, social, político, espiritual/religioso; 3) Hedonismo – notadamente deve buscar um estado de prazer, tomado como um fim em si mesmo, representando a sua condição primária; 4) Pessoal – abrange atingir um aspecto funcionalista ao promover o descanso, o divertimento e o desenvolvimento individual da personalidade, em detrimento das obrigações primárias impostas pela sociedade.

Tendo em vista uma classificação quanto aos tipos de ócio, Rhoden (2009) o subdivide em dois momentos de acordo com a intensidade e o envolvimento com a vivência: estado de ócio e experiência de ócio – na seção 3.2, discuto com mais detalhadamente sobre esse último.

O estado de ócio embora pressuponha as mesmas qualidades psicossociais da experiência de ócio, se apresenta em graus muito mais elevados de intensidade, profundidade e de grande impacto, como em viagens de férias, eventos familiares. Em outras palavras, apresenta características chamadas de experiências pico, onde a pessoa está envolvida com a vivência o suficiente para se fascinar por ela.

Por sua vez, as experiências de ócio podem ser vivenciadas em “micro tempos sociais”, ou seja, a qualquer momento, podendo ocorrer diversas vezes ao longo do dia; pois depende da subjetividade de como cada pessoa realiza as atividades do seu dia a dia. Portanto, essa perspectiva propõe maior fluidez, autonomia e liberdade às vivências pessoais. Em suma, ambos podem ser explicados pelos mesmos aspectos da experiência, entretanto, varia em graus de intensidade, dependendo da situação vivida.

Quanto aos tipos de lazer, considerando os atributos propostos por Dumazedier (1979), esse pode ser classificado em dois: 1) Lazer propriamente dito, atendendo as características atribuídas; 2) Semilazer – são atividades que não contemplam todos os atributos integralmente, mas que de alguma forma permite identificar a existência de algumas de suas características, como, por exemplo, um jantar de negócios, onde a pessoa está trabalhando, mas a atividade lhe é prazerosa. Em outras palavras, é uma atividade que não é realizada totalmente em um tempo livre da obrigação do trabalho, mas é agradável à pessoa.

Quanto aos objetivos, os Estudos do Ócio apregoam que as vivências de ócio devam promover primeiramente, mudanças internas, ou seja, na (re)construção do próprio ser, desenvolvimento humano e, como consequência, reflitam também, em transformações tanto internas – saúde, afetiva, cognitiva – quanto externas – comunitárias. Conforme Cuenca (2016, p. 167):

Os benefícios que as pessoas percebem como resultado do ócio são diferentes dependendo se o ócio de que gostam é mais ou menos valioso do ponto de vista do desenvolvimento humano. As pessoas que desenvolveram formas valiosas de ócio percebem, melhor que os outros, os benefícios associados com a sensação de competência, o enriquecimento pessoal e o reconhecimento social.

A contribuição do ócio para o desenvolvimento humano ocorre a partir do momento que as suas vivências requerem um grau de complexidade psicológica, promovendo transformações pessoais. Rhoden (2008) destaca que o desenvolvimento pessoal no âmbito psicológico conduz ao aprimoramento da capacidade de autoconhecimento, por meio da introspecção, do processo psicológico (cognitivo, emocional ou espiritual), do aprender a parar, escutar, meditar, contemplar. Enfim, para essa autora, o ócio contribui para a construção da estruturação da personalidade.

Isso remete ao que Salis (2004) chama a atenção quanto ao objetivo do ócio na sociedade helênica clássica, sobre a concepção da construção do “homem como obra de arte”. Essas vivências diferenciam-se das vivências decorrentes de determinados entretenimentos/divertimentos, que normalmente visam apenas preencher um tempo livre, buscar o hedonismo, emoções superficiais caracterizadas pela passividade, que envolvem pouca ou nenhuma implicação intelectual. Todavia, essas vivências são legítimas, tão somente se diferenciam quanto aos objetivos das vivências de ócio.

Para Cuenca (2016, 2008) a compreensão do ócio não se dá de forma voluntária, sendo necessária uma intervenção pedagógica que possibilite uma apropriação de sua proposta enquanto um ideal de vida – o que é diferente de idealização, ou seja, uma pasteurização ou uniformização das ações humanas. Dessa forma, os profissionais que atuam, por exemplo, no meio escolar precisam de uma formação que abordasse a concepção filosófica e teórica sobre o ócio humanista para poder refletir com os alunos. Não menos importante, essa postura também deve ser adotada no ambiente familiar, pois os pais atuariam de forma semelhante com seus filhos.

A educação para o ócio, segundo Cuenca (2008), contempla o desenvolvimento de valores, atitudes, habilidades e conhecimentos pessoais, de modo a promover uma liberdade responsável e generosidade pessoal. Portanto, não se trata de ensinar em como melhor utilizar o tempo livre, a libertação do tédio, ou a prevenção de vícios sociais. Nessa perspectiva, corrobora à ideia apresentada por Francileudo e Martins (2016), quanto ao atribuir um sentido à vida e atentar para a dignidade humana, tão afetada pela sociedade de consumo na contemporaneidade.

Os Estudos do Lazer, por meio de Dumazedier (1979), atribui às práticas de lazer um aspecto funcionalista, como identificado em seu famoso 3D's. Ainda que destacando o funcionalismo, Dumazedier classifica o lazer em níveis quanto à sua vivência crítica, ou seja, de que pode assumir um caráter de alienação à de emancipação/criticidade: 1) Rudimentar: caracterizado como acrítico, seria a prática pela prática; 2) Médio: entendido como crítico, havendo um entendimento do motivo para se realizar a sua vivência; 3) Superior: criativo, permeado pelo entendimento e também permite que a pessoa crie a sua própria vivência com liberdade.

Assim, esse sociólogo francês qualifica a vivência do lazer em passiva e ativa. A primeira está vinculada à possibilidade de alienação, portanto, acrítico. Para o autor caracterizasse pelo consumismo promovido pela Indústria Cultural. Considerando essa perspectiva, seria necessário promover uma educação que possibilite o desenvolvimento crítico e seletivo pela pessoa na escolha dessa vivência. Por sua vez, o lazer ativo pretende promover vivências diversificadas, criativas e as potencialidades iminentes à pessoa.

Por sua vez, Marcellino (1987) defende a proposta do lazer como meio de emancipação cultural e social a partir da perspectiva gramsciana. Ainda de acordo com Marcellino (1987, p. 63), “[...] o verdadeiro aspecto educativo do lazer se dá com um dos possíveis canais de atuação no plano cultural, tendo em vista contribuir para uma nova ordem moral e intelectual, favorecedora de mudanças no plano social, ou seja, contra hegemonia”.

Semelhantemente à Cuenca, Marcellino (1987) também aponta a necessidade de uma intervenção formativa no lazer. Conforme esse último autor:

É importante que as atividades de lazer procurem atender as pessoas no seu todo. Para isso, as pessoas precisam saber a escolha, a opção, em termos de conteúdo, que está relacionado ao conhecimento das alternativas que o lazer oferece. Para isso, é preciso um mínimo de orientação que permite essa opção (MARCELLINO, 1987, p. 122).

De acordo com Marcellino (1987), o conhecimento do lazer enquanto componente cultural requer competência técnica e opção política. Assim, o autor sugere a intervenção profissional por meio da proposta da “pedagogia da animação”. Esta segue a perspectiva de mudança relacionada a um processo amplo de educação, que considere as relações entre as possibilidades da escola e as potencialidades educativas do lazer, não como redenção de uma situação social injusta, mas como canal de possível transformação.

O autor em tela propõe a educação para e pelo lazer, seguindo uma perspectiva crítica, contrapondo à Indústria Cultural, contribuindo para constituir uma nova ordem moral e intelectual, favorecendo mudanças no plano social. Em outras palavras, para o sociólogo, o

lazer assume uma visão contra-hegemônica, focando a emancipação e o desenvolvimento social.

Por fim, o último aspecto que apresento nessa seção, diz respeito à axiologia. Discutir valores na sociedade pós-moderna se tornou algo melindroso, podendo ser entendido, sobretudo, como juiz de valor, estereótipo de moralista, sobre quem se atreve ponderar sobre as escolhas pessoais e condutas sociais. O relativismo característico dessa sociedade parece que deve prevalecer diante de posicionamentos distintos. Todavia, ao escolher as vivências que têm o potencial de promover a virtude, não assumo um discurso moralista, pois cada um tem seu livre arbítrio. Este, a liberdade de escolha, é um dos princípios defendidos tanto pelo ócio quanto pelo lazer. Assim, não se trata de julgar as escolhas, mas priorizar aquelas que promovam o desenvolvimento humano.

Tanto na concepção clássica proposta por Aristóteles, quanto na concepção atual apresentada pelo professor Cuenca, o ócio autotélico “[...] convoca um compromisso pessoal, que acontece quando tomamos consciência do caráter diferencial da prática da atividade e imergimos em um processo consciente de desenvolvimento” (CUENCA, 2016, p. 13). Seguindo essa concepção, o autor diferencia o fenômeno recreativo do ócio autotélico, pois, este tem o seu enfoque no aprofundamento da experiência. Esta por sua vez, transcende a atividade realizada, sendo entendida como “[...] um tempo processual, integrada a uma dimensão de valores e vivida de um modo essencialmente emocional” (CUENCA, 2016, p. 13). Portanto, o ócio autotélico nunca promoverá vivências contrárias à virtude e o desenvolvimento do ser humano.

Embora priorize a vivência do ócio positivo, Cuenca não nega a existência do ócio nocivo, que é prejudicial tanto à pessoa quanto à sociedade. Rojek (2011) também discute essa questão ao apontar que há determinadas práticas de lazer que são prejudiciais a essas duas esferas citadas.

Em síntese, ainda que de forma sucinta, é possível observar a existência de semelhanças e especificidades entre os Estudos do Ócio e os Estudos do Lazer. Todavia, essas características não se dão apenas em detrimento de observações por parte do pesquisador quanto ao “termo” e às “práticas” analisadas. Estas características podem mudar ou não com o tempo. Nessa relação, alguns termos se modificam, enquanto as práticas permanecem iguais, ou vice-versa; ou ainda, ocorrem ressignificações em ambos aspectos.

Tendo em vista o exposto nesta seção, opto neste trabalho pela concepção filosófica, a atemporalidade, o enfoque ético quanto ao desenvolvimento humano, atribuído

pelos Estudos do Ócio. No entanto, é preciso destacar que as experiências de ócio podem ocorrer no lazer; o contrário pode não ser possível.

Entretanto, para além dessas perspectivas, ambas as áreas podem buscar um dialogismo na construção de saberes que contribuam para o desenvolvimento social, em detrimento de uma suposta disputa de campos de conhecimento. Como dito no capítulo 2, as escolhas feitas pelo pesquisador por determinada corrente de pensamento dar-se, sobretudo, a partir da sua cosmovisão e, por conseguinte, na concepção de ser humano que quer contribuir em sua formação.

Finalizo essa seção apresentando a perspectiva do ócio segundo dois importantes autores que são citados por Cuenca (2016, p. 12), De Grazia e Pieper, respectivamente: “[...] o ócio é uma forma de ser, uma condição humana que é desejada, mas pouco alcançada”; “[...] o ócio é um estado da alma”, e “[...] uma atitude de percepção receptiva, da imersão intuitiva e contemplativa do ser”.

3.2 Experiências de ócio: Conceito e caracterizações

A experiência do ócio caracterizado pela subjetividade requer a busca de sua interpretação dada pelas pessoas que a realiza em diferentes contextos socioculturais e históricos (AMIGO, 2012; MONTEAGUDO; CUENCA, 2012; CUENCA; PRAT, 2012). Essa experiência traz um sentido atribuído na relação da pessoa e a vivência, não de forma dicotômica, mas, sendo um caminho para a descoberta, ou seja, o ócio como fenômeno intencional dessa prática social. Isso ocorre porque a pessoa é um ser consciente em relação a si mesmo e do mundo a qual está inserida.

Além da existência dessa consciência, outra característica que marca a vivência de uma experiência é a intencionalidade. Esta consiste em uma qualificação no ato da escolha e da atribuição de um sentido à vivência. Assim, há entre consciência e vivência um vínculo essencial que só ocorre na intenção originária dessa inter-relação. Diante da importância dessas experiências na vida das pessoas, Cuenca (2008, p. 42) as entende como:

[...] um tipo de experiência humana que o sujeito percebe de modo satisfatório, não obrigatório e não necessário. Pode-se dizer que o ócio é uma experiência humana livre, satisfatória e com um fim em si mesma; quer dizer, é voluntária e separada da necessidade, entendida como experiência primária.

Considerando esses apontamentos, neste trabalho diferencio os termos vivência de experiência, tendo em vista as representações que lhe são atribuídas (AMIGO, 2012;

MONTEAGUDO; CUENCA, 2012; CUENCA; PRAT, 2012; MONTEAGUDO *et al.* 2008; LARROSA, 2006, 2002). A vivência está relacionada ao fato da existência, de viver uma ação, tendo um significado social semelhante, sem, no entanto, representar algo necessariamente significativo. Por sua vez, a experiência resulta como processo de uma vivência, contudo, é subjetiva e qualificada individualmente.

Para exemplificar, cito o ato de assistir um filme em um cinema. Diversas pessoas vivenciam a mesma ação, atribuindo-lhe o mesmo significado, um filme caracterizado como romance. Todavia, cada um apresenta segundo as suas percepções e experiências anteriores e até o estado psicológico no momento, um sentido diferente ao mesmo filme. Assim, a vivência é qualificada subjetivamente pelo sentido atribuído individualmente, gerando uma experiência ímpar.

Essa proposta é corroborada por Cuenca e Prat (2012) e Rhoden (2009), ao entender a experiência como um fenômeno pessoal que pressupõe um conjunto de características que costumam acontecer em circunstâncias da vida cotidiana. Rhoden (2009) estabeleceu uma relação de 11 atributos psicológicos, segundo diversos estudos realizados na área da Psicologia para caracterizar uma experiência de ócio. Ainda conforme a autora em tela, a presença de no mínimo três atributos no mesmo contexto geraria interações psicodinâmicas e, impactos sobre as pessoas, tornando-as protagonistas dessas experiências. Rhoden lista os atributos que caracterizam tal experiência como:

1) percepção de liberdade; 2) motivação ou significado intrínseco (autotelismo); 3) desfrute ou estados afetivos positivos; 4) desenvolvimento humano; 5) sociabilidade ou encontro interpessoal; 6) descanso ou relaxamento; 7) ruptura ou evasão; 8) desafio; 9) implicação psicológica; 10) autoexpressão; e, finalmente, 11) os estados introspectivos: o encontro consigo, a com a natureza ou com a beleza (apreciação estética) (RHODEN, 2009, p. 1248).

Considerar essa intencionalidade subjetiva é que permite explicar a percepção de uma mesma vivência realizada no mesmo tempo-espço, ser compreendida como satisfatória ou não por distintas pessoas. Contudo, diante de sua dinamicidade, essa percepção pode variar conforme as mudanças das circunstâncias, contextos sociais e pessoais, quando de sua nova realização; podendo, assim, ter um significado totalmente distinto da experiência anterior.

Rhoden (2009) relata que diversos autores como Kriekemans (1973), Huizinga (1987), Csikszentmihalyi (1998) e Cuenca (2000), conduziram seus estudos abordando a perspectiva do ócio como uma experiência subjetiva intra e/ou interpessoal, mais complexa que a realização de alguma atividade específica ou da necessidade de disponibilidade de um

tempo livre de obrigações. Para esses autores, segundo Rhoden, o significado da experiência reside na pessoa e não na atividade.

Essa compreensão da experiência de ócio como uma abordagem psicossocial inserida em qualquer tempo social, propicia um sinergismo da pessoa com o mundo, assumindo uma experiência peculiar, ressignificando os valores e representações que lhe são oferecidas; sendo, portanto, em potencial, um agente formativo.

Essas experiências significativas segundo Monteagudo *et al.* (2008), concretizam a valorização da cidadania, propiciam o potencial do desenvolvimento humano, contribuindo para a promoção de momentos memoráveis. Considerando a relação subjetiva atribuída à experiência do ócio, Pinheiro, Rhoden e Martins (2010, p. 1134) entendem que essa dimensão expressa a identidade de cada um, pois, “[...] a vivência de ócio não é dependente da atividade em si, nem do tempo, do nível econômico ou da formação de quem a vivencia, mas está relacionada ao sentido atribuído por quem a vive, conectando-se com o mundo da emotividade”.

Uma proposta enriquecedora para complementar essa compreensão da subjetividade e importância da experiência é discutida por Larrosa (2002). Para o autor a experiência “[...] é em primeiro lugar um encontro ou uma relação com algo que se experimenta, que se prova”; “[...] A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece” (LARROSA, 2002, p. 25). Percebe-se a distinção entre se ter uma experiência significativa e uma mera vivência destituída de qualquer representatividade afetiva para a pessoa. Em outras palavras, essas últimas são vivências vazias, sem, ou com pouco sentido qualitativo.

Dois importantes filósofos na Modernidade discutem sobre o sentido das experiências, Espinosa (século XVII) e Nietzsche (século XIX). Os autores utilizam os termos potência de vida e vontade de poder, respectivamente, com a mesma conotação. Em suas obras tem-se uma discussão a respeito da potência da vida, relacionando-a aos conceitos dos corpos e a felicidade (MOREIRA, 2011). Segundo essa autora, ambos os filósofos tecem críticas aos valores transcendentais – relacionados à metafísica, à moral do bem e do mal –, trazendo à tona a necessidade da elaboração de novos valores e uma ética afirmativa da vida, que contemple a discussão da potência. Esta é diretamente relacionada aos afetos que acometem o ser humano. Os afetos positivos, como a alegria, o amor, potencializam a vida; enquanto que os negativos como a tristeza, o ódio, agiriam como o oposto.

Para Espinosa (s.d) os encontros agradáveis são experiências únicas, contribuindo para aumentar a potência da vida, isto é, potencializá-la. Essa potência é entendida como a força motriz que move, que dá razão à nossa existência. Esse filósofo em sua obra, “Ética demonstrada em ordem geométrica”, destaca o protagonismo da vida. Sendo essa, composta por experiências que podem ser compreendidas pelas paixões, afetos/sentimentos, como amor, ódio, compaixão, raiva, alegria, tristeza, que denotam uma dinamicidade à sua potência. Em outras palavras, as variações das paixões modificam a potência da vida, ora positivamente, por exemplo, por meio da alegria, aumentando-a; ora negativamente, como pela tristeza, diminuindo-a. Em outras palavras, conforme as experiências que temos, elas alteram a percepção que cada um tem de si e do mundo.

No entendimento de Espinosa (Ética I, Proposição, XI; Alternativa, p. 6) a potência está relacionada com o poder existir – seja em nós ou em outra coisa que exista necessariamente – e agir. Isso se refere à necessidade da existência de uma consciência/alma que nos permita identificar a nós mesmos e o outro, o exterior, promovendo uma inter-relação. Essas questões são explicadas na parte III, quando as expõe em “Definições”:

[...] III. Digo que agimos, quando algo acontece, em nós ou fora de nós, de que somos causa adequada, isto é, (pela Def. precedente) quando se segue de nossa natureza, em nós ou fora de nós, algo que se entende clara e distintamente apenas por ela. Digo ao contrário que padecemos, quando algo acontece, em nós ou fora de nós, de que somos apenas causa parcial. III. Por Afeto entendo as afecções do Corpo que aumentam ou diminuem, ajudam ou limitam, a potência de agir deste Corpo e ao mesmo tempo as idéias destas afecções. Portanto, se podemos ser causa adequada de uma destas afecções, entendo por este Afeto uma ação; caso contrário, uma paixão (ESPINOSA, s.d. p. 38).

Nessa mesma parte, o filósofo aborda sobre a interdependência entre o ser e o mundo, isto é, o influenciar e ser influenciado: “POSTULADOS - I. O corpo humano pode ser afetado de muitos modos, que aumentam ou diminuem sua potência de agir, assim como de outros que não tornam sua potência de agir nem maior nem menor” (ESPINOSA, s.d, p. 39). Para Espinosa, também há uma reciprocidade entre o corpo e a alma quanto ao agir. Enfim, segundo a perspectiva espinosina, essa interação é que promove as paixões/experiências, que por sua vez, gera a potência da vida, que consiste na busca da felicidade.

Espinosa determinou essa paixão/força, de *Conatus*, que levaria à busca pela felicidade. Assim, quando se aumenta positivamente essa força, por exemplo, tendo experiências alegres, eleva-se a potência; sendo a recíproca verdadeira. Dessa forma, o caminho para se alcançar uma vida feliz implica necessariamente no aperfeiçoamento ou, controle das paixões/sentimentos que se tem no mundo.

Enfim, quanto mais *Conatus* uma pessoa tiver, tanto mais ela se torna independente, isto é, mais ela é “em si mesma”. Essa característica é totalmente individual, não podendo ser “transferida”; cada um precisa desenvolver o seu próprio *Conatus*.

Para Espinosa o que levaria uma pessoa a buscar o *Conatus*, seria o apetite (Ética IV, Definição VII, p. 71), o que se pode entender como sendo uma motivação intrínseca; portanto, distinta em cada ser. Para tanto, a pessoa precisaria ter o que o autor chamou de virtude; sendo essa, a mesma coisa que potência, que por sua vez, se refere à própria essência do homem (Definição VIII, p. 71). Assim, o *Conatus* como busca pela felicidade, estaria vinculado necessariamente à autoestima: “XXV. A Auto-Estima (*Acquiescentia in se ipso*) é a alegria, originada em que o homem contempla a sua própria potência de agir” (Definição dos afetos, p. 66). Segue o autor ao discorrer sobre a relação da autoestima com a alegria:

Explicação - A Auto-Estima se opõe à Humildade, enquanto entendemos aquela como a Alegria que se origina em contemplarmos nossa potência de agir, mas enquanto entendemos por ela a Alegria concomitante à idéia de um feito que cremos ser produto de um livre decreto de nossa Mente, ela se opõe à Culpa [...] (ESPINOSA, s.d, p. 66).

Essa proposta esclarece a relevância das características individuais ao lidar com os afetos/experiências e também com sua própria personalidade. Assim, conforme a combinação desses fatores, ter-se-á uma variabilidade da potência da vida em uma mesma pessoa, em diferentes momentos, podendo ser inclusive no próprio dia e ao longo dos dias. No entanto, na parte V, o filósofo explica que as influências das causas externas ao homem, também interferem na alternância da potência:

PROPOSIÇÃO III - A força com que o homem persevera na existência é limitada e é infinitamente superada pela potência das causas externas. Demonstração - É evidente do Axioma acima. Pois dado um homem, há outro, digamos A, que é mais potente. Dado A, há outro, digamos B, que é mais potente que A, e assim ao infinito. Portanto, a potência de um homem é determinada por outras coisas e é superada infinitamente pela potência das causas externas (ESPINOSA, s.d, p. 72).

Espinosa ao elaborar sua filosofia em pleno século XVII, traz à tona um assunto complexo relacionado ao comportamento humano quanto à inter-relação das motivações intrínsecas e extrínsecas, estando atreladas à alma, e como essa lida com os afetos que lhe são tão caros. Nessa mesma parte da obra, Proposição IV, no Corolário, o autor expõe: “Disso se segue que o homem está sempre sujeito às paixões, que ele segue a ordem comum da Natureza e a obedece e se acomoda a ela na medida em que a natureza exige”. Seguindo esse raciocínio, o autor descreve na Proposição V:

A força, o crescimento e a perseverança no ser de qualquer paixão, não se definem pela potência pela qual nós nos esforçamos por perseverar no existir, mas pela potência das causas externas comparadas à nossa. Demonstração - A essência das

paixões não pode ser explicada apenas por nossa essência (pelas Defs. 1 e 2 P III), isto é (pela Prop. 7 P III) a potência das paixões não se define pela potência pela qual nos esforçamos em perseverar em nosso ser, mas (como é mostrado pela Prop. 16 P II) deve necessariamente ser definida pela potência das causas externas comparadas à nossa. QED (ESPINOSA, s.d, p. 73).

Nessa relação, dinâmica e complexa, Espinosa expressa sua genialidade ao destacar a causa da variabilidade da potência do ser, ao explicar que os motivos pelos quais justificam essa alternância na busca pela felicidade estão alinhados em como cada um lida com as modificações dos afetos, bem como os objetivos que têm na vida, de modo a gerar uma constante mutação dessa inter-relação na Proposição VII:

Um afeto só pode ser limitado ou destruído por um afeto contrário e mais forte do que o afeto a ser limitado. Demonstração - Um afeto, enquanto se refere à Mente, é uma idéia pela qual a Mente afirma uma força de existir maior ou menor de seu corpo (pela Definição Geral dos Afetos, que pode ser encontrada ao fim da Parte III). Portanto, quando a Mente é atormentada por algum afeto, o Corpo é afetado simultaneamente por uma afecção que aumenta ou diminui sua potência de agir. Em seguida, esta afecção do Corpo (pela Prop. 5) recebe sua força de perseverar em seu ser de sua própria causa, e esta só pode ser limitada ou destruída por uma causa corpórea (pela Prop. 6 P II) que afete o Corpo com uma afecção contrária (pela Prop 5 P III) e mais forte (pelo Axioma). Assim, a Mente será afetada (pela Prop. 12 P II) de uma idéia de afecção mais forte e contrária à primeira, isto é (pela Def. Ger. Afetos), a Mente será afetada de um afeto mais forte e contrário ao primeiro e que exclui ou destrói a existência do primeiro. Assim, um afeto só pode ser destruído, ou limitado, por um afeto contrário e mais forte (ESPINOSA, s.d, p. 73).

Destacados alguns dos apontamentos de Espinosa sobre a potência da vida, qual seria o entendimento de Nietzsche sobre essa temática? Segundo Moreira (2011) o filósofo alemão tece algumas críticas às ideias do primeiro, quanto algumas de suas propostas – pois adota o irracionalismo¹⁹ como base de seus pensamentos –, mas segue uma linha semelhante à espinosina ao abordar a temática sobre o corpo e a alma, que por sua vez, reflete em suas discussões sobre a potência da vida.

Nietzsche discute essa questão em duas de suas obras, “Assim falava Zaratustra” e “Vontade de Potência”; sobretudo, é nessa última que desenvolve um pensamento mais aprofundado sobre a temática em questão, tratando-a enquanto vontade de potência²⁰.

Para Nietzsche a potência da vida, consistia na vontade de dominar, inerente a todo ser humano. Na obra, “Assim falava Zaratustra”, aborda no capítulo nomeado “Da superação de si”, que o que está por de trás da vontade de verdade, a vontade moral, são características dos mais sábios. Em outras palavras, a potência da vida é aqui caracterizada

¹⁹ Termo com que, em italiano e alemão, são designadas as filosofias da vida ou da ação, que, como p. ex.: a de Schopenhauer, consideram o mundo como manifestação de um princípio não racional (ABBAGNANO, 2014).

²⁰ Embora os filósofos usem termos distintos, contudo, denotando o mesmo significado, opto por adotar termo potência da vida para me referir a ambos os autores.

como vontade de tornar pensável todo o existente, submetendo, ou melhor, dizendo, adequar a vida ao pensamento humano (MOREIRA, 2011).

Ainda nessa obra, o filósofo define a potência da vida, como a própria vida, “Esta perspectiva da vontade de potência deve ser, assim, compreendida como vontade de durar, de crescer, de vencer, de entender e intensificar a vida” (NIETZSCHE, s.d, p. 63); outra declaração importante é quando afirma que, “[...] Só onde há vida, há vontade. Não vontade de viver, mas como eu ensino, vontade de poder [...]” (NIETZSCHE, s.d, p. 108).

Na obra “Vontade de potência”, o autor relata que “[...] a vontade de potência não é um ser, não é um devir, mas um *pathos* – ela é o fato elementar de onde resulta um devir e uma ação [...]” (NIETZSCHE, s.d, p. 242). Portanto, a potência da vida é entendida como o mais forte de todos os instintos que impulsiona a evolução do ser. Contudo, não se trata apenas de uma simples sobrevivência, de conservação da vida, mas o desejo de superar os obstáculos e a si mesmo. Enfim, trata de alcançar um nível superior na vida, o qual se dará a partir de uma consciência e despertar essa vontade presente em cada um. Sendo que as experiências que temos na vida exerceriam papel fundamental nesse processo.

No século XXI essa proposta é retomada por Larrosa (2002). Este influenciado pela filosofia espinosina, destaca a relevância da experiência significativa na vida da pessoa. Para o autor, essas experiências causam uma “[...] destruição do que éramos [...]”, ou seja, possuem a capacidade de ressignificação ativa pela experiência; a pessoa sai dessa experiência de maneira diferente, transformada, trazendo novos sentimentos representativos ao ser. Esse autor denomina a vivência desse processo de “sujeito da experiência”.

Esse sujeito seria afetado pelos sentimentos advindos da experiência, sendo marcado, deixando vestígios e alguns efeitos. Para o autor em tela, isso só será possível se a pessoa estiver aberta a se entregar integralmente. A essa característica, Larrosa denomina de “um espaço onde têm lugar os acontecimentos”. Complementado o seu pensamento a esse respeito, Larrosa declara:

[...] o sujeito da experiência se define não por sua atividade, mas por sua passividade, por sua receptividade, por sua disponibilidade, por sua abertura. Trata-se, porém, de uma passividade anterior à oposição entre ativo e passivo, de uma passividade feita de paixão, de padecimento, de paciência, de atenção, como uma receptividade primeira, como uma disponibilidade fundamental, como uma abertura essencial (LARROSA, 2002, p. 24).

Entende-se, portanto, que a experiência precisa acrescentar algo a quem a vivencia, transformar e/ou completar. Assim, conforme Larrosa, ela deve ser fruto de uma paixão, bem ao estilo do pensamento de Espinosa:

Se a experiência é o que nos acontece, e se o sujeito da experiência é um território de passagem, então a experiência é uma paixão. Não se pode captar a experiência a partir de uma lógica da ação, a partir de uma reflexão do sujeito sobre si mesmo enquanto sujeito a gente, a partir de uma teoria das condições de possibilidade da ação, mas a partir de uma lógica da paixão, uma reflexão do sujeito sobre si mesmo enquanto sujeito passional (LARROSA, 2002, p.26).

Tendo em vista essa proposta, Larrosa entende a experiência como paixão, primeiramente a partir de uma liberdade de escolha, mas que ao mesmo tempo é paradoxal, pois cria uma dependência, um vínculo, uma “escravidão”. Dessa forma, o sujeito apaixonado, conforme o autor, não possui o objeto, mas é possuído por ele.

Enfim, essas experiências agradáveis proporcionam gozo, paz interior, esperança e dão sentido à vida. Em meio a essas experiências, a pessoa pode entregar-se completamente à manifestação das suas emoções, de sua personalidade, de deixar fluir do seu interior toda a capacidade criadora e criativa de seu ser; muitas vezes, ignorando até mesmo as circunstâncias sociais e pessoais negativas que está se vivendo.

É nesse instante que se expressa naturalmente o ser no mundo. É encontrar um alento para a alma, energizando-se do sentido da vida, podendo inclusive “contaminar”, isto é, influenciar positivamente quem está ao seu lado. Em suma, é por meio dessas experiências que a pessoa encontra-se consigo, e com o mundo, transbordando sua afetividade, sendo transformado, e transformando o mundo ao seu redor. Importante ressaltar que cada experiência é única e jamais se repetirá novamente, mesmo que realizada a mesma atividade; por isso, do seu caráter enobrecedor para a formação humana (LARROSA, 2002).

Sendo assim, essas experiências são totalmente destituídas de qualquer tipo de interesse, isto é, não são utilitaristas, não tem um “para que”, mas um “por que” (CUENCA; PRAT, 2012). Esse “por que”, simplesmente está relacionado ao bem-estar que é produzido pela experiência de uma vivência ímpar. Por exemplo, não se lê um livro de poesia para se ficar mais culto, mas apenas por apreciar e achar sentido à beleza que a vida proporciona; não se faz uma atividade física por fins estéticos ou para melhoria da saúde, mas pelo fato de sentir-se bem consigo mesmo, em ter um tempo só para si.

Quando um pai leva a filha(o) ao parque ou a uma praça, não é apenas porque a criança precisa tomar um banho de sol, mas porque sente satisfação em ficar ao lado da pessoa que ama, e que é uma extensão de si mesmo nesse mundo. É quando alguém prepara um jantar ou um lanche para uma pessoa querida, não apenas para matar a fome, satisfazer uma necessidade fisiológica; mas porque quer agradá-la, e o meio que encontrado para dizer “eu te amo”, ou que “me importo com você”, foi por meio daquele ato.

A realização de todos esses, e tantos outros atos, despertam nas pessoas, ou pelo menos deveriam, uma sensibilidade que permite enxergar as demais pessoas e o mundo de uma maneira diferente, mais suave. Para desenvolver essa percepção é preciso que se pare para pensar um pouco sobre a dignidade humana (FRANCILEUDO; MARTINS, 2016), nas relações sociais que são interdependentes, em detrimento de uma independência. É nesse momento de encontro com o todo da vida, tão escasso na contemporaneidade, talvez se consiga recuperar o valor dessas experiências, como momento único e necessário para a coexistência da humanidade (CUENCA, 2008; LARROSA, 2002).

Essas experiências deveriam permitir um querer “jogar o tempo fora”, gastar algo precioso e cada vez menos disponível na humanidade. Em dedicar um tempo para si ou para o outro; parar para poder se divertir, curtir a vida, ser feliz, ou em fazer o outro feliz. De relembrar a infância ao pegar aquele álbum de figurinha empoeirado no fundo do guarda roupa. Pegar uma estrada no fim de semana, sem destino certo para parar; ir por caminhos desconhecidos em meio à natureza, andar por horas só para chegar a uma cachoeira e ver os raios solares refletirem no espelho d’água. Ou mesmo parar para poder ajudar alguém em situação menos favorável que a nossa.

Em síntese, essas experiências são carregadas de subjetividade e intencionalidade que permitem um desenvolvimento pessoal e social, estabelecendo relacionamentos construtivos ao ser humano, contribuindo para dá sentido à vida (CUENCA; PRAT, 2012; MONTEAGUDO *et al.* 2008; CUENCA, 2008; LARROSA, 2002). São nesses encaminhamentos que experiências que serão investigadas neste trabalho por meio da vivência da atividade física. Esta deveria em seu cerne ser desenvolvida, prioritariamente, como um encontro consigo, com a cultura a qual está inserida de forma humanizada e, não estereotipada.

4 ATIVIDADE FÍSICA HUMANIZADA²¹

O objetivo deste capítulo é refletir sobre as concepções epistemológicas que permeiam as matrizes teóricas sobre a atividade física, que por sua vez, entendo que interfere na formação da representação social adotada pela sociedade. Apresento os discursos assumidos pela área das Ciências da Saúde, sobretudo, a Educação Física, no que concerne à Saúde Pública e Saúde Coletiva, quanto ao entendimento dos objetivos, sejam sociais e/ou pessoais, atribuídos às suas respectivas propostas de intervenção, atividade física e práticas corporais, respectivamente.

Ressalto que a abordagem realizada não contempla uma discussão sobre os possíveis benefícios que essa vivência pode proporcionar às pessoas, desde que corretamente orientadas e realizadas. Entretanto, a ênfase é dada à análise discursiva dos princípios seguidos pelas subáreas das Ciências da Saúde, que apresentam especificidades entre si, segundo a perspectiva epistemológica adotada.

Assim, reflito sobre a qualificação das vivências da atividade física em detrimento de uma mera prática de saúde, isto é, utilitarista e estereotipada. Para tanto, amparo-me em autores que discutem a perspectiva de uma valorização do ser no mundo, isto é, a vida, como uma categoria em sua unicidade (CZERESNIA, 2012; AYRES, 2007; ALMEIDA FILHO, 2002, 2000).

Importante destacar a persistência do atual modelo dos PGAF desenvolvido pelo Ministério da Saúde, e normalmente também pelas Secretarias Municipais de Saúde ou Esporte, revela que o poder público continua assumindo as diretrizes da Saúde Pública, sobretudo, os princípios da Epidemiologia²². Essa visão mantém a dicotomia biológica do processo saúde-doença, por meio da abordagem anatomo-fisio-patológica dos órgãos e tecidos do corpo humano (CZERESNIA, 2012).

Contudo, embora ainda que essa perspectiva seja hegemônica, identificam-se esforços no meio acadêmico e também no campo profissional nos últimos anos para discutir

²¹ A temática da humanização da saúde faz menção ao processo de assistência prestada no âmbito da rede médica. Portanto, trata de uma política desenvolvida pelo SUS, que tem como objetivo estabelecer relações ético-profissionais entre os atores envolvidos nesse processo (BRASIL, 2004).

²² A epidemiologia estuda a distribuição e os determinantes dos problemas de saúde (fenômenos e processos associados) em populações humanas. Seu objeto são as relações de ocorrência de saúde-doença em massa (em sociedades, coletividades, comunidades, classes sociais, grupos específicos, etc.). As relações são referidas e analisadas mediante o conceito de risco (PEREIRA, 1995).

os aspectos valorativos e éticos do ser no mundo, isto é, na promoção da vida²³. Todavia, essa visão biologicista interfere por sua vez nos construtos ontológicos, epistemológicos e teóricos (CZERESNIA, 2012), e conseqüentemente nas matrizes operacionais das propostas do desenvolvimento dos macro objetivos sociais.

Dados recentes têm demonstrado pouco êxito dessas ações, pois, ainda identifica-se a “resistência” de pessoas que não se submetem as orientações estabelecidas pela Saúde Pública para a adoção de um estilo de vida idealizado como saudável. Conforme os resultados da pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), ainda é elevado o número de pessoas que consomem carne vermelha, quase não alimentam de frutas, legumes e verduras; ingerem refrigerantes e bebidas alcólicas, o que por sua vez tem elevado o número de pessoas com sobrepeso-obesidade, e múltiplas DCNT.

De forma mais específica, quanto à temática deste estudo, a mesma pesquisa identificou uma elevada presença da inatividade física entre a população. Em síntese, ainda há a predominância de um estilo de vida pouco saudável de acordo com os padrões estabelecidos pela Saúde Pública. A perspectiva da fragmentação da vida é imperativa, herança da modernidade e do cientificismo. Assim, a vida é separada em dimensões, como se fossem estanques, para facilitar a intervenção comportamental: atividade física, alimentação, comportamento sexual, sono, consumo de bebidas alcólicas, tabagismo, controle do estresse.

Compreender a indivisibilidade da vida transcende o reducionismo imposto à saúde orgânica proposta pela concepção biomédica. Assumir uma perspectiva contrária a essa é discutir, também, sobre a humanização da atividade física como elemento de debate. Pois o eixo discursivo que permeia essa prática perpassa normalmente pelo entendimento do seu uso como “remédio preventivo e/ou curativo” prescrito à população pelos órgãos governamentais vinculados à saúde.

Embora essa temática, ainda não seja amplamente abordada na área da Educação Física, prevalece a visão hegemônica biomédica. Recentemente, alguns autores considerando os aspectos ideológicos e o discurso midiático, discorrem sobre o processo de naturalização da vivência da atividade física como meio para se obter um estilo de vida saudável, a “disciplinarização” dos corpos, biopolítica (GOMES; FRAGA; CARVALHO, 2013, 2015;

²³ Adoto a expressão “promoção da vida”, de forma diferenciada à proposta do conceito de “promoção da saúde”. Entendo que a primeira proposta visa contemplar o desenvolvimento do ser humano de forma holística. Assim, analogamente o princípio apontado por Salis (2008), ao se referir à “saúde ética”. Esse autor discorre sobre o desvirtuamento da saúde a partir da modernidade, que desconsidera a necessidade de uma vida equilibrada. Como consequência desse desacordo, há um desequilíbrio na vida, gerando consequências para a saúde. Por sua vez, quando utilizar a expressão promoção da saúde, refiro-me ao termo normalmente utilizado pela literatura da área para se referir às estratégias adotadas pela Saúde Pública.

PASQUALI; NITERÓI; MASCARENHAS, 2011; BARBOSA; MATOS; COSTA, 2011; GOMES; CHAGAS; MASCARENHAS, 2010; CARVALHO 2006; BREILH, 2006; PEDRAZ, 2006).

Por outro lado, a discussão sobre o que seria o processo de humanização das práticas da saúde na rede SUS é contemplada por alguns autores (AYRES, 2015, 2005; ANÉAS; AYRES, 2011; DESLANDRES; MITRE, 2009; BENEVIDES; PASSOS, 2005; DESLANDRES, 2004). Segundo Deslandres (2004) o emprego dessa temática se refere a um amplo conjunto de iniciativas direcionadas à melhoria do processo que envolve o atendimento à saúde. Todavia, ainda não possui uma definição mais precisa, sendo normalmente entendida como a forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos da pessoa submetida a um atendimento médico. Ainda conforme a autora, é preciso considerar a subjetividade e cultura dessa pessoa, bem como o reconhecimento do profissional que presta o atendimento, de forma a criar um norte quanto a uma nova práxis na produção do cuidado em saúde.

De acordo com o pensamento de Benevides e Passos (2005), é premente diante de uma política pública que se propõe desenvolver o conceito de humanização da saúde, é fundamental que o mesmo seja reavaliado e criticado, para que possa efetuar-se como mudança nos modelos de atenção e gestão desse serviço à população. Ainda segundo esses autores, essa temática apresenta um problema:

[...] em uma dupla inscrição teórico-prática, daí a necessidade de redefinição do conceito de humanização, bem como dos modos de construção de uma política pública e transversal de humanização da/na saúde. Este segundo aspecto apontou para o debate sobre a dimensão pública das políticas de saúde em sua relação com o Estado (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 651).

Retornando ao debate sobre a humanização proposto por Ayres (2005), o autor destaca a necessidade de se discutir de forma ampliada as preocupações das práticas de saúde, perpassando pelo seu núcleo mais instrumental, alcançando seu conteúdo relacional e formativo. Em outras palavras, o processo de humanização deve ser entendido como valor, apontando para uma dimensão:

[...] em que o cuidar da saúde implica reiterados encontros entre subjetividades socialmente conformadas, os quais vão, progressiva e simultaneamente, esclarecendo e (re)construindo não apenas as necessidades de saúde mas aquilo mesmo que se entende ser a Boa vida e o modo moralmente aceitável de buscá-la (AYRES, 2005, p. 550).

No entendimento de Deslandres e Mitre (2009), a conceituação da humanização das práticas de saúde, após passar por um processo de banalização e esvaziamento dos desafios que ele anuncia, atualmente inclui os parâmetros definidos pela Política Nacional de

Humanização (BRASIL, 2004). Para essas autoras, a proposta de humanização é entendida como:

[...] um conjunto de princípios e diretrizes que afirma a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores); o fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades sociais de saúde, dos usuários e dos trabalhadores; e o compromisso com a ambiência, com a melhoria das condições de trabalho e de atendimento. O debate de humanização produzido pelos autores brasileiros vai enfocar, entre tantos aspectos e desafios, as dimensões éticas do cuidado, a importância da comunicação e do diálogo para projetos terapêuticos comprometidos com a vida e os direitos dos usuários (DESLANDRES; MITRE, 2009, p. 641).

Enfim, essa nova proposta ecoou da Saúde Coletiva que apresenta uma contextualização dos aspectos epistemológicos e ideológicos, buscando compreender o ser humano de maneira ampliada.

Entendo que a essa reflexão feita por essa área, possa ser incorporado algumas ideias advindas da Filosofia, de forma a qualificar a vivência humana. Para tanto, procuro uma aproximação, ainda que de forma incipiente, com os pensamentos de Espinosa (sec. XVII), Nietzsche (sec. XIX) e Canguilhem (sec. XX)²⁴. Esses autores discutem (in)diretamente a respeito da saúde em relação ao ser humano em sua totalidade, como centro do debate; contrapondo a dualidade conforme o método científico proposto por Descartes.

Sendo assim, esse capítulo busca construir uma linha de pensamento dialógica com as diferentes nuances que compõe o ser humano e sua relação com o alcance dos macro objetivos sociais, onde a atividade física é usada como meio utilitarista²⁵. Dessa forma, abordo a dimensão saúde tendo em vista que o homem não se restringe ao biológico; portanto, não se limitando às alterações dos padrões anátomo-fisio-patológicos.

Esse debate é complexo. No entanto, não vejo como isentar-me desse diálogo, mesmo que de maneira breve, para desenvolver a proposta deste trabalho. Todavia, tecer uma

²⁴ Neste tópico darei uma ênfase maior a proposta apresentada por Canguilhem, pelo fato de já ter discorrido, ainda que de forma parcial, anteriormente algumas ideias de Espinosa e Nietzsche. Contudo, não tenho a intenção de esgotar o assunto em relação a nenhum dos três autores, tendo em vista a complexidade que os mesmos desenvolvem em suas obras. O intuito é apenas demonstrar que há uma aproximação e um alinhamento dessas ideias quanto à crítica da visão normativa sobre a saúde.

²⁵ Abordo ao longo do texto uma perspectiva crítica em relação a essa concepção dominante, caracterizada pelas premissas biomédicas, tendo como respaldo a proposta apresentada por autores como Georges Canguilhem, Dina Czeresnia, Naomar Almeida Filho, que seguem um discurso focado na humanização da saúde e de uma filosofia da vida. Contudo, não se nega a importância da contribuição dessas áreas de conhecimento para o desenvolvimento da humanidade. O intuito é trazer à tona uma reflexão sobre o domínio dessa área, entendendo que há necessidade de se discutir com outros “olhares” e de um “outro lugar” a concepção ontológica do ser e de sua relação com a vida, de forma holística, em detrimento de uma abordagem limitada em tratar os aspectos biológicos enquanto primazia ao ser. Parto do princípio de que o biológico não é o ser, mas, embora, o biológico também o compoñha; mas, há um todo indivisível.

linha de pensamento que procure ao menos uma pequena compreensão dessa trama, será um grande desafio.

4.1 Concepção de atividade física: Abordagem utilitarista e a humanizada

Desde a Grécia antiga, há aproximadamente 2.400 anos, persiste o discurso do exercício físico como prática social notoriamente como meio utilitarista. Seu principal “patrono” foi o filósofo Platão. Como ex lutador de pancrácio – modalidade esportiva semelhante ao boxe – e influente pensador, Platão viu na prática do exercício físico um importante meio para se expandir os horizontes da nobreza da alma. Assim, atribuiu a associação dessa vivência com a música, poesia, dentre outras artes, a função para elevar o pensamento/razão, considerado a essência da vida. Em outras palavras, para não atrapalhar o desenvolvimento da alma, mantenha o corpo “saudável”.

Alguns séculos após, Platão teve no poeta romano Juvenal, um importante “aliado” para continuar a disseminar esse pensamento. “*Mens sana in corpore sano*”, “uma mente sã num corpo são”, é uma famosa citação latina, derivada da Sátira X desse poeta. No final do primeiro século da era cristã, esse pensamento era natural, pois a sociedade romana era utilitarista – tendo inclusive modificado a concepção do ócio grego, para essa perspectiva. Dai surgiu o *negotium*/negócio, ou seja, negar o ócio.

Nos séculos vindouros, mais precisamente a partir da Idade Média, os metarrelatos que fundamentavam o pensamento da humanidade até então, foram substituídos pelo racionalismo e a cientificidade emergentes dessa época. Uma dessas transformações se deu quanto à visão sobre o homem e o seu corpo. Este foi estudado pelos anatomistas, sem nenhuma condenação pecaminosa imposta aos que o “violaram”. Novos conhecimentos surgiram, compreendendo os diferentes “mistérios dessa fascinante máquina humana”. Assim, os estudos sobre a biologia humana, tiveram um desenvolvimento considerável, abrindo amplos caminhos para novos conhecimentos.

Em meio à Modernidade, os pensamentos de Descartes acirraram ainda mais a ênfase dicotômica entre o ser, pois o “*Ego cogito, ergo sum sive existo*”, ou “penso logo existo”, pela busca do verdadeiro conhecimento pela razão atribuiu novos significados ao homem. Todavia, essa concepção dicotômica de enxergar o homem, posteriormente foi contestada.

Espinosa, segundo Moreira (2010), discute sobre o corpo e a alma enquanto uma unidade afetiva, isto é, compondo um todo, mas ao mesmo tempo, sendo distintos entre si.

Essa interação pautada em uma reciprocidade quanto à influência dos afetos desencadearia em um processo dinâmico na alternância da potência do ser, interferindo inclusive na saúde. Em outras palavras, os afetos influenciam o corpo, que por sua vez influencia a alma, e vice versa. Sendo que esse processo interfere na intensidade e amplitude dessa potência.

No entendimento de Barros Filho (2012), somos partes distintas, mas compomos o mesmo todo; somos unidade na diversidade, portanto, partes complementares. Ao relacionarmos com o mundo, não é apenas uma parte de nós que o faz, corpo ou alma, mas o nosso todo, ou seja, corpo e alma. Igualmente, o mundo não é mera reunião das partes, mas um todo distinto que se relaciona conosco em sua totalidade. Essa questão explica o porquê as pessoas percebem e sentem de forma distinta aos afetos que lhe são constantemente expostos; tendo assim, diferentes reações ao qualificar uma vivência realizada em um mesmo tempo-espaço.

Portanto, entender o homem em sua indivisibilidade é considerar o processo saúde-doença não como uma oposição, mas como situações distintas e naturais da vida em sua totalidade. Outro importante aspecto a ser considerado é como as pessoas entendem esse processo.

No século XVIII, em outro campo de conhecimento, agora o pedagógico, ao estilo do pensador francês Rousseau, o ensino dos métodos europeus de ginástica, como o alemão, sueco, austríaco, francês, dentre outros, foram muito bem vistos pela sociedade moderna quanto à sua introdução na escola. Surgem novas concepções sobre a importância do desenvolvimento corporal na formação humana e quanto à saúde. Afinal, o resgate dos valores gregos que exultavam o templo do nobre pensar, o corpo, que serviriam para possibilitar a emancipação do homem pelo conhecimento, norteariam a nova sociedade emergida no capitalismo industrial associado aos valores da Revolução Francesa.

Nesse contexto, a Inglaterra, findando o século XIX, em pleno processo de desenvolvimento industrial, introduz uma nova proposta pedagógica para a formação dos jovens, tendo o esporte como principal representante. Pautado nessa concepção, o Barão Pierre de Coubertin deu um “*up*”, ressuscitando a milenar proposta helênica, instituindo os “Jogos Olímpicos da Era Moderna”. Pois era preciso ensinar valores e princípios nobres aos jovens, por meio da disciplina, da determinação e da competitividade, resgata-se o “*Citius, Altius, Fortius*”, que em latim significa "mais rápido, mais alto, mais forte". Não menos importante lembrar, é o também aspecto profilático atribuído desde então aos esportes.

No entanto, nesse mesmo período, no século XIX, os pensamentos do filósofo alemão Nietzsche, contemplam importantes assuntos a respeito da vida como, por exemplo, a

discussão da saúde. Nietzsche traz à tona a questão da “grande saúde”. Esta sendo influenciada pela vontade de potência.

Ao comentarem sobre a proposta da “grande saúde”, apresentada por Nietzsche, Alves e Carvalho (2010) destacam que para o filósofo, essa não busca a sua conservação. O que, no entanto, que distancia seus objetivos do âmbito restritivo da prevenção da saúde, até então normalmente defendido. Entretanto, essa proposta, fundamentalmente, afirma a vida em sua plenitude, mas também, e não menos importante, afirma a dor e a morte como pulsões vitais da própria vida. Em outras palavras, a “grande saúde” não é estática, mas dinâmica, que deve-se lutar para conquistá-la, por meio do aumento da potência²⁶.

Portanto, cabe a cada pessoa desenvolver a sua potência, se construir e buscar superar a própria vida. Essa vontade de agir através da força vital, conduziria a afirmação da vida em todo seu esplendor, pois supera todas as adversidades, como, por exemplo, a dor. Esta entendida não como um obstáculo para viver, mas como um estímulo para a superação.

Nietzsche alega que o corpo pode ser visto como o centro da vontade de potência, já que cada elemento que o constitui luta indefinidamente com os demais para ganhar força e subjugar as resistências encontradas. Em outras palavras, trata de um movimento de autossuperação da própria vida.

Assim como Espinosa, que questionou o tecnicismo cartesiano, Nietzsche também tece suas críticas a uma das importantes teorias da Modernidade, a proposta evolucionista de Darwin. Para o filósofo alemão, o homem não pode e não quer apenas conservar-se ou adaptar-se para sobreviver, só um homem doente desejaria isso. Segundo Nietzsche, o homem almeja expandir-se, dominar, criar valores, dar sentidos próprios à vida. Isto significa que o homem quer ser ativo no mundo, criar suas próprias condições de potência. É uma busca de sinergismos com outras forças que aumente a sua potência.

Para Nietzsche a potência da vida pode ser aquilo que dá sentido e cria valores; ela não busca, ela dá; não procura, cria; não aspira, compõe; não exige, inventa; não interpreta, produz. Desta forma, se estabelece uma hierarquia onde algumas forças são capazes de mandar e outras levadas a obedecer. Para o autor, a saúde do corpo, por exemplo, dependeria desse processo.

Semelhante a Espinosa, Nietzsche também entende que a vida possui contradições que resultam em uma dinamicidade, um tensionamento. Para esse último autor, na vida há

²⁶ Talvez para a maioria das pessoas que não estão familiarizadas com essa temática, surja o questionamento sobre a relação existente entre a potência da vida e saúde. No entanto, embora, ainda incipiente no Brasil, há alguns trabalhos publicados que contemplam essa discussão (SAITO; CASTRO, 2010; ALVES; CARVALHO, 2010; TEIXEIRA, 2004; PRADO, s.d).

uma luta entre dois impulsos: um de mais e outro de menos, ou, um positivo e outro negativo. O impulso denominado como de “mais”, é um impulso de vida, que aumenta a potência. Em contrapartida, há o impulso de menos, que remete à morte, passividade, degeneração, aniquilamento, que diminui a potência da vida. Esta é a concepção trágico-dialética (NIETZSCHE, s.d). É a luta do ser contra o não ser; o fraco querendo se tornar forte.

Contudo, para ambos os autores, a potência da vida, trata, poder-se-ia dizer, de uma atitude, em que a pessoa desenvolve uma força, sua potência, para alcançar um objetivo; se superar. Dessa forma, essa potência é inerente ao ser humano. Todavia, há uma inter-relação entre os fatores internos ao homem e os externos, provocando uma alternância nessa potência. Em outras palavras, há uma relação recíproca entre o ser e o mundo, onde um influencia e é influenciado pelo outro, gerando uma oscilação dessa potência, podendo influenciar inclusive no processo saúde-doença.

Segundo Moreira, ao discutir sobre a perspectiva apresentada por Nietzsche, essa relata que a proposta apresentada por esse filósofo, é creditar à vida uma potência capaz de superar a doença. Assim, de acordo com Nietzsche, “[...] ser saudável não é somente não adoecer, mas conseguir fazer oposição à enfermidade” (MOREIRA, 2006, p. 73). Portanto, nesse processo há uma inter-relação entre o corpo e alma.

Espinosa considera que corpo e alma, não agem tendo em vista fins distintos, mas operam segundo uma causa interna. Dito de outra forma, em virtude de sua potência, visa alcançar o *Conatus*. Assim, o corpo é uma estrutura complexa composta de outros corpos menores. A alma é entendida como uma “ideia do corpo”, isto é, a consciência dos afetos sentidos pelo corpo, e também consciência de si mesma. Alma e corpo são definidos como modos finitos dos atributos que em sua essência podem alcançar diferentes intensidades de potência (ESPINOSA, s.d).

Em síntese, para Espinosa, é pelo corpo que se toma contato com a realidade exterior, isto é, com os demais corpos com os quais se interage. A alma, ideia do corpo, não é um reflexo do corpo, mas a consciência do corpo e de sua inteligibilidade, bem como a de outros corpos. Dessa forma, corpo e alma são totalmente singulares, tanto no plano da existência e no plano da essência.

Embora compreenda a pessoa em sua indivisibilidade, Espinosa acredita que haja uma “simultaneidade”, ou paralelismo, do que ocorre entre o corpo e a alma. No entanto, isto não significa que haja uma relação causal entre ambos, já que nem o corpo pode determinar a alma a pensar, nem esta, determinar o corpo ao movimento ou ao repouso; mas, se trata de uma simbiose.

No entanto, Espinosa não nega a influência do corpo sobre a alma e, vice versa. Para ele, esse paralelismo da ação dos afetos sobre o ser, isto é, tanto a alma quanto o corpo, gera uma ação. Assim, a alma será passiva quando o corpo o for; e, ativa, quando ele também, assim, o for. Dessa forma, enquanto o corpo se esforça para manter o movimento e/ou repouso característicos, a alma também procura perseverar sua essência, através das ideias que lhe são peculiares (MOREIRA, 2011).

Ao tecer seus comentários sobre a proposta de Espinosa, Chauí (1983) relata a discordância desse filósofo à visão mecanicista de Descartes. Pois para o filósofo, segundo a autora, há uma unidade e uma inteligibilidade intrínseca e que constituem a essência de um modo singular. Essa mesma autora, aponta que Espinosa rejeita a tentativa:

[...] de esclarecer o que seja a natureza humana pela comparação dos homens entre si. Na carta n.º 21, a Blyenbergh, Espinosa considera que é um absurdo dizer que um cego é imperfeito ou menos perfeito do que um vidente. O cego seria imperfeito se a visão fizesse parte de sua essência e ele estivesse privado dela (CHAUI, 1983, p. 15).

Diferentemente de Espinosa, Nietzsche pensa no corpo como uma estrutura social de impulsos e afetos que lutam incessantemente para aumentar sua potência, subjungando outros conjuntos afetivos. Portanto, o corpo, é disposto hierarquicamente em relação superior à alma, em constante luta por intensificação de potência, e não por conservação como equilíbrio estático de suas partes constituintes, isto é, em oposição à conservação. Nietzsche propõe a superação como o caráter próprio da vida, atrelada à vontade de potência (MOREIRA, 2011).

Todavia, esses preciosos e vanguardistas pensamentos filosóficos, foram abafados pelo racionalismo. Este buscava a solução para os problemas sociais advindos do crescimento da industrialização e urbanização. Pode-se citar, por exemplo, os graves quadros endêmicos que matavam aos milhares nos grandes centros urbanos. Nesse cenário, o homem precisava adotar novos hábitos, cuidar de sua assepsia, sua higiene pessoal; manter-se moralmente “na linha”, ser ilibado. Por outro lado, também precisava ter um corpo forte para enfrentar o inimigo que a qualquer hora poderia invadir o seu país; bem como mostrar que era de uma raça superior às demais.

Em suma, após centenas de anos, a sociedade do século XX volta-se acirradamente para o “velho” princípio proposto por Platão, dando à atividade física um lugar de destaque social na educação, na disciplinarização dos corpos e como meio profilático. Importante é destacar a relevância social atribuída à Epidemiologia no início desse milênio para alcançar esses objetivos.

Almeida Filho (1991, 1986) discute as raízes da Epidemiologia a partir do tripé “Clínica-Estatística-Medicina Social”, que segue o ideário da Saúde Pública e da medicina preventiva. Segundo esse autor, a crise das sociedades capitalistas revela uma incapacidade do sistema econômico em promover as condições de vida adequadas às pessoas. Assim, surge um cenário para redescobrir o caráter social e cultural de enfermidade e da medicina, atrelado ao pensamento positivista das ciências do homem, vinculado ao modelo biológico.

Assumindo uma conotação política e ideológica, essa área de conhecimento influenciada pelo sistema capitalista, inicia as grandes incursões dos inquéritos epidemiológicos, principalmente das doenças não infecciosas, que apresentavam como uma grande demanda da Saúde Pública no início do século XX (ALMEIDA FILHO, 1986).

Para Ayres (2011, 2002) as primeiras particularidades que identificam o caráter discursivo próprio da Epidemiologia entre os saberes da saúde, que a validou socialmente, podem ser sucintamente apresentados em três aspectos articulados, a saber: 1) O controle técnico dos agravos à saúde como horizonte normativo; 2) O comportamento coletivo dos fenômenos patológicos como a base sobre as quais a verdade das proposições epidemiológicas se apoiavam; 3) A variação quantitativa como a linguagem que mais autenticamente expressava a possibilidade de se apreender e intervir sobre tais fenômenos coletivos e o seu controle técnico. Ainda conforme esse autor, “[...] as exigências de validação dos discursos científicos se afastavam da preocupação com o sentido ontológico que inspirava o conceito de constituição epidêmica e valorizavam apenas o que fosse passível de formalização e aplicação pragmática” (AYRES, 2002, p. 34).

Diante desse cenário ideológico, instituiu-se o conceito de risco epidemiológico. Este segundo Ayres (2002), tinha como objetivo determinar por meios estatísticos a probabilidade de uma pessoa qualquer na população está sujeita ao risco de determinado agravo à saúde em determinado tempo-espaço.

Contudo, ainda que predominasse esse pensamento hegemônico, na primeira metade do século XX, o filósofo e médico francês, Georges Canguilhem, questiona os princípios biologicistas que regiam o entendimento da saúde. Assim, em sua tese de doutorado em Medicina em 1943, e ao longo de sua vida, continua a tecer diversas críticas a essa concepção. Canguilhem (2009) questiona os aspectos referentes à normatização – estipulação de parâmetros comparativos – e a normalidade – denota uma continuidade dinâmica caracterizada por alternâncias da saúde – para determinar o que seria saudável e/ou patológico.

O principal questionamento de Canguilhem (2009) é desenvolvido, sobretudo, a partir da crítica ao modelo positivista de Auguste Comte e de Claude Bernard. “Seria o estado patológico apenas uma modificação quantitativa do estado normal de saúde da pessoa?” Em outras palavras, Canguilhem interpelava se a diferença entre o normal e o patológico, seria apenas uma diferença quantitativa quanto às alterações das funções e órgãos isolados do corpo humano. Se assim for, os fenômenos patológicos no organismo vivo se restringiriam às variações quantitativas parametrizadas pelos déficits ou excessos apresentados pelo corpo.

Refletindo sobre as propostas apresentadas por esses dois autores, Canguilhem (2009) refuta as argumentações de ambos. O pensamento Comteano, segundo o autor, pauta-se no interesse em discutir a partir do patológico para o normal, com a finalidade de determinar especulativamente as leis do normal. Comte entende o normal como substituto de uma experimentação biológica muitas vezes impraticável, sendo a doença digna de estudos sistemáticos. Assim, a identidade do normal e do patológico, se daria em detrimento do conhecimento do normal.

Canguilhem (2009) ao questionar a proposta de Claude Bernard, alega que esse tinha o interesse em dirigir-se do normal para o patológico, tendo a finalidade de uma ação racional sobre o patológico. Em outras palavras, o patológico seria o fundamento de uma terapêutica, uma ruptura com o empirismo, que o conhecimento da doença é buscado por meio da fisiologia, e a partir dela.

Esse filósofo ao desenvolver sua tese quanto ao problema apresentando por meio de amostragens e diversas situações em que a normalidade se contrapõe à patologia, considerando apenas as diferenças quantitativas – pelo risco epidemiológico/estatístico –, contrapõe-se ao reducionismo fisiológico. Dessa forma, esse autor, rejeita que o “[...] estado patológico não é um simples prolongamento, quantitativamente variado, do estado fisiológico, mas é totalmente diferente.” (CANGUILHEM, 2009, p. 66).

Para o autor, saúde e doença, são estados distintos, assim como o patológico do normal; como um atributo difere de outro, quer pela presença ou ausência de um princípio já definido, quer pela reestruturação do biológico como um todo. Seguindo com seus apontamentos, o filósofo reflete sobre a convicção da medicina em poder restaurar cientificamente o normal a tal ponto de anular o patológico. O que é questionado é a ênfase sobre a doença em detrimento do ser. Em outras palavras, a doença deixa de ser objeto de angústia para o homem saudável, e, torna-se objeto de estudo para o teórico da saúde. E é justamente no patológico que se pode decifrar o ensinamento da saúde.

De acordo com Canguilhem (2009, p. 67) o “[...] estado de saúde, para o indivíduo, é a inconsciência de seu próprio corpo”; por outro lado, o autor entende a doença não como sendo uma modificação quantitativa de certo fenômeno, fisiológico ou normal, mas, como um estado autenticamente normal. Em outro momento de sua obra, o Canguilhem relata que a saúde “[...] nada mais é que a indeterminação inicial da capacidade de instituição de novas normas biológicas” (CANGUILHEM, 2009. p. 158).

Assim, Canguilhem, tendo como referência a perspectiva do conceito normativo, de acordo com a filosofia, questiona a definição de saúde a partir do estado patológico. Este conceito seria qualquer julgamento de apreciação ou qualificação conforme uma norma que também estará subordinada a quem a institui. Portanto, de forma arbitrária, segundo os parâmetros e perspectivas de quem o determina.

Desta maneira, o limite entre o normal e o patológico, torna-se impreciso para pessoas quando considerados “simultaneamente”, ou seja, valendo-se de médias de indicadores fisiológicos, pois ao apresentar a doença em um determinado caso, em outro, esta poderá não ser entendida como uma patologia. Portanto, é imprescindível considerar a subjetividade ao analisar esse fenômeno (AYRES, 2007, 2005; GUIMALHÃES; MENEGHEL, 2003).

Canguilhem aponta que há outra alternativa para se compreender as distinções entre o normal e patológico. Esta seria por meio de uma análise qualitativa, e não meramente quantitativa entre os dois estados. O autor apresenta duas possibilidades. A primeira por meio de uma abordagem ontológica devido ao fato de encarar a doença como o resultado da presença do que tem realidade ontológica distinta do corpo são. Já a outra, teria um caráter funcional ou dinamismo relacional, tendo sua inspiração na medicina grega.

Esta se caracteriza em encontrar na natureza (*physis*), tanto no homem como fora dele, a harmonia e equilíbrio. A perturbação desse equilíbrio, da homeostase, resultaria na doença. Nesse caso, segundo o autor, a doença não está em alguma parte no homem; está em todo o homem e é toda dele (CANGUILHEM, 2009). A doença aparece assim como um acontecimento que diz respeito ao organismo vivo encarado em sua totalidade.

Safatle (2011) ao comentar sobre o posicionamento feito por Canguilhem, destaca que quando se classifica o patológico como um sistema isolado, esquece-se a relação da totalidade indivisível do ser. Portanto, é necessário considerar que há uma diferença qualitativa fundamental que atinge todo o organismo com a integralidade de seus processos e funções. A partir dessa visão, Canguilhem (2009) apresenta o seguinte questionamento:

“Afinal, a patologia é um conhecimento objetivo ou é resultado do sentimento subjetivo do paciente?”

Segundo o autor, ser doente é para o homem viver uma vida diferente. Ou seja, vincular o normal a partir de uma relação normativa de ajustamento ao meio, implica afirmar que não há fato algum que seja normal ou patológico em si. Dessa forma, não há uma continuidade quantitativa entre normal e patológico, mas uma descontinuidade qualitativa.

Canguilhem defende um ponto polêmico quanto à definição do estado doentio do corpo e a pessoa reconhecer-se como doente. Para o autor, a patologia é um conhecimento objetivo – *disease* – ou é resultado do sentimento subjetivo do paciente? – *illness*. Canguilhem se recusa a aceitar a perspectiva que vincula o normal ao conceito estatístico, ou ainda, de um tipo ideal em condições experimentais determinadas, como se o normal fosse um problema de biometria. Enfim, para o filósofo, a saúde e a doença é uma complementariedade da vida, e não uma contradição.

Seguindo essa perspectiva, Uchôa e Vidal (1994) reportam-se à distinção paradigmática entre o processo e a experiência da doença, respectivamente entendida pelos termos da língua inglesa como “*disease*” e “*illness*”. No primeiro caso, a doença refere-se às anormalidades de estrutura ou funcionamento de órgãos ou sistemas; já a “doença experiência”, remete à subjetividade. Nessa concepção, a experiência da doença não é vista como simples reflexo de uma alteração dos padrões anatomopatológicos; mas, considera a ideia de normas, valores e expectativas, tanto individuais como coletivas, e se expressa em formas específicas de pensar e agir.

Em meio a esses questionamentos surge a Saúde Coletiva. Conforme Amarante, Cerqueira e Castelar (2014, p. 69), esse último campo de conhecimento “[...] resulta e é expressão de movimentos sociais, de tensionamento e de reconstrução de certos modos de conceber a ciência e de se agir em saúde”. Segundo essas autoras, a Saúde Coletiva é uma área que integra uma proposta interdisciplinar e multiprofissional aos modos de produção e legitimação dos saberes na área de saúde. Assim, se apresenta ao mesmo tempo como movimento teórico, prático e político, questionando a produção de saberes sob a perspectiva da ciência positivista e cartesiana, partindo do pressuposto de que não há ciência neutra, se não interessada em determinados interesses (SOUZA, 2014).

Tendo em vista essa distinta proposta de entender o processo saúde-doença, a Saúde Coletiva, por meio de uma perspectiva fenomenológica possibilita uma visão ampliada sobre esse processo (AYRES, 2007; CAPRARA, 2003). Para tanto, segundo os autores, é preciso entender o homem em sua indivisibilidade, considerando esse processo não como uma

oposição entre saúde e doença, mas, como situações distintas e naturais da vida em sua totalidade.

Também é importante compreender como as pessoas percebem esse processo. Pois há diferenciações quanto ao entendimento sobre os padrões sobre saúde e doença, não somente em sociedades distintas; mas, também, no interior dessa mesma sociedade, tendo em vista que ela é dinâmica e recebe constantemente a influência dos fatores socioeconômicos e culturais, e suas subculturas (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002; UCHÔA; VIDAL, 1994).

Dessa forma, deve-se considerar não apenas os aspectos científicos, mas, também as experiências pessoais, bem como as concepções sobre a doença e a saúde advindas de determinado grupo social, denotando, assim, uma representação social desse processo. Por sua vez, interferirá diretamente na escolha dos devidos cuidados preventivos e/ou de tratamento do processo saúde-doença (BRITO; CAMARGO, 2011; DUARTE, 2003).

Além de considerar a construção dessa representação social, Almeida Filho (2000) chama a atenção sobre o significado semântico da saúde, que pode lhe atribuir novos valores. Esse autor apresenta uma discussão sobre a etimologia do termo saúde em diferentes idiomas para esclarecer a amplitude que esse conceito traz consigo, contrapondo ao tradicional conceito do reducionismo biológico ocidental:

[...] a etimologia do termo saúde denota uma qualidade dos seres intactos, íntenos, com sentido vinculado às propriedades de inteireza, totalidade. Em algumas vertentes, saúde indica solidez, firmeza, força. Por outro lado, as línguas ocidentais modernas desenvolveram uma variante distinta, com base em raiz etimológica medieval de base religiosa, vinculada às conotações de perfeição e santidade (ALMEIDA FILHO, 2000, p. 300).

Nessa perspectiva, o homem em sua totalidade e univocidade está atrelado de forma imanente à vida em sua plenitude. Dessa forma, apresenta uma complexidade que não pode ser reduzida a uma simples análise anatomo-fisio-patológica para determinar se é saudável ou doente; portanto, definir um estado perfeito do ser. Tendo em vista que a concepção da vida, e conseqüentemente, do processo saúde-doença, é influenciada pelos aspectos culturais, pelos princípios e experiências individuais, cada pessoa pode ressignificar e atribuir-lhe novos valores quanto às normatizações estabelecidas pela ciência. Sendo assim, faz-se necessário compreendê-lo de maneira ampliada.

Apresentado alguns dos princípios básicos da Saúde Pública e Saúde Coletiva²⁷, faço breve exposição de suas singularidades²⁸ e sua relação quanto às concepções da atividade física. Estas ocorrem em virtude da adoção de paradigmas científicos distintos.

²⁷ Embora busque neste trabalho um diálogo com diferentes propostas da área da saúde, a qual a Educação Física

Início abordando sobre a área epidemiológica. Esta como subárea da Saúde Pública, predomina a perspectiva “quantitativa”, normalmente adota o paradigma positivista. Entretanto, os autores da abordagem “qualitativa” dialogam mais com a Saúde Coletiva. Medeiros *et al.* (2012) ao discorrerem sobre as diferenças teórico-metodológico existentes na Epidemiologia, contemplam essa discussão ao relatar a opção por uma perspectiva biologicista ao pensar no processo saúde-doença. Esses autores complementam o raciocínio ao declararem que há diferentes formas de pensar a saúde:

A Saúde Pública consolidou o controle das doenças na sociedade, tendo por fundamento as concepções da Epidemiologia Tradicional e a Teoria da Multicausalidade, com conceitos de saúde e doença empíricos, reduzidos ao plano fenomênico e individualizados à causa biológica. A metodologia de intervenção, nesse contexto, é a empírico-analítico, baseada no positivismo estrutural-funcionalista, tendo como eixo norteador os interesses do Estado (MEDEIROS *et al.* 2012, p. 1520).

A Saúde Coletiva consolida-se como campo produtor de conhecimentos por meio de interpretações das transformações, ocorridas particularmente na sociedade latino-americana, na busca de explicações para os adoecimentos que atingiam as classes sociais mais baixas. Tem como princípio filosófico o Materialismo Histórico e Dialético (MHD) e fundamenta a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença. A metodologia de intervenção baseada no MHD baseia-se na compreensão de que a realidade objetiva é determinada por suas diferentes dimensões: singular, particular e estrutural (MEDEIROS *et al.* 2012, p. 1520).

Essas autoras esclarecem a distinção que um mesmo fenômeno social, como, por exemplo, o caso da atividade física e sua relação com a saúde, dependendo de quem e de onde está observando tal fenômeno, pode assumir uma concepção diferenciada de ciência, e também, de valores ideológicos na elaboração de estratégias para o seu desenvolvimento. Portanto, se não houver um posicionamento do pesquisador de qual paradigma científico está seguindo, e de uma coerência metodológica adotada, poderá haver conflitos quanto à discussão desse fenômeno quando debatidos por essas duas correntes de pensamento.

Esse debate é abordado de maneira pertinente por Augusto (2014). O autor sintetiza algumas das diferentes concepções epistemológicas, axiológicas e ontológicas que estão subjacentes ao paradigma quantitativo e ao qualitativo, quanto ao debate entre as metodologias de investigações adotadas:

Diferenças ontológicas sobre a natureza percebida da realidade: o paradigma positivista acredita numa realidade única que pode ser medida de forma confiável e

está inserida, para explorar essa temática, devido a sua dimensão interdisciplinar e multiprofissional, o foco será dado aos autores da Educação Física. Pois são esses que operacionalizam as intervenções quanto à vivência da atividade física, e também em muitos casos, atuam enquanto gestores e/ou coordenadores desses programas. Contudo, em sua maioria, seguem os princípios da Saúde Pública ao desenvolver suas ações.

²⁸ Ao realizar esse debate não se pretende negar a importância social e acadêmica entre as áreas. Ademais, seria relevante realizar um maior diálogo entre ambas, minimizando suas diferenças, de modo a potencializar o desenvolvimento humano e social, ao invés de discuti-las enquanto paradoxais.

válida usando princípios científicos; o paradigma interpretativo acredita em realidades múltiplas, socialmente construídas, que geram diferentes significados para diferentes indivíduos, e cuja interpretação depende do olhar do investigador. Diferenças epistemológicas, baseadas na relação entre investigador e investigados: o paradigma positivista defende o afastamento e a separação entre investigador e objeto de estudo; para o paradigma interpretativo, estas duas entidades estão dependentes uma da outra, sendo que a relação privilegiada do investigador com os investigados beneficia a pesquisa. Diferenças axiológicas, focadas no papel dos valores na pesquisa: os positivistas defendem que a pesquisa deve ser isenta de valores; e os defensores do paradigma interpretativo dizem que a investigação é em grande medida influenciada pelos valores do investigador [...] (AUGUSTO, 2014, p. 2).

Conforme exposto, não existe aparentemente, nenhum ponto de aproximação entre os dois paradigmas. O qualitativo compreende a realidade como construída pelo olhar do pesquisador e pelo contexto em questão, dando margem para a ideia de que não existe uma realidade pré-estabelecida, sendo esta, uma construção contemporânea à investigação. Já o paradigma quantitativo assume o inverso, ou seja, preconiza que existe uma realidade objetiva, sendo o propósito de a ciência desvendá-la da forma mais neutra possível.

Tendo em vista as especificidades dessas duas áreas de conhecimento, identifica-se na proposta realizada por Hallal e Knuth (2011) um diálogo entre essas duas correntes. Esses autores ao abordarem a respeito da atividade física, segundo essas concepções, identificam a intransigência de alguns pesquisadores em adotar métodos múltiplos, isto é, quali-quantitativos, pois alegam que as áreas apresentam paradigmáticos distintos, não podendo haver uma convergência. Por outro lado, segundo esses autores, há pesquisadores “mais abertos”, ou seja, dispostos a trabalharem com essa perspectiva, pois entendem ser uma possibilidade para uma maior compreensão do fenômeno estudado.

Entendo que essa proposta nada mais é do que buscar a tão falada, mas pouco aplicada, interdisciplinaridade ou transversalidade. Ayres (2002, p. 41) relata que:

[...] a fusão dos horizontes discursivos das diversas disciplinas científicas requer não o abandono de um discurso em prol de outro, mas a criação de categorias que expressem os novos contornos que adquirem seus constructos a partir das luzes que sobre ele projetam os discursos de outras disciplinas.

Corroboro a essa perspectiva, pois, embora haja distinções entre as áreas, pode-se estabelecer um sinergismo entre ambas na construção de conhecimentos. A continuidade desse distanciamento denota uma arrogância e prepotência acadêmica, que ao invés de contribuir para o desenvolvimento do saber, só colabora para o seu atraso e limitação. Por sua vez, o seu principal interessado, o próprio ser humano, é prejudicado.

Todavia, ainda há pouca troca de experiências entre essas áreas ao se tratar sobre a atividade física. Hallal e Knuth (2011) relataram existir uma baixa contribuição no campo da

abordagem “qualitativa” a essa discussão. Segundo esses autores, os pesquisadores da Educação Física que militam nessa área, têm apresentado uma maior produção de ensaios do que propriamente de investigações empíricas, como o ocorrido com a Epidemiologia da atividade física. Dessa feita, não basta apenas criticar, mas, também ir ao campo, para desenvolver as propostas alternativas de se fazer ciência, trazendo para a academia as discussões pertinentes, que contribuirão para o avanço do conhecimento.

No entanto, embora favorável ao diálogo entre as áreas, é relevante ao se procurar um dialogismo, considerar alguns cuidados quanto à estipulação dos objetivos, as peculiaridades do objeto de estudo, o referencial teórico e os procedimentos metodológicos adotados ao investigar determinado fenômeno, como, por exemplo, a atividade física. Nos dizeres de Ayres (2002), se faz necessário uma releitura dos construtos conceituais seguindo a perspectiva transdisciplinar, de forma a potencializar a ciência no desafio de promover a saúde.

No entanto, essa não é normalmente a realidade encontrada em relação a atividade física. Seguindo a perspectiva positivista, essa vivência foi conceituada na década de 1980, como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, que resulta em gasto energético maior do que os níveis de repouso (CASPERSEN, POWELL, CHRISTENSON, 1985). Segundo esses autores, o termo exercício físico refere-se a toda atividade física planejada, estruturada e repetitiva que visa a melhoria e a manutenção de um ou mais componentes da aptidão física. Com base nessa perspectiva, o exercício físico pode ser considerado uma subcategoria de atividade física.

O esporte, embora represente outra dimensão social no sentido de sua representatividade e construção histórica, também é entendido como uma subcategoria da atividade física. Contudo, segundo Nogueira e Palma (2003, p. 107), o esporte “[...] pode ser uma atividade coletiva ou individual, caracterizada principalmente pelo sentido agonístico e que historicamente esteve associado ao divertimento, ao prazer da disputa e ao fortalecimento do caráter, mas não necessariamente à saúde”.

Quanto à categorização, a atividade física é subdividida em quatro domínios: 1) deslocamento ativo – andar a pé, de bicicleta, skate; 2) doméstica – realização de cuidados pessoais e pequenos afazeres como faxina; 3) laboral – atividades realizadas para a execução do ofício seja ele qual for; 4) lazer – sobretudo, as físico-esportivas (CASPERSEN, POWELL, CHRISTENSON, 1985). Segundo Florindo *et al.* (2009) esse último domínio é o mais utilizado em inquéritos epidemiológicos tanto em países de alta renda, quanto nos de baixa renda, devido a características sociais que permitem a sua livre prática.

Essa categorização denota uma distinção analítica para se compreender a sua inserção social, notadamente, com enfoque utilitarista para a obtenção do controle social, usando-a como meio profilático na construção da saúde, e no tratamento de enfermidades e da eugenia (NOGUEIRA; PALMA, 2003). Para tanto, a sua prescrição segue os princípios do treinamento físico que considera, por exemplo, as variáveis: intensidade, frequência, tempo de execução e recuperação do estímulo, as capacidades físicas envolvidas – força, resistência, flexibilidade –, uso de materiais e suplementos nutricionais, dentre outros aspectos.

Com o crescimento do conhecimento científico sobre os benefícios dessa vivência ao longo do último século, houve um aumento do interesse da área epidemiológica em investigá-la mais detalhadamente. Essa associação resultou na subárea denominada de Epidemiologia da atividade física (HALLAL *et al.* 2012; VILLARTA, 2007; HALLAL *et al.* 2007; PITANGA, 2002).

Como dito, o motivo que impulsionou o desenvolvimento dessa abordagem foi o fenômeno chamado de tríplice processo de transição: demográfica, epidemiológica e nutricional. Essas mudanças ocorridas nas últimas décadas do século XX ocasionaram modificações sociais profundas, como a inversão da pirâmide demográfica – há um maior envelhecimento populacional em relação à taxa de natalidade; alteração no quadro das morbimortalidades, com predominância das DCNT; alterações nos padrões dietéticos e nutricionais da população e diferentes estratos sociais e faixas-etárias, caracterizando-se pela redução nas prevalências dos déficits nutricionais, e/ou aumento de uma alimentação hipercalórica, ocasionando assim, modificação na composição corporal das pessoas.

No entanto, encontra-se no meio acadêmico, percepções distintas quanto ao incentivo da atividade física com meio e não um fim em si mesmo. Como meio, prevalece um viés utilitarista positivista; enquanto fim, uma perspectiva pautada na subjetividade e qualificação de sua vivência, sendo denominada de práticas corporais.

Embora, o termo atividade física seja normalmente usado como referência nas publicações tanto em nível nacional quanto internacional, a incorporação da proposta filosófica apresentada pelas práticas corporais, denotaria uma ligação mais diretamente relacionada com a perspectiva da Saúde Coletiva (FALCÃO; SARAIVA, 2009; CARVALHO, 2006). Essa concepção não tem o intuito de criar uma disputa com a proposta da atividade física, mas desengatilhar uma forma de pensar o movimento humano, imbricado por uma transformação na sua compreensão e vivência. Portanto, extrapola-se, enquanto atividade estereotipada, buscando uma experiência potencializadora de satisfação e de novos

sentidos. Portanto, esse debate se dá também nas esferas ideológica, filosófica, social e metodológica.

Autores como Gomes, Fraga e Carvalho (2015, 2013) fazem uma discussão ideológica a esse respeito em duas obras específicas, a saber: “As práticas corporais no campo da saúde” e “Práticas corporais no campo da saúde: Uma política de formação”, respectivamente. As obras abordam os aspectos conceituais e diferenças existentes com a proposta da atividade física, propondo a adoção de uma nova perspectiva de intervenção dos profissionais da saúde, sobretudo, da Educação Física.

Importante ressaltar neste momento é a definição formulada para as práticas corporais. Conforme consta no Glossário da promoção da saúde (BRASIL, 2012, p. 28), essas são conceituadas como:

Expressões individuais ou coletivas do movimento corporal, advindo 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). Notas: i) Manifestações da cultura corporal de determinado grupo que carregam significados que as pessoas lhe atribuem, e devem contemplar as vivências lúdicas e de organização cultural. ii) Existem várias formas de práticas corporais: recreativas, esportivas, culturais e cotidianas.

Essa proposta já era defendida por Carvalho (2006). Para a autora, as práticas corporais se caracterizam e diferenciam em relação à abordagem tradicional da atividade física, ampliando o seu entendimento. Ademais, essa concepção procura estabelecer um estreito diálogo com outras áreas do conhecimento em uma perspectiva interdisciplinar, onde a pessoa é o centro da ação.

Ademais, ainda segundo Carvalho, essa proposta procura entender o ser humano em movimento, a sua gestualidade, os seus modos de se expressar corporalmente, atribuindo valores, sentidos e significados ao conteúdo e à intervenção. Embora ainda bastante recente em relação à atividade física, o reconhecimento das práticas corporais, é crescente quanto à sua distinção e emprego nos trabalhos acadêmicos ou em documentos governamentais.

Com o intuito de trazer uma contextualização do uso desse termo, reporto-me ao estudo de Lazzarotti Filho *et al.* (2010). Os autores realizaram uma pesquisa em periódicos que possuíam base de dados *online* para identificar quais os significados/sentidos com os quais o termo práticas corporais era utilizado pela literatura acadêmica brasileira. A justificativa para tal investigação foi a identificação de um aumento do uso desse termo em diferentes meios: acadêmico, governamental e midiático (LAZZAROTTI FILHO *et al.* 2010).

Os autores citam como exemplo de documentos que encontram esse termo, a Política Nacional de Promoção da Saúde e os Parâmetros Curriculares Nacionais de Educação

Física para o Ensino Fundamental. Apresento a seguir alguns dos resultados encontrados pelos autores que considero pertinentes como meio ilustrativo:

[...] o termo “práticas corporais” aparece pela primeira vez em artigo de autoria de Fraga (1995) e passa a ser mais utilizado a partir de 1996. Ao verificar o ano de publicação dos textos recuperados, identificamos que 86% situam-se entre os anos 2000 e 2008 e 14% entre 1990 e 1999, mostrando-nos, com as devidas ressalvas, que o termo vem sendo utilizado com maior frequência e ganhando maior relevância acadêmica com o passar dos anos (LAZZAROTTI FILHO *et al.* 2010, p. 18).

Os artigos recuperados e analisados, em número de 260, encontram-se 67% publicados em periódicos do campo da Educação Física; 7,7% na Educação; 4,6% na Antropologia; 4,2% na Saúde; 4,2% na Psicologia; 3,8% em periódicos de origem multidisciplinar; 3% na História; 1,9% nas Ciências da Comunicação; 1,5% nas Ciências Sociais e 1,1% na Sociologia (LAZZAROTTI FILHO *et al.* 2010, p. 18).

Os autores concluíram que o campo da Educação Física, mais relacionado com as áreas sociais e humanas, foi o que mais adotou a concepção das práticas corporais. No entanto, quando o termo é identificado na área da saúde, estava vinculado mais especialmente com a Saúde Coletiva. Percebe-se, que embora o uso do termo esteja presente há 20 anos na literatura científica nacional, se concentra predominantemente na Educação Física. Todavia, em geral, nessa área, ainda predomina o uso do termo e também a concepção positivista da atividade física. Talvez, devido a esse fato, permanece tanto nessa área, como na Saúde Pública, essa conotação perpetuando o enfoque utilitarista e a relação casuística entre a sua vivência e a saúde.

Carvalho (2006) contempla esse debate ao discutir a necessidade de distinguir as principais diferenças conceituais entre os termos, atividade física, exercício físico, Educação Física, lazer e recreação, muitas vezes entendidos no senso comum, como sinônimo. Por sua vez, esse equívoco reflete na elaboração de propostas de intervenção, notadamente relacionada à promoção da saúde.

A autora em tela, chama a atenção desse fato ao abordar sobre a ação da indústria cultural por meio do *marketing* que incentiva consumir a atividade física – com seus serviços e produtos – bem como as estratégias publicitárias sobre a promoção da saúde destacando a questão da vulnerabilidade à doença, que também reforça esse discurso. Assim, incentiva-se a vivência da atividade física para se aumentar o gasto calórico e a estimulação dos diversos sistemas orgânicos para obter a saúde e/ou prevenir a doença.

Nessa perspectiva, o discurso preventivo segue uma série de recomendações normativas de mudança de comportamento que são respaldadas por pesquisas científicas em

todo o mundo. Dessa forma, prevalece uma abordagem utilitarista da atividade física quanto à proposta preventiva ou mesmo de promoção da saúde.

Ao continuar com esse debate, Carvalho (2006) chama a atenção quanto a associação equivocada feita à saúde e a concepção do exercício físico e atividade física. A autora destaca que a referência que se tem sobre exercício físico relaciona-se aos programas de atividades regulares e repetitivas; enquanto que a atividade física envolve outros tipos de movimentos que não são necessariamente exercícios físicos, desde que aumentem o gasto energético da pessoa, como por exemplo, caminhadas, subir escadas, pequenas faxinas.

Pensando além dessa proposta, Soares Alves e Carvalho (2010) apresentam como alternativa, mudar o olhar sobre a atividade física, focando-a enquanto uma experiência agradável. Segundo esses autores, deve-se buscar ressignificar os movimentos, ao invés de uma prática puramente procedimental. Em outras palavras, se faz necessário desenvolver uma percepção da sensibilidade dessas experiências que promova o encontro da pessoa consigo, com o outro, e também, com o meio em que vive; possibilitando assim, uma fluidez na expressão de sua personalidade e das relações sociais.

Enfim, essa abordagem é distinta ao discurso adotado pela Saúde Pública, que construiu seu aporte epistemológico e teórico baseado nos princípios positivistas e da apropriação da saúde enquanto o oposto da doença (CZERESNIA, 2003). Esse discurso é reforçado pelas mídias e pela indústria da saúde – atividade física, cosmética, farmacêutica, moda etc. –, influenciando a população assumir um padrão de comportamento e de consumo.

Assim, pensar a saúde e a atividade física enquanto abordagem ideológica e mercadológica é questionar a normatização preconizada pelo pensamento hegemônico. O desenvolvimento das tecnologias da saúde pode contribuir, e muito, para possibilitar uma vida melhor. Contudo, não substitui a necessidade do desenvolvimento de uma saúde e atividade física humanizada.

Pois, os elevados padrões instituídos pela Saúde Pública para se ter um estilo de vida idealizado como saudável, além da adequação dos fatores determinantes de saúde, requer da pessoa, o abster-se de alguns prazeres da vida que são “condenados” por essa proposta. Talvez, por isso, haja uma resistência por parte da população à sua adesão. Por outro lado, as pessoas têm preferido se entregar mais à satisfação da vida a assumir uma rígida disciplina quanto a esse padrão de estilo de vida idealizado.

5 PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS EM ATIVIDADE FÍSICA: PROPOSTAS E OS MACRO OBJETIVOS SOCIAIS

Neste capítulo aponto que é insuficiente, por si só, incentivar a prática da atividade física como meio de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. Entendo que essa vivência pode contribuir para alcançar esses objetivos. No entanto, a sua simples prática, destituída da ausência do desenvolvimento dos fatores determinantes à saúde, 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.

A adoção dessa concepção do ativismo físico não é nenhuma novidade. Ao realizar um resgate histórico, identifica-se que desde a antiguidade clássica até a atualidade, associa-se a vivência da atividade física como possibilidade de melhoria da saúde e do desenvolvimento humano (NOGUEIRA; PALMA, 2003). Portanto, essa concepção traz consigo uma visão higienista e de eugenista. Ou seja, embora recebendo uma nova terminologia e enfoque ideológico, ainda perdura a crença de que essa vivência auxilia na formação de uma “raça forte e saudável”.

Contudo, tal abordagem mantém a mesma concepção milenar de casualidade entre a vivência da atividade física com a obtenção de mais saúde. Dito de outra forma, essa vivência ainda segue a perspectiva utilitarista proposta por Platão. A prioridade é alcançar os diferentes benefícios decorrentes dessa vivência, deixando em segundo plano o que deveria ser o objetivo primeiro, isto é, promover a satisfação advinda dessa experiência – autotelismo.

5.1 Propostas dos programas governamentais de atividade física

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 físicos²⁹ (COSTA; MIRAGAYA, 2002).

²⁹ 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.

Essas propostas são desenvolvidas desde a década de 1960 (MENESES; MARCELLINO, 2011). Esses autores apontam a relevância atribuída a essa modalidade de programa por diversos órgãos governamentais e de Organizações Não Governamentais internacionais, que redigiram 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. Costa e Miragaya (2002) destacam que os principais objetivos da formação 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.

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 atuais programas de atividade física e lazer desenvolvidos na atualidade³⁰. Estes são pouco distintos quanto às características apresentadas há 50 anos atrás quanto às ações intersetoriais realmente efetivas que promovam o desenvolvimento humano. Esses autores também apontam que:

Do ponto de vista governamental, a experiência pesquisada no SFA³¹ 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 infra-estrutura de qualidade, oportunidades e serviços para apoiar a participação (COSTA; MIRAGAYA, 2002, p. 2).

Nos últimos 40 anos, a área da Saúde Pública tem usado a modificação no quadro epidemiológico mundial, que tem influenciando diretamente a saúde tanto individual quanto coletivamente, como justificativa para incentivar a massificação da atividade física. Esse

³⁰ Pode-se citar o Programa Esporte e Lazer da Cidade, Vida Saudável, Programa Segundo Tempo, todos desenvolvidos pelo Ministério do Esporte.

³¹ Sigla usada para se referir à expressão “*Sport for all*”, em português, significa “esporte para todos”.

cenário levou recentemente a OMS a elaborar a “Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde” (OMS, 2003), o que contribuiu para dar ênfase à essa vivência com o intuito de reduzir a incidência das DCNT³². Segundo Hallal e Knuth (2011) essa nova realidade contribuiu para que a atividade física assumisse um protagonismo nessas propostas de intervenções profiláticas.

De forma mais efetiva, o início dessas ações no Brasil se deu a partir de 1973, conforme nos aponta Teixeira (2009), 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) Intensificando 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.

O documento básico da campanha desse programa em 1977, citado por Teixeira (2009, p. 8), 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 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.

Esses pontos elencados por Teixeira 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

³² 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).

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.

Ao fazer uma análise crítica sobre essa proposta, Teixeira (2009) 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 oferecidas à população. Isso se dava através da adoção de discursos sutis, sempre ressaltando os valores humanistas agregados à “atividade física de lazer”.

Considerando esses aspectos, alguns esforços governamentais e do Terceiro Setor em âmbito internacional e no Brasil, tem sido desenvolvidos ao longo das últimas décadas (MACIEL; DIAS, SILVA, 2014). Segundo esses autores, na América Latina, destacam-se duas redes ligadas ao Terceiro Setor que têm como objetivo a massificação da atividade física com foco na promoção da saúde: 1) RAFA/PANA (*La Red de Actividad Física de las Américas*)³³ - com início em 2002, sendo uma ampliação do “Agita Mundo”, vinculado ao “Agita São Paulo”; 2) “Projeto GUIA³⁴” (Guia Útil para Intervenções de Atividade Física na América Latina) – começou em outubro de 2005, com o objetivo de avaliar as evidências sobre intervenções de atividade física na comunidade latino-americana; sendo financiado pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças, órgão pertencente ao governo norte-americano.

No início dos anos 2000, o Brasil, por meio do Ministério da Saúde, adotou 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) – tornarei a abordar sobre esse programa mais adiante.

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.

³³ <http://www.rafapana.org/index.php/es/> Acessado em 24/02/2014.

³⁴ <http://www.projectguia.org/pt/> Acessado em 24/02/2014.

Esse programa, segundo dados divulgados por Brasil (2002, p. 256) 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.

Ainda segundo Brasil (2002), o programa em tela alcançou diversos setores sociais como parceiros para o desenvolvimento do mesmo. 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.

Como um avanço à proposta anterior, o governo brasileiro traçou novas metas e estratégias institucionais, focando suas intervenções na Atenção Básica à Saúde. 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 PNPS.

Por meio das ações desenvolvidas pela PNPS e pelo SUS, o Ministério da Saúde decidiu ampliar a criação do Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2011). Este tem como proposta, desenvolver as seguintes atividades nos polos implantados:

Práticas corporais/atividades físicas (ginástica, capoeira, jogos esportivos e populares, *yoga*, *tai chi chuan*, dança, entre outros); Práticas artísticas (teatro, música, pintura e artesanato); Promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar; Outras atividades de promoção da saúde; Mobilização da população adstrita” (BRASIL, 2011).

Esse programa prevê a implantação de polos com infraestrutura e equipamentos direcionados à vivência de atividades individuais e coletivas com orientação de profissionais qualificados, sobretudo, Educação Física, tendo como objetivo principal estimular a promoção de atividades físicas, lazer e alimentação saudável a comunidade (HALLAL *et al.* 2010).

Dentre as iniciativas do Terceiro Setor no Brasil, Maciel, Dias e Silva (2014) destacam o programa “Agita São Paulo”^{35, 36} desenvolvido no Estado de São Paulo. Este é fruto de uma parceria do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – CELAFISCS – 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.

Segundo informações contidas no *site* do programa, a mensagem central do “Agita São Paulo” está de acordo com a recomendação do Centro de Controle de Doença – CDC – e do Colégio Americano de Medicina do Esporte – ACSM (PATE, 1995). Segundo essas recomendações, todo cidadão deve acumular pelo menos 30 minutos de atividade física por dia, na maior parte dos dias da semana (se possível todos), de intensidade moderada, de forma contínua ou acumulada.

Sendo assim, o programa tem como objetivos: 1) Diagnosticar, a partir dos 14 anos de idade, o nível de atividade física do Estado de São Paulo; 2) Aumentar em (pelo menos) um nível o estágio da mudança de comportamento da população em relação à atividade física (Exercício: o sedentário para pouco ativo e o pouco ativo para ativo); 3) Incrementar em 50% o nível de conhecimento sobre os efeitos benéficos da atividade física na saúde e na qualidade de vida; 4) Estimular o uso de espaços existentes para a prática de atividade física-esportiva e de lazer; 5) Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os benefícios de um estilo de vida ativa; 6) Incrementar o nível de atividade física da população. Segundo informações contidas no *site* do programa³⁷:

A iniciativa foi crescendo, tendo já atualmente mais de 300 instituições parceiras do projeto, entre hospitais, empresas privadas (Petrobrás, Intermédica Sistema de Saúde S/A, Roche Químicos e Farmacêuticos S/A), escolas, prefeituras do Estado de São Paulo, SESI e etc. Além disso, o projeto tem reconhecimento da Organização Mundial de Saúde (OMS), resultando também nos programas, Agita Brasil, Agita Portugal, Agita Mundo e também em diversas prefeituras do País.

Outro programa desse gênero identificado por Maciel, Dias e Silva (2014), é o “Geração Saúde”³⁸. 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

³⁵ Fonte: <http://www.portalagita.org.br/>. Acessado em 24/02/2014.

³⁶ Esse programa foi objeto de estudo de duas teses de doutorado: 1) Fraga (2006), 2) Ferreira (2008), bem como em mais 21 artigos publicados em periódicos conforme Amorim (2013).

³⁷ Fonte: <http://rizomas.net/cultura-escolar/producao-dos-alunos/utopia-e-cotidiano/141-projeto-agita-sao-paulo.html>. Acessado em 10/03/2014.

³⁸ Fonte: <http://www.esportes.mg.gov.br/esportes/geracao-saude>. Acessado em 10/03/2014.

Saúde (SES), em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de cada prefeitura e, as academias de ginástica nesses municípios.

O projeto apresenta como objetivo geral, promover a vivência da atividade física orientada a jovens na faixa etária de 12 a 19 anos, associado ao acompanhamento médico, nutricional e psicológico, contribuindo para a melhoria da saúde, com foco na redução do sedentarismo e do sobrepeso. Como objetivos específicos, apresenta: 1) Reduzir o índice de sobrepeso; 2) Oportunizar a prática de atividade física e lazer, com orientação de profissionais de Educação Física em Academias contratadas; 3) Evitar o uso de álcool, drogas e tabaco pela população envolvida pelo Projeto; 4) Promover a cultura da prática de atividade física e combater o sedentarismo; 5) Promover hábitos alimentares saudáveis entre os jovens atendidos.

Segundo os autores em tela, o programa tem como proposta oferecer atividades físicas e de lazer orientadas, 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.

O programa apresenta algumas diretrizes para que os adolescentes possam ser contemplados: 1) Os indivíduos deverão ter uma frequência mínima de 75% nas aulas; 2) A partir do momento que o adolescente atingir o peso ideal (eutrofia), ele poderá frequentar a academia por mais seis meses para manutenção do seu IMC e conscientização da importância da atividade física como rotina; 3) Enquanto o adolescente não atingir o peso ideal ele não poderá ser desligado da academia, exceto quando completar 20 anos, quando será automaticamente desligado do projeto.

Além desses programas, também há outros que são desenvolvidos por alguns municípios no Brasil (AMORIM; KNUTH; CRUZ, 2013). Amorim (2013) por meio de uma revisão sistemática diagnosticou 10 programas que desenvolveram a vivência da atividade física. Segundo o autor, dentre os programas, um é vinculado ao setor patronal da indústria; um estadual; e oito municipais – geralmente identificados como “Programa Academia da Cidade”. Importante destacar que os objetivos apresentados por esses programas, seguem a proposta propagada pela Saúde Pública.

Esses programas, conforme Maciel, Dias e Silva (2014, p. 125) “[...] apresentam como objetivo a redução da prevalência da inatividade física, entendendo que a mesma poderá influenciar diretamente na melhoria da saúde e da qualidade de vida da população beneficiada”. Tal perspectiva não considera as diversas variáveis que envolvem a obtenção desses macro objetivos sociais. Em outras palavras, o mesmo Estado que oferece tal

programa, não proporciona os determinantes da saúde, que antecedem os possíveis benefícios que a vivência da atividade física pode acarretar.

Sobre os programas que compõem a Rede Nacional de Atividade Física (RENAF), Amorim, Knuth e Cruz (2013) realizaram um levantamento descritivo, entrevistando 748 coordenadores. Esse estudo, também mapeou a distribuição dos programas conforma a região do país, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição e frequência de programas de atividade física financiados

Região	Cidades (N)	Cidades com programas de promoção de atividade física	
		N	%
Norte	449	38	8,7
Nordeste	1794	254	14,2
Centro-Oeste	466	83	17,8
Sudeste	1668	263	15,8
Sul	1188	110	9,3
Brasil	5565	748	13,2

Fonte: Amorim, Knuth e Cruz (2013).

Esses dados apontam o aumento do investimento do governo federal em incrementar tais programas, alcançando àquela época, 13,4% dos municípios brasileiros. Embora essa ampliação possa não parecer significativa em termos percentuais, deve-se considerar o grande número de municípios no país, o pouco tempo de existência das ações desenvolvidas e a complexidade logística, tanto em termos administrativos quanto operacionais para executar o programa.

Outra informação importante a ser destacada é o aumento da instalação desses programas na região Nordeste, em termos absolutos (254 cidades). Embora percentualmente tenha ficado em segundo lugar, porém, não muito distante das 263 cidades contempladas na região Sudeste. O que seria um fato natural, pois nessa regional é onde está a maior concentração da população do Brasil.

Feito esse breve apanhado sobre a implantação e desenvolvimento dessa modalidade de programas sociais no Brasil, na próxima seção, abordo as propostas referentes aos macro objetivos sociais que norteiam tais programas.

5.2 Macro objetivos sociais

Esta seção aborda sobre os princípios básicos que compreendem a promoção da saúde e qualidade de vida.

5.2.1 Promoção da saúde: Características gerais

O intuito nesta seção é apresentar as diretrizes gerais que norteiam a temática sobre a promoção da saúde, sem, contudo, querer esgotar o assunto, devido a complexidade e aprofundamento teórico já produzido nas diferentes áreas de conhecimento.

A proposta da promoção da saúde é contestada por alguns autores, devido os seus aspectos utilitaristas, de responsabilização da pessoa, e esvaziamento das intervenções do Estado (CARVALHO, 2009; HEIDMAN *et al.* 2006; CARVALHO, 2004; COELHO *et al.* 2002). Ela surgiu originalmente no contexto das sociedades desenvolvidas, devido a necessidade de controlar os elevados custos da assistência médica nessas nações (PELEGRINI; CASTRO, 2012; ZUCCHI; DEL NERO; MALIK, 2000). Dessa forma, esses governos elaboraram uma estratégia para além de uma abordagem para o enfrentamento dos problemas de saúde, principalmente das DCNT (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

Ferreira, Castiel e Cardoso (2011) apresentam a proposta de duas abordagens sobre o desenvolvimento da promoção da saúde: Perspectiva comportamentalista e abordagem socioambiental. A primeira, segundo os autores, ocorre nos anos de 1970, sob a influência do denominado Relatório Lalonde, referente ao governo canadense sobre o impacto das DCNT ao sistema público de saúde. Conforme esses autores, essa proposta é focada em uma perspectiva comportamentalista ou conservadora, tendo como diretrizes o combate aos fatores de risco, seguindo o reducionismo epidemiológico da época. Assim, as estratégias desenvolvidas visavam as mudanças comportamentais, e do estilo de vida da população. No entanto, tinha como objetivo geral incentivar as pessoas a assumirem a responsabilidade por sua própria saúde, e como consequência, reduzir os gastos com o sistema de saúde (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2011).

O posicionamento desses autores corrobora ao de Czeresnia (2003, p. 1), ao relatar que “[...] Um dos eixos básicos do discurso da promoção da saúde é fortalecer a idéia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais. Uma questão que se apresenta é qual concepção de autonomia é efetivamente proposta e construída [...]”. Continuando seu raciocínio, essa autora relata que, “A perspectiva conservadora da promoção da saúde reforça a tendência de diminuição das responsabilidades do Estado, delegando, progressivamente, aos sujeitos, a tarefa de tomarem conta de si mesmos [...]”. Portanto, há uma intenção, de forma sutil, do Estado em esvaziar a sua responsabilidade quanto ao atendimento dos direitos do cidadão, garantidos constitucionalmente, em relação à oferta de ações que possibilite uma saúde de qualidade.

Esse discurso é decorrente do pensamento neoliberal a partir de 1970, que pretendia dar maior poder às ações do mercado de capital. Contudo, algumas críticas sugeriram a essa proposta e novas reflexões foram feitas para debatê-la (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

Retomando a Ferreira, Castiel e Cardoso, os autores relatam que a “Nova Promoção da Saúde”, vista como uma evolução à anterior – também conhecida como abordagem socioambiental ou sócio-ecológica –, teve como origem a 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde da OMS, na cidade de Ottawa, no Canadá em 1986:

A “Nova Promoção da Saúde”, embora também fundada na ideia de risco epidemiológico, tem seu foco dirigido para os condicionantes mais gerais da saúde, como os indissociáveis ambientes social, econômico e cultural. Nessa perspectiva, a Promoção da Saúde é vista como um meio de se contribuir para mudanças sociais e na relação entre cidadãos e Estado e, além disso, como uma forma de deslocar a ênfase na medicalização do sistema de saúde para o enfoque em políticas públicas e ações multissetoriais⁷. (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2011, p. 866).

De acordo com autores, essa proposta atenua a ênfase da abordagem comportamentalista na mudança dos estilos de vida, e nos fatores de risco, como elementos direcionadores das ações em saúde, em detrimento aos seus fatores condicionantes. Contudo, essa proposta não deixa de destacar a necessidade das mudanças comportamentais para se atingir os objetivos estipulados.

A Carta de Ottawa conceitua a promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (BRASIL, 2002). Para viabilizar essa proposta, os princípios apresentados por esse documento estipulam a promoção da saúde associados a um conjunto de valores como: qualidade de vida, bem-estar, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, parceria.

Para o alcance dos objetivos estipulados pela Carta de Ottawa, foram estabelecidas cinco áreas principais de intervenção: 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. Segundo Buss (2000) a promoção da saúde refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado – elaboração de políticas públicas saudáveis; reforço da ação comunitária e de indivíduos – desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação do sistema de saúde; estabelecer parcerias intersetoriais. Em outras palavras, a promoção da saúde trabalha com a ideia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para eles.

Segundo essa proposta, para a obtenção da saúde é necessária a modificação favorável do ambiente natural, político e social. Dito de outra forma, isso requer a mobilização de recursos ambientais, sociais e a mudança de comportamento individual. Assim concebida, denota que não é responsabilidade exclusiva do setor de saúde promover o bem-estar, mas, também está associado ao estilo de vida adotado. No entanto, deve haver uma intencionalidade na combinação desses fatores, respeitando as especificidades de cada cultura.

Mas, de qual concepção de saúde está se falando? A discussão crítica sobre saúde procura extrapolar a visão reducionista do processo saúde-doença segundo a perspectiva biomédica, mas, busca compreendê-la de forma multifatorial e complexa. Para Farinatti e Ferreira (2006) a concepção de saúde proposta pela OMS, descrita não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social, apesar de mostrar uma evolução no conceito de saúde em relação à visão biomédica, ainda não representa a melhor definição, devido à dificuldade de se caracterizar precisamente o que constituiria um estado completo de bem-estar.

A saúde, como discutido, está relacionada a vários fatores, como as condições de vida proporcionadas ao indivíduo pela sociedade – infraestrutura sanitária, acesso aos serviços de saúde, renda. Também é importante destacar os fatores: ambientais, a poluição, o acesso a espaços e equipamentos de lazer, comportamentais, relacionados ao estilo de vida. Para Buss (2000):

A nova concepção de saúde importa uma visão afirmativa, que a identifica como bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente como ausência de doença. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido. Nesse marco, a intervenção visa não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida, acarretando uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade: eis a essência das políticas públicas saudáveis. Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurarem meios e situações que ampliem a qualidade da vida "vívica", ou seja, ampliem a capacidade autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas (BUSS, 2000, p. 174).

Essa concepção subjetiva está associada a valores pessoais, não se restringindo também, apenas aos desvios dos parâmetros clínicos (CANGUILHEM, 2009). Portanto, a percepção de saúde se dá quando a pessoa é detentora de uma potência de vida que permite a realização de suas tarefas cotidianas. Por outro lado, a doença seria a percepção de sofrimento, de dor, de debilidade, de perda da capacidade de realizar as tarefas no seu dia a dia, causando uma perda da potência da vida.

No entanto, como dito, não se pode negar que a saúde tem um duplo aspecto, um subjetivo e outro objetivo. Segre e Ferraz (1997, p. 539) contestando o referencial de “perfeição objetivista” da definição de saúde pela OMS, relatam que, “Só poder-se-ia, assim falar de bem-estar, felicidade ou perfeição para um sujeito que, dentro de suas crenças e valores, desse sentido de tal uso semântico e, portanto, o legitimasse”. Assim, a percepção de saúde conforme a subjetividade pode variar ao longo de um período da vida. Por outro lado, o aspecto objetivo está diretamente relacionado com a sintomatologia de uma doença apresentada pela pessoa, sendo também influenciado pelas condições de vida oferecidas a ela (CZERESNIA, 2003).

Assim, as diretrizes da promoção da saúde se referem à implementação de ações dirigidas a impactar favoravelmente os determinantes sociais da saúde e a qualidade de vida. Contudo, para melhorar as condições de saúde de uma população, são necessárias mudanças profundas dos padrões econômicos dessas sociedades. Ou seja, para que uma sociedade proporcione saúde a população, é necessária ação intersetorial associada com políticas públicas que proporcionem o desenvolvimento social.

As políticas sociais advindas da proposta da promoção da saúde devem ter como objetivo, não reduzir, mas, acabar com a vulnerabilidade que milhões de pessoas se encontram; ou seja, com a desigualdade de condições de vida. A vulnerabilidade é definida como:

Conjunto de aspectos sociais, políticos e culturais que, relacionados a determinado contexto social do indivíduo ou do grupo, podem provocar situação de maior ou menor exposição a doenças e agravos. Notas: i) A vulnerabilidade está relacionada à condição econômica, ao acesso a informações, à educação, à disponibilidade de recursos materiais, ao poder de influenciar decisões políticas, às possibilidades de enfrentar barreiras culturais, entre outros. ii) Há, também, grupos socialmente definidos no processo histórico que estão mais propensos a uma situação de vulnerabilidade a determinadas doenças e agravos (BRASIL, 2012, p. 38).

Quanto a esse estado de vulnerabilidade, Palma *et al.* (2003) tecem um comentário entendendo-a enquanto uma ferida que impele um sentimento de derrota à pessoa. Essa condição pode ser tanto individual quanto coletiva. Assim, estar vulnerável, segundo os autores, denotaria uma ofensa à pessoa, além de trazer-lhe sérios prejuízos. Ademais, essa situação diz respeito às questões éticas vinculadas ao ser humano.

Toda pessoa que é alijada de condições dignas de vida, encontra-se vulnerável a sofrer as consequências que tal situação lhe impõe. Portanto, é incoerente exigir da pessoa que adote um estilo de vida saudável, se a sociedade não lhe oferece as condições mínimas para tal. A existência dessa desigualdade propicia uma maior suscetibilidade em determinados

grupos sociais a sofrerem as consequências dessa realidade, acarretando, assim, o aumento das DCNT, em virtude de um contexto social desfavorável.

Os determinantes sociais de saúde, anteriormente descritos, associados a outros como os fatores culturais, étnico-raciais, psicológicos, comportamentais e ambientais, influenciam diretamente o processo da promoção da saúde. Assim, as políticas sociais tem como função, atender às diferentes necessidades da população para buscar promover primeiramente a equidade social, reduzindo as desigualdades sociais, que são evitáveis.

Pertinente trazer ao debate neste momento, a diferenciação entre ações de prevenção e promoção da saúde. Buss (2003) apresenta um quadro esquemático sobre essa questão, conforme a Quadro 3.

Quadro 3. Diferenças esquemáticas entre promoção e prevenção

CATEGORIAS	PROMOÇÃO DA SAÚDE	PREVENÇÃO DE DOENÇAS
Conceito de saúde	Positivo e multidimensional	Ausência de doença
Modelo de intervenção	Participativo	Médico
Alvo	Toda a população, no seu ambiente social	Principalmente os grupos de alto risco da população
Incumbência	Rede de temas de saúde	Patologia específica
Estratégias	Diversas e complementares	Geralmente única
Abordagens	Facilitação e capacitação	Direcionadas e persuasivas
Direcionamento das medidas	Oferecidas à população	Impostas ao grupo-alvo
Objetivos dos programas	Mudanças na situação dos indivíduos e de seu ambiente	Focam principalmente em indivíduos e grupos de pessoas
Executores dos programas	Organizações não governamentais, movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais e nacionais etc.	Profissionais de saúde

Fonte: Buss (2003, p. 35).

Esse assunto, também é tratado por Czeresnia (2003). Para a autora, o termo prevenção está relacionado ao fato de antecipação, impedir que algo aconteça. Assim, a prevenção em saúde exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença. Conforme a autora, as ações preventivas definem-se como:

[...] intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos (CZERESNIA, 2003, p. 3).

Desse modo, entende-se que a prevenção traz uma perspectiva pautada na Epidemiologia. No entanto, considerando as elevadas prevalências das DCNT encontradas em âmbito mundial, ressalta-se que o atual modelo de saúde defendido, não está sendo eficaz.

Quanto à promoção, Czeresnia (2003) esclarece que esse termo denota um significado de “dar impulso a; fomentar; originar; gerar”; assim, a promoção da saúde tem uma proposta mais ampliada em relação à prevenção. A promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira distinta à prevenção, pois se refere às medidas que:

[...] não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais; assim, as estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial (CZERESNIA, 2003, p. 3).

Se a saúde é considerada como um processo de construção social complexo e multifatorial, com conotações tanto objetivas quanto subjetivas, envolvendo ações governamentais intersetoriais, como atribuir, sobretudo, à vivência da atividade física, por meio de programas governamentais, tamanha ênfase à promoção da saúde? Será que realmente tal vivência e programas agindo de forma isolada, como é realizado na quase totalidade dos casos, são capazes de promover a saúde e a qualidade de vida?

Feito essa breve abordagem sobre os pressupostos da promoção da saúde, passo a apresentar a seguir, as diretrizes básicas a respeito do seu fim, que é possibilitar a melhoria da qualidade de vida da população.

5.2.2 Qualidade de vida: Princípios básicos

Em senso comum, o termo qualidade de vida é entendido de forma naturalizada, ora aparece identificado em relação à saúde, ora à moradia, ao lazer, aos hábitos de atividade física e alimentação. Mas o fato é que essa concepção concentra em si, uma percepção positiva de bem-estar. Assim, a Organização Mundial de Saúde (1994) define qualidade de vida como, “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Por ser uma temática com um constructo eminentemente interdisciplinar e multiprofissional, a contribuição de diferentes áreas do conhecimento é de fato valiosa e mesmo indispensável para compreendê-la (SEIDL; ZANNON, 2004). Contudo, tem gerado várias divergências não apenas em relação à sua definição, quanto a outros aspectos que a envolve.

Apresentando um entendimento ampliado do que o proposto pela OMS, os autores Minayo, Hartz e Buss compreendem a qualidade de vida como:

[...] uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria

estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 8).

Ainda reportando a esses autores, eles destacam a necessidade de se garantir condições de vida dignas à população – como alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer – para que possibilite a efetivação da qualidade de vida. Esses fatores têm como referência noções relativas ao conforto, bem-estar e realização individual e coletiva. Segundo os autores, também é preciso subtrair certas condições sociais negativas, como o desemprego, exclusão social e violência que afetam a qualidade de vida da população.

Encontra-se visões distintas na literatura especializada da área, enfatizando a qualidade de vida à uma forma de satisfação geral com a vida, ou a dividindo em componentes, que em conjunto, indicariam uma aproximação de um conceito geral (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). Conforme esses autores, a determinação do que seja a viabilização da qualidade de vida, é influenciada pela forma como é abordada, e os indicadores adotados. Essa relação está vinculada aos interesses científicos e políticos de cada estudo, e área de investigação, bem como das possibilidades de operacionalização e avaliação.

Essa temática, há vários anos, como já apontado por Fleck *et al.* (1999), não apresenta entre os pesquisadores da área, um consenso quanto ao seu conceito. O início dos estudos dessa área se deu por intermédio do esforço de um grupo de *experts* de diferentes países que elaboram três aspectos fundamentais que a caracterizam: 1) Subjetividade; 2) Multidimensionalidade; 3) Presença de dimensões positivas (ex. mobilidade) e negativas (ex. dor). Nessa perspectiva, Seidl e Zannon (2004) corroboram às ideias de Fleck *et al.* (1999) e, chamam a atenção para o fato que as discussões sobre o assunto enfocam os aspectos relacionados à subjetividade e multidimensionalidade.

No que concerne à subjetividade, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde, e sobre os aspectos não médicos do seu contexto de vida. Em outras palavras, como a pessoa avalia a sua situação pessoal em cada um dos domínios relacionados à qualidade de vida. O consenso quanto à multidimensionalidade, refere-se ao reconhecimento de que o constructo é composto por diferentes dimensões – física, psicológica, funcional, social, espiritual, ambiental (SEIDL; ZANNON, 2004).

Os pesquisadores dessa área se dedicam a estudar quatro abordagens gerais: socioeconômica, psicológica, médica e holística (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). A abordagem socioeconômica utiliza os indicadores sociais como principal elemento de análise. Inicialmente consideravam-se os indicadores econômicos, posteriormente, os sociais. Há o entendimento de que mesmo diante de situação econômica favorável, um país pode continuar apresentando problemas sociais graves, como violência e criminalidade, em virtude de uma distribuição desigual da riqueza produzida.

Quanto à abordagem psicológica, os autores em tela relatam que a ênfase é dada à busca de indicadores que tratam das reações subjetivas de uma pessoa às suas vivências na vida, isto é, a percepção de satisfação, felicidade. A limitação dessa abordagem, conforme os autores, é que desconsideram a pessoa e o contexto ambiental em que está inserida³⁹.

Conforme Pereira, Teixeira e Santos (2012) as abordagens médicas tratam, principalmente, da questão de oferecer melhorias nas condições de vida dos enfermos, como também de relacioná-la à saúde. Na primeira abordagem, os profissionais de saúde, após as intervenções médicas procuram minimizar os efeitos colaterais desagradáveis do tratamento que o paciente é submetido. Na segunda abordagem, os autores chamam a atenção ao fato de existir uma distinção entre qualidade de vida e saúde, embora, haja alguma relação entre elas. Todavia, de acordo com os autores, é comum não se observar as especificidades existentes entre ambas as concepções.

Todavia, para Seidl e Zannon (2004) o termo qualidade de vida relacionada à saúde é muito frequente na literatura e tem sido usado com objetivos semelhantes à conceituação mais geral, abordando mais diretamente os aspectos associados às enfermidades ou às intervenções em saúde.

Segundo essas mesmas autoras, alguns estudiosos defendem os enfoques mais específicos à temática, de forma a contribuir para melhor identificar as características relacionadas a um determinado agravo/doença. Por sua vez, há outros investigadores que ressaltam que algumas medidas relacionadas à saúde, têm abordagem eminentemente restrita aos sintomas e às disfunções orgânicas, contribuindo pouco para uma visão abrangente dos aspectos não médicos associados à qualidade de vida.

³⁹ Como meio de avaliação dessa proposta um grupo de pesquisadores da OMS desenvolveu dois instrumentos de avaliação dessa percepção: o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref. O primeiro consta de 100 questões que avaliam seis domínios: a) físico, b) psicológico, c) de independência, d) relações sociais, e) meio ambiente e f) espiritualidade/crenças pessoais. O segundo instrumento é uma versão abreviada, com 26 questões, extraídas do anterior, entre as que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos, cobrindo quatro domínios: a) físico, b) psicológico, c) relações sociais e d) meio ambiente (FLECK, 2000; MINAYO, HARTZ; BUSS, 2000).

Por fim, Pereira, Teixeira e Santos (2012) apontam que a abordagem holística se baseia na visão de uma multidimensionalidade. Isto é, identifica que há uma organização complexa e dinâmica dos seus componentes, que se difere subjetivamente, tendo que considerar o contexto que a pessoa está inserida – ambiental, social e cultural. Para os autores, a qualidade de vida é um aspecto fundamental para ter uma boa saúde e não o contrário; também comungo dessa ideia.

A efetivação de políticas públicas que possibilite alcançar os fatores determinantes que balizam a qualidade de vida resultará em mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença. Portanto, é preciso romper com os de modelos de atendimento médico focados na medicalização, e que negligenciam os fatores determinantes desse construto, como os socioeconômicos, psicológicos e culturais, fundamentais nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde da população.

Concomitantemente a esses avanços a serem alcançados por países como o Brasil, as políticas de promoção do lazer, podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida (LLOYD; AULD, 2002). Esses autores discutem o papel do lazer na determinação da qualidade de vida da população, relatam a existência de uma análise simplista dessa relação. Ademais, citam que há duas abordagens para se medir se há essa relação: Uma com enfoque no lugar – podendo ser compreendido como sendo os espaços e/ou equipamentos de lazer; Outro com enfoque na percepção subjetiva, isto é, a pessoa ter uma conotação positiva dessa experiência.

Essas abordagens, segundo os autores, adotam, por exemplo, como meio objetivo de medição, a frequência de utilização pela população desses locais. Como abordagem subjetiva, avaliam a satisfação atribuída pela pessoa ao realizar as atividades. Contudo, para se verificar realmente a influência das experiências de lazer como indicador de qualidade de vida, esses autores alegam a necessidade de uma análise mais complexa de ambas às abordagens de forma associada e não separadamente.

Lloyd e Auld (2002) não identificaram pesquisas que associaram os aspectos objetivos e subjetivos em uma mesma investigação, pois as relações entre lazer e qualidade de vida são complexas, sendo em parte, influenciada pelas características sociais – idade, sexo, situação de emprego; ou pelos atributos de lazer centrado na pessoa – atitude, nível de satisfação, a participação de lazer; ou pelos atributos de lazer centrado no lugar – recursos de lazer e ambientes. Todavia, os autores consideram essencial realizar tal abordagem.

Mas, como as experiências de lazer podem ajudar a melhorar a qualidade de vida? Archibald (2008) resgata os pensamentos do filósofo Aristóteles ao se referir a viver uma vida boa baseada nas atitudes humanas, e não nos prazeres e riquezas materiais. Assim, conforme esse autor, o lazer poderá contribuir para a busca pela felicidade por meio das relações sociais – na solidariedade e troca de experiências; no conhecimento de si próprio – seus limites e potencialidades; na relação com o ambiente – no convívio, na valorização e preservação dos recursos naturais. Essa ampla e rica troca de experiências, permite a pessoa encontrar o real sentido da vida, no fluir de suas emoções e individualidade, aumentando a satisfação com a vida, o que por sua vez, interfere na maneira diferente de se ver no mundo e o próprio mundo que a cerca. Essa percepção positiva, que é subjetiva, contribui na avaliação de sua qualidade de vida, mesmo quando alguns fatores sociodemográficos não são tão favoráveis quando deveriam.

Dessa forma, pensar em qualidade de vida, é refletir de maneira política, ideológica e macrossocial. Pois esses fatores precisam acompanhar o desenvolvimento econômico de uma sociedade. Como propõe Reyes (2001), o desenvolvimento compreende hoje uma tripla condição: 1) Social – no sentido de acesso a educação, moradia, serviços de saúde, alimentação, uso racional e sustentável dos recursos e respeito da cultura e tradições no seu entorno social; 2) Econômico – em relação às oportunidades de emprego, satisfação, como mínimo, das necessidades básicas e uma boa distribuição da riqueza; 3) Político – a respeito da legitimidade não só em termos legais, mas também em termos de prover à maioria da população de benefícios sociais.

Ademais, é necessário ressaltar a interdependência dos fatores que envolvem a qualidade de vida, imbricado com o desenvolvimento social, bem como considerar toda a sua complexidade. Assim, nota-se, uma estreita relação da qualidade de vida com o conceito de justiça social. Esta quando é predominante em uma sociedade, identifica-se que os direitos humanos são respeitados e as classes sociais mais desfavorecidas contam com oportunidades de real desenvolvimento.

Todavia, considerando essa perspectiva apresentada, é notório o grande abismo social existente no Brasil para se alcançar a qualidade de vida pela maioria da população. Para finalizar essa seção, embora não seja objetivo discuti-los neste trabalho, apresento alguns questionamentos: Como se espera promover a qualidade de vida considerando toda a sua complexidade, multifatorialidade e multidimensionalidade, às populações assistidas pelos PGAF, sem o devido desenvolvimento social? Esses programas sociais são realmente efetivos para modificar a qualidade de vida das pessoas e das comunidades assistidas? Como avaliar

metodologicamente de forma clara o desenvolvimento social em relação à qualidade de vida por meio desses programas?

6 ANÁLISE DE DESEMPENHO EM PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS DE ATIVIDADE FÍSICA

O objetivo deste capítulo é apresentar, ainda que de maneira sucinta, o aporte teórico relacionado aos parâmetros da avaliação de desempenho, sobretudo, a efetividade. Destarte, ressalto que embora o termo usado pelos autores da área seja a avaliação – e adotado em alguns momentos ao longo do texto – que baliza o construto teórico em questão, minha proposta seguindo a coerência com o objetivo deste trabalho, é abordar sobre a análise de desempenho, caracteristicamente relacionada à perspectiva qualitativa, como apregoada pelo parâmetro efetividade.

Avaliar distingue-se de analisar. Grosso modo, a primeira pretende comparar o resultado alcançado com o desejado, por meio de observações, medições de um fenômeno, adotando parâmetros com o desejado, como, por exemplo, o desempenho histórico, uma meta estabelecida, e, concluir se o fenômeno alcançou o que se desejava. Por sua vez, analisar significa identificar os fatores que contribuíram para o desempenho desejado, ou indesejado, e, a partir daí, definir ações para a correção do mau desempenho ou a melhoria do bom desempenho identificado. Em síntese, avaliar busca apresentar, comparar e/ou descrever os resultados alcançados; enquanto analisar visa interpretar os resultados, ou a compreensão de um fenômeno investigado.

6.1 Parâmetros de avaliação de desempenho: Apontamentos conceituais

Em se tratando especificamente do desempenho dos programas sociais desenvolvidos pelo governo, é necessário elencar questionamentos básicos a respeito de alguns critérios imediatos e centrais que devem nortear a sua avaliação: Quais mecanismos de controle de eficiência, eficácia e efetividade são adotados conforme o planejamento estratégico dos mesmos? Como os recursos são utilizados? Em que medida os objetivos propostos na formulação do programa são alcançados? Quais as metas estabelecidas? Como monitorar o desenvolvimento do programa? Quais os motivos que contribuem para se atingir ou não os resultados? Como avaliar a satisfação dos envolvidos – profissionais e comunidade assistida?

Tendo em vista esses e outros questionamentos que podem ser elencados, Reifschneider (2008) alega que uma das funções primordiais da avaliação é demonstrar qualidade e permitir a melhoria dessa qualidade, encorajando riscos que possam elevar

padrões. Para Costa e Castanhar (2003) o objetivo da avaliação é orientar os gestores quanto à continuidade, necessidade de correções ou mesmo suspensão de uma determinada política ou programa.

De acordo com Ramos e Schabbach (2012), estudos indicam que avaliações de desempenho trazem quatro benefícios principais: 1) Maior alinhamento entre metas pessoais e metas institucionais; 2) Melhora no processo de supervisão; 3) Incremento da comunicação entre supervisores e funcionários; 4) Maior abrangência do próprio processo de avaliação. Ainda conforme esses autores, a avaliação, além de aprimorar o processo de tomada de decisão e vislumbrar a alocação apropriada de recursos, permite promover a responsabilização por decisões e ações dos governantes (*accountability*), bem como o adequado acompanhamento pelas agências reguladoras e fiscalizadoras, e os próprios cidadãos.

Dessa forma, os gestores públicos terão respaldo para a elaboração de políticas mais consistentes, melhor utilização dos recursos e resultados. Além dessa vantagem, a avaliação pode funcionar como um importante instrumento de aprimoramento da eficiência do gasto, e da qualidade da gestão pública.

Considerando esses aspectos iniciais, os PGAF no Brasil têm como um de seus objetivos principais, segundo os especialistas da área da saúde, o incentivo à adoção de um estilo de vida idealizado como saudável. No entanto, tem-se um grande desafio para alcançar esse objetivo, pois os inquéritos epidemiológicos têm demonstrado resultados aquém do esperado⁴⁰. Portanto, é pertinente resgatar o posicionamento de Coutinho, Soares e Silva (2006) ao afirmarem que quanto maior for a necessidade de mudanças comportamentais, atitudes e valores que se quer desenvolver em um determinado grupo populacional, isto é, um impacto social, maior será a necessidade de interação entre a população-objetivo e os operadores do projeto, requerendo maior discricionariedade⁴¹.

Em detrimento dessa realidade, Ramos e Schabbach (2012) relatam que o meio acadêmico tem se interessado mais pela realização de pesquisas que apresentam essa temática relacionada à avaliação dos programas sociais governamentais. Segundo esses autores, a avaliação com essa perspectiva, refere:

[...] a um exame sistemático e objetivo de um projeto ou programa, finalizado ou em curso, que contemple seu desempenho, implementação e resultados, tendo em vista a determinação de sua eficiência, efetividade, impacto, sustentabilidade e relevância de seus objetivos. É uma atividade permanente e não restrita à etapa final do ciclo da política pública (que inclui as fases: definição da agenda, formulação,

⁴⁰ Consultar as publicações do VIGITEL compreendida entre os períodos de 2008 a 2014.

⁴¹ Relativo a ser discricionário, o que no contexto do governo representa que o mesmo é arbitrário, caprichoso. Fonte: dicionário online: <http://michaelis.uol.com.br/>

implementação e avaliação), que informa sobre seus avanços e limites (RAMOS; SCHABBACH, 2012, p. 1272).

Marinho e Façanha (2001) refletindo sobre a questão dos programas sociais, destacam que sejam feitas avaliações permanentes e de espectro amplo, não se delimitando, simplesmente, às questões de natureza econômica. Para Saraiva e Gonçalves (2004) o desempenho organizacional, como, por exemplo, feito pelo Estado, por meio das políticas públicas, requer parâmetros de comparação válidos para um conjunto de organizações, o que esbarra em questões conceituais.

Ainda segundo Saraiva e Gonçalves (2004), a avaliação requer a escolha de indicadores que permitam comparar determinados aspectos estipulados, o que em algumas situações podem ter um caráter abstrato. Isto é, deve optar por algo que se considera melhor em relação a determinado parâmetro escolhido e, dessa forma, adotá-los em uma situação específica e concreta.

De acordo com Saraiva e Gonçalves (2008, p. 397), “[...] a avaliação de projetos na área pública não é muito ampla, possivelmente porque os indicadores de desempenho são inadequados em muitos casos, gerando informações pouco úteis para o incremento das ações desenvolvidas”. Ainda segundo esses autores, os parâmetros técnicos usados para definir objetivos estratégicos e avaliar o desempenho organizacional, mostram-se inadequados para o que se considera como resultados de desenvolvimento sustentável.

Diante da falta de consenso conceitual, e até mesmo operacional na adoção de indicadores, esses autores enfatizam a necessidade de um reenquadramento analítico da atual perspectiva de avaliação do desempenho de programas sociais. Pois, atualmente, enfatiza-se, predominantemente, o aspecto quantitativo. Porém, este enfoque mostra-se insuficiente para responder às variáveis necessárias de comparação da qualificação de desempenho desses programas, ou seja, o seu verdadeiro impacto social decorrente de sua implantação.

Saraiva e Nunes (2011) afirmam que a avaliação de desempenho de programas sociais é um processo contínuo que deve observar desde a identificação do problema a ser resolvido, bem como prospectar a análise das mudanças sociais ocorridas a partir da intervenção pública. Segundo os autores, esse processo deverá prever os impactos e efeitos causados pelo desenvolvimento do programa. Assim, com base nas informações analisadas, os gestores poderão tomar decisões quanto a sua continuidade ou não, se são necessários ajustes ou não. Essas decisões por sua vez, repercutirão no meio social onde se desenvolve o programa.

Segundo Saraiva e Nunes (2011, p. 948) “[...] a análise de desempenho dos programas sociais é necessária para que se atinjam melhores resultados ao se usar e controlar os recursos aplicados, sendo preciso avaliar se os programas atendem ou não às pressões e demandas sociais”. Assim, essa proposta se articula com o conceito de avaliação em saúde, que pressupõe um:

Processo de determinação, sistemática e objetiva, da relevância, efetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentadas em seus objetivos. É um processo organizacional para implementação de atividades e para colaborar no planejamento, programação e tomada de decisão (BRASIL, 2012, p. 18).

É pertinente a análise dessa definição à luz da observação feita por Saraiva e Gonçalves (2008), quanto à falta de um entendimento consensual sobre os conceitos dos parâmetros da avaliação de desempenho – eficiência, eficácia, efetividade. Assim sendo, apresento breve esclarecimento sobre esses parâmetros.

Lacombe e Heilborn (2008, p. 165) contemplam a definição desses parâmetros. A eficiência é conceituada como “Fazer aquilo que está sendo feito de maneira certa, ou fazer corretamente as coisas, considerando todos os aspectos e sua tendência, mas sem considerar se o que está sendo feito é realmente o que deveria ser feito”. Ainda segundo os mesmos autores, esse parâmetro se relaciona com os meios e a sua forma de utilização para atingir os resultados, sem considerar se estes são válidos.

Em síntese, diz respeito ao desempenho do sistema quanto ao uso dos meios. Visa o melhor uso dos recursos disponíveis pela organização para obtenção dos seus produtos ou serviços. Uma maneira de acompanhar os resultados apresentados por esse parâmetro, segundo esses autores, é fazer as seguintes perguntas: “Como aconteceu? Podemos fazer melhor”?

Considerando esse entendimento sobre a eficiência, ainda segundo esses autores, ela “[...] pretende buscar a melhor relação custos/resultados, avaliando o processamento dos insumos e procurando atingir alto nível de qualidade naquilo que está sendo feito” (LACOMBE; HEILBORN, 2008, p. 165). Por fim, esse parâmetro, engloba conforme esses autores, o conceito de produtividade, que está relacionado com o desempenho realizado, mas, perde em precisão. Assim, é possível ser eficiente sem ser eficaz.

Para Maximiano (2009, p. 71) a eficiência é “[...] a relação entre esforço e resultado. Quanto menor o esforço necessário para produzir um resultado, mais eficiente é o processo”. Assim, conforme esse autor, a eficiência está diretamente ligada à realização de atividades ou tarefas sem erros e atrasos, de maneira inteligente, com o mínimo de esforço e

com o melhor aproveitamento possível dos recursos. O autor entende que a antítese da eficiência é o desperdício, e exemplifica, que quando essa situação ocorre, são necessários mais recursos do que o estimado para atingir o objetivo.

Maximiano (2000) relata o uso de dois critérios para avaliar a eficiência: a produtividade e a qualidade. Produtividade, segundo o autor, é a relação entre a produção e o emprego dos recursos. No entanto, a qualidade está vinculada à aceitação ou satisfação pelo cliente, ao número de reclamações recebidas, à imagem pública da organização.

Por eficiência, Saraiva e Gonçalves (2004) entendem como sendo a relação com o uso dos meios, isto é, com a forma utilizada para atingir os resultados, sem considerar se estes resultados são válidos; mas, tão somente a adequada utilização dos recursos empregados. Neste sentido, segundo esses autores, o conceito de eficiência está associado ao de racionalidade econômica. Assim, limita-se a encontrar os meios e procedimentos mais adequados para atingir resultados e metas, independentemente de seu conteúdo humano e político, de sua natureza ética, ou dos resultados alcançados.

O outro parâmetro analisado é a eficácia. Esta é conceituada por Lacombe e Heilborn (2008, p. 164) como “A relação entre objetivos e os resultados, diz respeito ao desempenho do sistema quanto à realização de seus fins”. Segundo os autores, a eficácia denota o mesmo que fazer a coisa certa para atingir os resultados que sejam válidos. Para orientar os resultados da eficácia, os autores sugerem fazer as seguintes perguntas: “O que aconteceu? O que deveria ter acontecido? O que é feito? O que deveria ter sido feito? Será que o que estamos fazendo é o que deveria estar sendo feito?”

De acordo com Maximiano (2009, p. 74) “Por mais que empresas e profissionais sejam eficientes, perdem razão de ser e sua eficácia, se não resolvem problemas. Não adianta muito produzir resultados de maneira eficiente, se não forem os resultados corretos”. Para o autor, a eficácia está relacionada ao conceito de desempenho que envolve a comparação entre objetivos – desempenho esperado – e resultados – desempenho realizado. Portanto, significa a taxa de realização de objetivos finais da organização. Esse autor apresenta alguns indicadores que podem ser adotados para avaliar a eficácia: a satisfação dos clientes; o impacto na sociedade e aprendizagem organizacional.

Em relação ao primeiro item, satisfação, Maximiano (2009) relata que ela está associada com a qualidade percebida de maneira ampliada pelo consumidor. Portanto, apresentar qualidade é atender necessidades específicas. Ao abordar sobre o impacto da satisfação na sociedade, o autor, apresenta como exemplos de eficácia, a responsabilidade social, a governança, a promoção da cidadania corporativa.

Por fim, a eficácia, enquanto aprendizagem organizacional, caracteriza-se como o resultado de tomar decisões para resolver problemas, buscar novas informações. Como indicadores desse item, Maximiano (2009) apresenta as seguintes possibilidades: Aquisição de novas competências pelos empregados; nível de treinamento dos empregados; criação de um banco de dados estratégico; criação de patentes e direitos autorais; métodos de mapeamento e utilização das competências dos empregados; capacidade de trabalho em equipe; delegação de autoridade e poderes de decisão para empregados.

Maximiano (2000) entende a eficácia como a relação entre os resultados e os objetivos traçados. Em outras palavras, é fazer as coisas certas, resolver problemas, garantir a sobrevivência do negócio. Como exemplos de controle da eficácia, o autor cita a seguintes perguntadas orientadoras: Quais são os objetivos? Quais resultados foram alcançados?

Portanto, a eficácia pretende alcançar as metas estipuladas, sendo diretamente ligado à de alcance de resultados válidos. Assim, ser eficaz, é cumprir o planejado. Portanto, consiste em medidas que servem como indicadores do grau em que as metas são alcançadas. Como esta lógica se baseia nos resultados, o foco é relacionado aos produtos obtidos.

Considerando os parâmetros já citados, a eficiência é determinante da eficácia. Em outras palavras, se houver recursos disponíveis e utilizados corretamente, aumenta a probabilidade de atingir os objetivos/eficácia. Portanto, está ligada à competitividade da organização (MAXIMIANO, 2009).

Dessa forma, há uma distinção entre eficiência e eficácia. Estas duas dimensões não agem necessariamente em conjunto; como dito, uma organização pode ser eficiente sem ser eficaz, e vice-versa (SARAIVA; GONÇALVES, 2004). Ainda segundo esses autores, embora eficiência e eficácia sejam indicadores de desempenho, não se referem ao mesmo fenômeno. O mesmo impasse conceitual, conforme esses autores, pode ser observado ao que diz respeito à efetividade.

Esta é concebida como que orientada por analisar a racionalidade social – desenvolvimento social – de um propósito, sendo definida como o grau de satisfação das necessidades e desejos dos beneficiários pelos produtos e/ou serviços da organização, com eficácia e com eficiência. Portanto, trata-se da satisfação das necessidades dos beneficiários pelos produtos ou serviços disponibilizados, considerando-se a sociedade como um todo, e não apenas, o consumidor ou a organização (SARAIVA; NUNES, 2011).

Conforme Lacombe e Heilborn (2008, p. 166) a efetividade:

Significa a satisfação das necessidades dos clientes pelos produtos ou serviços da organização, ou melhor, o valor social que deve ser atribuído ao produto ou serviço,

isto é, a medida de utilidade do produto ou serviço considerando-se a sociedade como um todo e não apenas o consumidor ou a organização.

Para esses autores, assim como para Saraiva e Gonçalves (2004), uma organização pode ser eficiente e eficaz, sem ser efetiva. Para Lacombe e Heilborn, a medida de avaliação da efetividade se dá pelo impacto produzido na clientela, em outras organizações e na sociedade em geral. Dito de outra forma, permite separar a validade entre os objetivos da organização e os da sociedade.

Portanto, a efetividade, pressupõe um compromisso com os objetivos e demandas da sociedade e às qualidades das percepções dos beneficiários e das pessoas na organização – empregados – sobre processos e resultados alcançados. Outra característica atribuída a esse parâmetro é a de assumir, prioritariamente, uma dimensão qualitativa. Assim, pretende recuperar a perspectiva humana, considerando legítimos os efeitos das interpretações dos membros da organização e dos beneficiários sobre os resultados (SARAIVA; GONÇALVES, 2004).

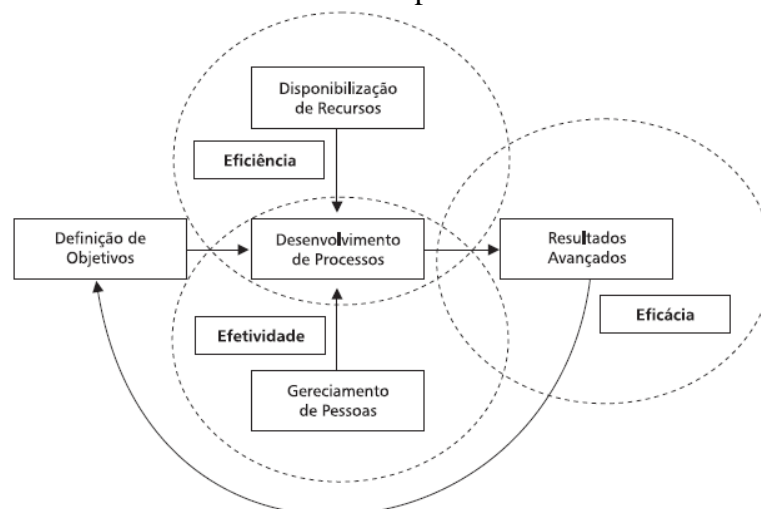
Para Saraiva e Gonçalves (2008) o conceito da efetividade é relevante para organizações cujos objetivos envolvam a sociedade, em função da preocupação com o atendimento das necessidades dos membros externos – beneficiários –, sem descuidar dos internos – empregados. Para esses autores, a adoção desse parâmetro de desempenho qualitativo, considera legítimos os efeitos sobre os resultados das interpretações dos membros da organização e dos beneficiários.

Conforme esses autores, não trata, simplesmente, de instalar uma visão interpretacionista, mas, de legitimar dimensões humanas presentes na organização, o que é pouco considerado pelas visões tradicionais de desempenho, como a eficiência e a eficácia. Pois ainda que a subjetividade seja indissociável do processo de avaliação, para garantir que não interfira em demasia na análise, pode-se fazer uso dos valores pessoais explícitos e abertos ao debate crítico quando possível.

Por fim, a efetividade, conceitualmente difere da eficiência e da eficácia à medida que se preocupa mais com a equidade e o desenvolvimento social do que com a relação custo/benefício, com a produtividade da organização, ou com sua capacidade de alcançar meramente seus objetivos.

De forma esquemática, Saraiva e Gonçalves (2004) propõem um modelo de funções organizacionais e parâmetros de desempenho representado pela Figura 1.

Figura 1. Relações entre funções organizacionais e parâmetros de desempenho



Fonte: Saraiva e Gonçalves (2004).

Esse esquema permite uma melhor visualização de todo o processo da avaliação de desempenho a ser implementado em qualquer organização, considerando a função a ser desenvolvida por cada parâmetro de avaliação em relação às pessoas envolvidas – empregados e beneficiários. Assim, considera os ambientes interno e externo em questão, bem como os processos realizados para se alcançar as metas estipuladas. Contextualizando essa proposta, descrevo um cenário ilustrativo sobre um PGAF.

Uma prefeitura municipal abre um PGAF em determinado bairro seguindo os macro objetivos sociais propostos pelo programa. Segundo Maximiano (2009, p. 70) “Todas as organizações são sistemas de recursos que perseguem objetivos. Portanto, o desempenho de qualquer organização pode ser avaliado à medida que os objetivos são utilizados – eficiência e eficácia”. Saraiva e Gonçalves (2004) propõem no esquema apresentado, uma interligação dos diferentes parâmetros de desempenho que estão inseridos ilustrativamente em “elipses” que contém as características principais desses parâmetros, que por sua vez, devem estar alinhados com o ambiente externo à organização, e aos objetivos por ela traçados.

Na “elipse” referente à eficiência, os autores, inseriram os itens, “disponibilização de recursos” – por exemplo, financeiro e físico para a instalação do polo – e o “desenvolvimento dos processos”. Isso está vinculado como será utilizado os recursos disponíveis. Lembrando que o objetivo da eficiência é o melhor uso dos recursos pela organização para a obtenção dos seus objetivos. Para tanto, é necessário que as pessoas que vão atuar nesse processo estejam bem preparadas de forma a otimizá-lo. Assim, o item

“gerenciamento de pessoas”, que está externo à eficiência, mas, influencia diretamente a administração desse processo, deve recrutar, treinar e manter constante capacitação dos empregados – por exemplo, profissionais de Educação Física – que prestarão os serviços à comunidade.

Ao visualizar o parâmetro eficácia, nota-se que há uma conexão com a eficiência, ou seja, conforme já apontado por Maximiano (2009), esta é determinante da primeira. Portanto, se a prefeitura agir de maneira eficiente na condução do processo, haverá uma maior probabilidade de se alcançar os resultados planejados. Todavia, é importante lembrar que embora interligados, a eficiência não garante a eficácia e vice-versa.

Conforme o esquema apresentado, os parâmetros, eficiência e eficácia, dialogam ou conectam-se com a “elipse” do parâmetro efetividade; todavia, os dois primeiros parâmetros, por si só, não garantem o terceiro.

Normalmente os critérios de avaliação tanto da eficiência e da eficácia são quantitativos, por exemplo, expressos em índices, taxas, porcentagens. Já a efetividade denota uma abordagem qualitativa. Por isso, está relacionada à análise da percepção tanto do público interno quanto o externo. Assim, um programa social, só apresentará uma efetividade, se além de ser eficiente e eficaz, também atender às necessidades e expectativas dos empregados e dos beneficiários, nesse caso, a comunidade assistida.

Em síntese, o que o esquema propõe demonstrar, é que a efetividade está vinculada tanto aos públicos interno e externo, quanto à eficiência e eficácia do programa. Destarte, o resultado final desse processo poderá ser representado pela qualidade dos serviços prestados e na condução dos mesmos. Segundo Saraiva e Nunes (2011) a avaliação de desempenho de programas sociais deve ser sistematizada e acompanhar todas as fases de execução, que consiste na identificação do problema social e o acompanhamento das mudanças ocorridas como consequência das intervenções do poder público. Portanto, a avaliação assume um caráter processual, e não apenas diagnóstico e/ou final.

Seguindo essa mesma linha de pensamento, para Marinho e Façanha (2001) a avaliação, pressupõe comparação. Segundo esses autores, efetividade, antes de ser eficiente e eficaz, também significa possuir competência para desenhar e executar estratégias, por meio da elaboração de um programa e/ou melhorando-o. Para tanto, é necessário estipular antecipadamente os indicadores – procedimentos, normas, estratégias – que serão adotados para realizar a avaliação, tendo em vista, os resultados esperados.

Segundo Saraiva e Nunes (2011, p. 949) “A análise de desempenho dos programas sociais é necessária para que se atinjam melhores resultados ao se usar e controlar

os recursos aplicados, sendo preciso avaliar se os programas atendem ou não às pressões e demandas sociais”. Essa perspectiva está alinhada a opinião de Marinho e Façanha (2001), quando relatam que os resultados não se referem exclusivamente a produtos e serviços finais ou terminados, mas, também, dizem respeito ao pensamento estratégico, que é um ponto de partida do gerenciamento que se orienta por resultados e realizações.

Considerando essas ponderações, a racionalidade social diz respeito à implementação e ao aprimoramento de objetivos estipulados. Notoriamente, as organizações são efetivas quando seus critérios decisórios e suas realizações apontam para a permanência, e, estruturam objetivos tangíveis.

Portanto, a análise de PGAF não se restringe apenas em mostrar uma associação entre os resultados obtidos tendo em vista determinado(s) parâmetro(s) e variável(eis); mas, comprovar se houve uma relação benéfica, direta e permanente entre as ações implementadas sob a perspectiva dos envolvidos. Para tanto, é necessário isolar determinadas variáveis sociais e/ou pessoais, que podem provocar os mesmos resultados na ausência do programa avaliado.

Por fim, a avaliação da efetividade, refere-se à identificação da relação entre a execução de um determinado programa e seus impactos e/ou resultados, isto é, seu sucesso ou fracasso, em termos de uma efetiva mudança nas condições sociais prévias da vida da população alvo. Ademais, deve-se verificar em que medida os resultados do programa estão incorporados de modo permanente à realidade da comunidade assistida.

Entretanto, ainda é incipiente a realização da avaliação de desempenho, quanto ao aspecto da efetividade em PGAF. Como apontado por Malta *et al.* (2014a), em 2011 foi aprovado um convênio envolvendo o Ministério da Saúde e 11 Universidades nacionais, tendo como objetivo avaliar a efetividade do Programa Academia da Cidade no Estado de Pernambuco, e em municípios das cinco regiões do país.

Ainda segundo essas autoras, outras ações desenvolvidas por essa iniciativa consistem em detectar as barreiras e facilitadores para a promoção da saúde, especialmente por meio da prática de atividade física, tendo como foco o Programa Academia da Saúde. No entanto, alguns estudos ainda estão em andamento, como no caso do Estado de Pernambuco, que além da capital, passou a abranger 184 municípios (MALTA *et al.* 2014a). Segundo as autoras, essa avaliação contaria com a realização de três inquéritos anuais e sequenciais a partir de 2011. Esses ainda estão em análise, segundo as autoras.

Dentre as avaliações já concluídas com essa proposta, as autoras em tela citam as realizadas nos programas nas cidades de Recife/PE, Curitiba/PR, Aracaju/SE, Belo

Horizonte/MG (BRASIL, 2011). Na seção 6.3, faço uma análise dessa obra, tendo em vista que foi a única que contemplou, pelo menos como proposta, a investigação da efetividade em PGAF.

6.2 Avaliação dos parâmetros de desempenho em programas de promoção da saúde

Embora, ainda não haja um consenso conceitual entre os pesquisadores da área, o estudo da avaliação da promoção da saúde tem despertado o interesse de acadêmicos e gestores públicos ao reconhecer a sua importância quanto aos aspectos políticos e metodológicos de sua realização. Não menos importante que esses aspectos, devem ser destacadas as questões éticas que envolvem todo esse processo.

A Organização Mundial de Saúde, segundo Lima *et al.* (2012, p. 73), conceitua a avaliação como o “[...] processo de determinação sistemática e objetiva da relevância, objetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentadas em seus objetivos”. De acordo com os autores em tela, esse processo consiste em compreender uma variedade de procedimentos, métodos e técnicas, de forma sistemática, para proporcionar informações capazes de orientar as ações a serem desenvolvidas; portanto, estão além do simples juízo de valor dos dados obtidos.

A avaliação é um processo de reflexão sobre o valor de projetos, programas e/ou políticas e das atividades relacionadas a estes, objetivando identificar e explicar se as necessidades da população assistida estão sendo atendidas (WESTPHAL; MENDES, 2009). Isso implica, segundo as autoras, em analisar o processo utilizado para identificar a eficiência, a capacidade de promover o empoderamento dos participantes e os resultados alcançados.

Contudo, deve-se considerar com a devida relevância, a opção do paradigma científico adotado por quem coordena e/ou realiza essa avaliação (SALAZAR, 2009). Pois conforme essa autora, a perspectiva ontológica e epistemológica seguida, influenciará a definição da problematização a ser investigada, a escolha dos métodos e construtos teóricos adotados. Por conseguinte, interferirá diretamente na compreensão da realidade analisada e nos saberes produzidos.

Portanto, há uma estreita e relevante relação estabelecida entre quem avalia e os resultados avaliados. Contudo, isso não quer dizer que haja uma falta de ética profissional ou a análise dos dados. No entanto, não se pode negar que essa escolha não interfere na formulação do conhecimento e na elaboração de políticas que regem a sociedade.

Autores como Kusma *et al.* (2012) e Lima *et al.* (2004) chamam a atenção quanto ao aspectos multidimensionais e de alta complexidade social que devem ser levados em consideração ao se pensar no processo avaliativo dessa área. Os autores destacam que o uso de métodos simplificados do tipo causa e efeito, aplicáveis a alguns campos do conhecimento, bem como a coleta, análise e interpretação de dados, tão somente de forma quantitativa para comparação de resultados, não é suficiente para se compreender a realidade de um fenômeno. Mas, destacam a premência da adoção de uma triangulação metodológica visando ações múltiplas e complexas, associadas para o entendimento do mesmo.

Ainda segundo os autores em tela, há a necessidade da combinação de diferentes enfoques e métodos na avaliação, tanto qualitativos e quantitativos, que permitam a análise de seu fundamento teórico, quanto ao processo de implementação, impacto e resultados em curto, médio e longo prazo dos programas, e políticas públicas na área da saúde.

Entretanto, não basta afirmar que o programa apresentou determinados resultados, embora seja importante estabelecer a evidência daquilo que funcionou e a avaliação do resultado; mas, também é preciso especificar, como e por que, este ou aquele procedimento funcionou satisfatoriamente ou não, isto é, detalhar a avaliação do processo (LIMA *et al.* 2004).

A avaliação se define como uma comparação e/ou julgamento de valor das mudanças de um evento que se tem como referência ou padrão (SALAZAR, 2009). Para tanto, segundo essa autora, a avaliação precisa ser sistematizada e objetiva, oferecendo informações confiáveis que possam ajudar na formulação de políticas e desenvolvimentos metodológicos para a tomada de decisões quanto às ações a serem adotadas. Estas são interpretadas, e, influenciam nas escolhas estratégicas, tendo como base alguns princípios ideológicos daqueles que a coordenam.

Se, por exemplo, o entendimento de saúde e doença de determinado pesquisador e/ou grupo de pesquisadores, seguir a perspectiva positivista que considera os aspectos anátomo-fisio-patológicos como foco, e em uma dicotomia entre corpo e mente, isso refletirá na formulação de políticas e estratégias de intervenções condizentes a esse entendimento.

Tendo em vista essa observação, esse grupo tenderá a usar os procedimentos que consideram mais apropriados, enquanto meio de fazer ciência, ou seja, em: abordagens centradas no referencial da epidemiologia clínica, focadas na representatividade da amostra, standardização das intervenções, valoração da magnitude dos resultados e probabilidades baseadas em testes de significância estatística e controle de fatores de confusão. No entanto,

os procedimentos metodológicos não obrigatoriamente possibilitam a valoração da efetividade de práticas complexas (KUSMA *et al.* 2012).

Por outro lado, se a escolha for por uma abordagem epistemológica fenomenológica, os procedimentos adotados serão distintos, bem como a produção do conhecimento e de sua aplicabilidade. Westphal e Mendes (2009) destacam a relevância da abordagem de avaliação participativa. Esta abordagem procura envolver todas as pessoas que terão alguma participação na elaboração de uma política ou programa a ser implementado. O objetivo dessa ação é buscar a integração de todos os envolvidos de modo a potencializar as mudanças necessárias que foram identificadas. Dessa forma, requer o conhecimento da realidade a ser modificada.

Segundo as autoras em tela, esse tipo de avaliação contrapõe a adotada pela perspectiva biomédica, pautada no método científico tradicional, pois oferece uma oportunidade às pessoas que sempre têm sido objeto de pesquisas, de se tornar participantes ativos da sua formulação, execução, aplicação, análise e avaliação. Em outras palavras, essa modalidade de avaliação se institucionaliza como uma ação conjunta de todos os envolvidos na ação.

É relevante destacar a importância quanto ao aspecto ideológico da adoção de determinadas concepções, como promoção da saúde, Medicina Social, Saúde Pública, Saúde Coletiva, prevenção de doença e proteção de saúde, pois, sugerem diferentes abordagens de desenvolvimento da saúde à população (SALAZAR, 2009).

Enfim, para essa autora, a avaliação é o processo de análise de programas e políticas, bem como o contexto em que elas ocorrem para determinar se a sua aplicação exige mudanças, e avaliar as consequências intencionais e não intencionais. Isso inclui, mas, não se limita a determinar o alcance das metas e objetivos. Assim, ao avaliar, obtêm-se informações que auxiliarão o redirecionar dos programas ou políticas, ajudando a determinar se eles têm sido eficazes.

Ainda conforme Salazar (2009), a avaliação em si levanta desafios técnicos, políticos e culturais, pois a concepção de Saúde Pública a partir da perspectiva da promoção da saúde se propõe a um processo político de capacitação para proteger e manter a saúde. Além disso, essa concepção visa controlar os denominados determinantes da saúde. Sendo assim, entende-se que a avaliação deve focar tanto a evolução deste processo de mudança quanto os seus resultados sobre a saúde e o bem-estar da população.

As intervenções em promoção da saúde podem ter diferentes níveis de impactos e distintos efeitos ao longo do tempo, sendo que esse tipo de avaliação– eficácia – representa o

primeiro nível de resultados do programa. Segundo Salazar (2004) essa avaliação deve ter um enfoque sistêmico, demandando uma inter-relação lógica entre seus componentes – avaliadores – com o contexto na qual a realizará – condições reais encontradas e pessoas envolvidas.

Ao considerar essa inter-relação, a avaliação deve ser guiada por algumas diretrizes que nortearão o processo da promoção da saúde. Salazar e Velez (2004, p. 729) apresentam alguns questionamentos que poderão contribuir no desenvolvimento desse processo:

Quais informações que os gestores e políticos precisam saber? É possível alcançar o impacto desejado? Qual seria a abrangência das decisões tomadas a partir desses resultados? Quais estratégias poderiam ser implementadas ao projeto para em determinada situação? Somos capazes de agir considerando as necessidades de produzir evidências de eficácia da saúde no contexto descrito?

Tendo em vista essas questões, Salazar (2009) aponta o crescente interesse na distinção quanto aos conceitos de eficácia e efetividade na promoção da saúde. Para a autora, a eficácia nesse contexto está relacionada com a probabilidade de pessoas, e de uma determinada população definida, obter benefícios pela aplicação de uma tecnologia de saúde quando da existência de um problema de saúde.

Contudo, isso dependeria do controle das condições sociais, consideradas como ideais, e do uso dessa tecnologia, ou seja, com os aspectos socioeconômicos adequados em determinada comunidade – o que não é uma realidade na grande maioria dos municípios brasileiros. Por efetividade, segundo Salazar (2009), entende-se a probabilidade de pessoas e de determinada população definida, obter os benefícios pela aplicação de uma tecnologia, quando da existência de um problema de saúde. Todavia, isso se daria em condições sociais normais, isto é, não controladas; portanto, deve considerar o contexto social existente.

Na área da Saúde Pública, o *Dictionary of Epidemiology*, define-se eficácia e efetividade, respectivamente, como:

A extensão a que uma intervenção específica, procedimento, regime, ou serviço produz um resultado benéfico sob condições ideais; o benefício ou utilidade de um serviço, regime de tratamento, ou intervenção para o indivíduo ou a população [...] Contrasta com eficiência e efetividade.

À medida que uma intervenção, procedimento, regime, ou serviço específico, quando implantado nas circunstâncias habituais de vida prática, cumpre o que se destina fazer para uma determinada população específica. Uma medida da extensão em que uma intervenção ou política cumpre seus objetivos na prática. Contrasta com eficácia e eficiência (PORTA, 2014, p. 90) (tradução nossa).

Como se pode perceber por meio dessas conceituações, a promoção da saúde eficaz é caracterizada como aquela que conduz a mudanças nos determinantes da saúde. A *International Union for Health Promotion and Education* (IUHPE, 1999) faz referência a Nutbeam (1997), ao discutir sobre esses determinantes. Para o autor, esses determinantes incluem tanto aqueles que estão sob o controle das pessoas – condutas individuais, estilos de vida, utilização dos serviços de saúde –, como os que estão fora de seu controle – condições sociais, econômicas e ambientais, assim como a prestação de serviços. De forma sintética, Nutbeam relata que uma promoção da saúde eficaz, será, pois aquela capaz de conduzir as mudanças nos determinantes da saúde em condições de vida real e com sustentabilidade.

Além de considerar esses aspectos, o autor também apresenta distintos pontos de vista ou critérios para a estimativa do êxito de um programa na área: 1) Dos responsáveis pela elaboração de políticas e gestores de programas – o êxito é estimado em termos de impacto econômico, isto é, da relação entre a inversão de recursos e os resultados de saúde a curto prazo; 2) Dos promotores da saúde – o êxito é definido em termos de objetivos alcançados a curto prazo, em condições de vida real. Supõe a viabilidade da implantação, e de que as pessoas e organizações envolvidas, se comprometam com essas ações; 3) Da população beneficiada – quando o programa aborda prioridades que a população tenha identificado ou reconhecido.

Quanto à eficácia em saúde, a IUHPE (1999) apresenta alguns questionamentos para se comprovar se realmente alcançaram-se os objetivos traçados: A questão que se apresenta é como comprovar se houve a eficácia, em se tratando da complexidade das ações de promoção da saúde, que entrelaçam cenários, grupos da população e questões específicas de saúde? Como seriam identificadas as “provas”?

As diretrizes propostas pelo *Global Program on Health Promotion Effectiveness*, segundo Lima *et al.* (2012), reconhecem que a evidência da efetividade deriva de uma variedade de fontes que transcendem as fronteiras da avaliação tradicional. Segundo esses mesmos autores, essa proposta além de determinar o êxito de uma intervenção, deve também proporcionar visibilidade ao processo, permitindo a identificação de necessidades de reajustes, regulações, correções ou diversificação, em uma contínua dialética entre o fazer e seus efeitos. Essas ações devem balizar a definição de reivindicações e elaboração de políticas públicas.

Ainda conforme os autores em tela, a questão da efetividade da promoção da saúde persiste como um grande desafio tanto no Brasil como no plano internacional. Pois

requer a elaboração de uma agenda social integrada entre as nações, visando promover o desenvolvimento humano pautado pelo imperativo ético da equidade e respeito às diferenças.

Westphal e Mendes (2009, p. 19) ao abordarem sobre a avaliação da efetividade relatam que “[...] consiste menos no exame se as metas e objetivos são alcançados e muito mais no exame da relação entre a implementação de um determinado programa e seus impactos por resultados em termos de uma mudança real nas condições de vida das populações atingidas pelo referido programa”. Essas autoras ainda discorrem sobre a dificuldade da realização dessa modalidade de avaliação, pois requer uma clareza dos resultados sociais a serem alcançados pela intervenção pública.

Contudo, pelas dificuldades das realidades encontradas em diferentes contextos sociais, nem sempre se define adequadamente os objetivos e as ações a serem realizadas pelas políticas públicas. Por sua vez, isso poderá acarretar resultados distintos aos inicialmente traçados.

Retomando outro entendimento de Salazar (2004), a autora destaca que falar em efetividade na promoção da saúde é imperativo considerar a construção da capacitação das pessoas e da comunidade para controlar os fatores determinantes da saúde e o impacto desta capacidade sobre o estado de saúde e de seus determinantes. Segundo Salazar, de forma simplificada, um programa pode ser considerado efetivo se a sua intervenção alcançou em condições normais, ou seja, não controladas, os resultados esperados para o qual foi criado.

A avaliação da efetividade, segundo a autora em tela, deve orientar-se e analisar a implementação e a intervenção das ações realizadas, identificando os pontos positivos e negativos, a satisfação ou não dos beneficiários, bem como o cumprimento dos objetivos propostos. Essa análise deve gerar novos conhecimentos mediante as hipóteses estabelecidas para o programa.

Enfim, ao considerar os aspectos relacionados à avaliação da efetividade na promoção da saúde, Salazar e Velez (2004) apontam que a mesma é dinâmica, requerendo intervenções complexas, multidimensionais e multifatoriais, devendo assim, considerar diversos aspectos em sua intervenção. Esses devem estar alinhados com os objetivos específicos, ponderando as constantes modificações decorrentes do processo ação-reflexão das ações desenvolvidas, pois devem ser orientadas para a comunidade assistida, permitindo a sua participação. Não menos importante, é considerar que esses aspectos são difíceis de serem implementados e mensurados em longo prazo, requerendo assim, ações intersetoriais em detrimento das setoriais.

6.3 Análise da efetividade em programas governamentais de atividade física

Adotei para a discussão do conteúdo apresentado nessa seção, a análise da efetividade em PGAF, o referencial teórico, sobretudo, da Administração, pois é a área de origem conceitual da avaliação dos parâmetros de desempenho. Todavia, também foram realizadas consultas a alguns autores da área da saúde (PORTA, 2014; LIMA; BARROSO; CAMPOS, 2009; WESTPHAL; MENDES, 2009; SALAZAR, 2009; SALAZAR; VÉLEZ, 2004) que discutem sobre os parâmetros da avaliação de desempenho quanto a sua aplicabilidade à promoção da saúde.

Por se tratar de um assunto incipiente na área da Educação Física, igualmente, nos Estudos do Lazer e Estudos do Ócio, busquei apresentar um levantamento do “estado da arte”, sobre a efetividade em PGAF. Assim, realizei um diagnóstico entre os meses de outubro e novembro de 2015, consultando os bancos de dados eletrônicos de revistas indexadas da área da saúde no Brasil, Lilacs (<http://lilacs.bvsalud.org/>), para identificar trabalhos que abordassem essa temática.

Foram utilizados os seguintes descritores da língua portuguesa: efetividade, eficácia, eficiência, avaliação de desempenho, programas de atividade física. Utilizou-se a opção de busca avançada no site, recorrendo ao operador lógico “AND” para combinação dos descritores e dos termos utilizados para rastreamento das publicações. Os critérios de inclusão para a análise dos artigos foram: a) Pesquisa realizada no Brasil; b) Não ser realizado pelo Programa Saúde da Família.

De acordo com os procedimentos adotados, identifiquei somente um trabalho publicado, a saber, pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2011), denominado de “Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil”. Essa obra consiste na descrição e comentários acerca de programas realizados em cinco capitais brasileiras, Recife-PE, Curitiba-PR, Vitória-ES, Aracaju-SE e Belo Horizonte-MG. Além disso, também faz uma discussão sobre a relevância dessas ações no contexto social, e a necessidade do desenvolvimento e utilização de diferentes procedimentos metodológicos para a sua implantação e avaliação.

Ao analisar a obra, identifiquei, em essência, que foram adotados procedimentos metodológicos de caráter epidemiológico, do tipo transversal, com enfoque diagnóstico; não sendo usadas outras formas de avaliações, como as longitudinais, processuais e/ou somativas.

Após a leitura na íntegra da obra em questão, e dos artigos chave que se relacionavam a ela (SIMÕES *et al.* 2009; MENDONÇA; TOSCANO; OLIVEIRA, 2009;

HALLAL *et al.* 2009; HALLAL *et al.* 2010), identifiquei alguns equívocos quanto às discussões e conclusões apresentadas, para que pudesse afirmar que houve uma efetividade. Pois não encontrei na citada obra, a devida adequação metodológica associada aos conceitos empregados quanto ao uso dos parâmetros de desempenho para se investigar a efetividade (MAXIMIANO, 2009; SARAIVA; GONÇALVES, 2008).

Apresento a seguir, ainda que de forma sintética, os principais procedimentos metodológicos utilizados pelos programas citados pela obra. Todavia, deter-me-ei, sobretudo, à análise das opções metodológicas empregadas e sua relação com a investigação dos parâmetros de desempenho, sem focar nos resultados alcançados; pois o meu objetivo é discutir a adequação dos aspectos conceituais utilizados. Contudo, não afirmo que houve falhas no emprego das escolhas de acordo com os objetivos apresentados pelos pesquisadores; tão somente ressalto que não permitem afirmar a existência da efetividade como proposto pelo título da obra, e dos comentários ao longo da mesma.

Os procedimentos citados na obra, não esclarecem os indicadores para avaliação dos diferentes parâmetros de desempenho. No entanto, expressam os resultados alcançados, sem apontar os objetivos específicos – o geral é promover a saúde e a qualidade de vida –, e metas para que possam servir de referência comparativa com os resultados identificados.

Como análise, contemplo apenas os procedimentos metodológicos adotados pelo programa em Recife, por considerar que houve a adoção de uma maior variedade de técnicas de avaliações e, também algumas dessas terem sido usadas em outros programas citados na obra.

O programa em Recife empregou inicialmente um “estudo qualitativo do tipo histórico”, e o “levantamento da estrutura e funcionamento do programa”. Um segundo procedimento foi a adoção do “modelo lógico”. De forma sintética esse modelo visa “[...] demonstrar os principais componentes de um programa, ilustrar as relações entre eles e os resultados esperados e incluir informações pertinentes sobre questões contextuais que podem influenciar o programa” (BRASIL, 2011, p. 37). Também foi realizado um inquérito transversal quali-quantitativo, contemplando pessoas de diferentes níveis socioeconômicos, por meio da aplicação de questionários para identificar a percepção dos usuários (n=227), e as barreiras apontadas pelos não usuários para participar do programa (n=227):

O questionário dos usuários continha informações sobre: conhecimento, participação e grau de satisfação com o programa, percepção de segurança no polo e percepção de saúde, além de informações sociodemográficas. Já o questionário dos não usuários informava sobre: conhecimento e informação a respeito do programa, barreiras percebidas para a prática de atividade física e percepção de saúde (BRASIL, 2011, p. 79).

Outro procedimento usado foi um estudo quali-quantitativo, com profissionais atuantes no programa (n=12), cuja amostra qualitativa (n=7), visava analisar três categorias “[...] impacto, dificuldades e envolvimento comunitário”. Também foi usado um inquérito de base populacional com metodologia similar a adotada pela Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL). Adotou-se um sorteio aleatório de linhas telefônicas (n=2.046), tendo como objetivo comparar os níveis de atividade física no tempo livre, entre pessoas inseridas ou não ao programa. Por fim, adotou-se a observação sistemática de espaços públicos por meio do método “SOPARC”. Este permite identificar o sexo, a faixa etária, o nível e o tipo de atividade física realizada pelos usuários em espaços públicos como praças e parques. Para tanto, foram escolhidas 10 áreas públicas, sendo cinco áreas nas quais existiam uma unidade do programa, e cinco áreas sem a presença do programa. Segundo os dados informados, em 14 dias de visitação, um total de 32.974 pessoas foram observadas em 5.589 visitas em 128 áreas-alvo.

Feita essa explanação sobre os procedimentos adotados em Recife, faço uma breve descrição de como esses foram usados nas outras quatro capitais em que os programas foram avaliados. O programa da cidade de Curitiba também usou o modelo lógico, o “SOPARC”, e inquéritos populacionais. Também, foi usado o inquérito telefônico, semelhante ao VIGITEL, para fazer a comparação do nível de atividade física entre pessoas inseridas ou não ao programa. Foi realizado um inquérito com moradores próximos às unidades do programa, para saber se conheciam e utilizavam das atividades oferecidas; igualmente identificaram-se as percepções sobre a qualidade dos mesmos.

Na cidade de Aracaju, também foi adotado o “SOPARC”, e inquéritos populacionais domiciliares – investigaram os usuários, não usuários e ex usuários –, sendo realizado tanto com pessoas residentes próximas ou não às diferentes unidades do programa. Em Vitória, se restringiu a um inquérito telefônico, semelhante a do VIGITEL, onde foi avaliado o conhecimento e a participação no programa. Em Belo Horizonte houve a adoção de um inquérito populacional em dois distritos sanitários, com estudos pré e pós-intervenção, com amostra composta de pessoas usuárias e não usuárias do programa.

Como apontado, há equívocos quanto ao emprego dos conceitos da avaliação dos parâmetros de desempenho em alguns trabalhos acadêmicos, inclusive no que está em análise. Considerando o construto teórico dessa temática, passo a refletir sobre a obra em questão (BRASIL, 2011).

Ao analisar as estratégias metodológicas adotadas, identifiquei que não apresentavam uma relação entre si, não permitindo assim, uma afirmativa quanto à identificação da efetividade.

Como dito, um programa pode ser eficaz sem ser necessariamente eficiente, ou vice-versa; mas, podendo não apresentar uma efetividade. Assim, conforme as informações prestadas na obra em questão, não houve a análise dos parâmetros de desempenho, eficiência e eficácia de forma concomitante, para que se pudesse afirmar a existência da efetividade.

Considerando os conceitos de eficiência apresentados pelos diferentes autores (PORTA, 2014; MAXIMIANO, 2009; LACOMBE; HEILBORN, 2008), ao longo da obra analisada, não foram feitos apontamentos que caracterizassem esse parâmetro de desempenho, ou seja, o correto uso das ações necessárias para desenvolver o programa. Assim, denota a primeira imprecisão na afirmativa da existência da efetividade.

Quanto à análise da eficácia, os autores da obra em questão, não informaram as metas a serem alcançadas pelos programas. A eficácia está relacionada ao conceito de desempenho que envolve a comparação entre objetivos – desempenho esperado – e resultados – desempenho realizado (MAXIMIANO, 2009; LACOMBE; HEILBORN, 2008). Portanto, significa a taxa de realização de objetivos finais da organização. Dessa forma, se não houver o estabelecimento de metas a serem cumpridas – por exemplo, atingir 5% dos moradores locais de uma unidade do programa, ou a redução de 15% do percentual de gordura dos participantes do programa em seis meses –, não se pode avaliar se houve a eficácia.

Considerando esses aspectos, identifica-se uma segunda imprecisão conceitual para se confirmar a efetividade. Lembrando que embora se tivesse estabelecido e comprovado o alcance das metas, é possível ser eficaz sem ser eficiente. No entanto, mesmo assim, não seria possível comprovar a efetividade, conforme os conceitos apresentados pelos autores (PORTA, 2014; MAXIMIANO, 2009; LACOMBE; HEILBORN, 2008).

Tendo em vista os apontamentos realizados por Reifschneider (2008) quanto aos tipos de avaliações, reflito sobre os procedimentos metodológicos adotados na obra em questão, que possam ser vinculados à eficácia. Os procedimentos usados na obra são classificados como diagnósticos, ou seja, servem para realizar medições iniciais para identificar o perfil de determinada população. Para tanto, se define diferentes variáveis que serão investigadas.

Segundo Reifschneider (2008) outro tipo de avaliação é a processual. Esta é realizada ao longo da execução de determinado planejamento, com o objetivo de acompanhar os pontos positivos e negativos, conforme os objetivos e metas previamente estipulados. O

intuito é fornecer informações aos gestores públicos, quanto às modificações necessárias ou não, a serem implantadas antes mesmos de se concluir o processo.

Por fim, há a avaliação somativa ou final, que tem como proposta identificar se o(s) objetivo(s) programado(s) foi/foram alcançado(s). Nesse caso, as variáveis previamente determinadas são analisadas após uma intervenção, para se identificar se houve modificação conforme as metas estipuladas.

Considerando esses tipos de avaliações, a obra em análise não apresentou um caráter avaliativo final e, nem relacionou os aportes conceituais dos parâmetros de desempenho elencados; tampouco de maneira mais direta os relacionados à efetividade.

Recapitulando, uma organização pode ser eficiente e eficaz, sem apresentar uma efetividade (COSTA; CASTANHAR, 2012; LACOMBE; HEILBORN, 2008; SARAIVA; GONÇALVES, 2004). Para Lacombe e Heilborn (2008) a medida de avaliação da efetividade se dá pelo impacto produzido nos beneficiários. Portanto, permite separar a validade entre os objetivos da organização e os da sociedade.

Assim, a efetividade pressupõe um compromisso com os objetivos e demandas da sociedade e as qualidades das percepções dos beneficiários e dos profissionais da organização, sobre os processos e resultados alcançados (SARAIVA; GONÇALVES, 2004).

Por sua vez, tanto para Porta (2014) quanto para Lacombe e Heilborn, (2008), a efetividade relaciona-se com os demais parâmetros de desempenho, de forma a atender ao que foi proposto, isto é, a um objetivo e metas estabelecidas, sobretudo, a transformação social proposta.

Considerando a análise dos objetivos dos PGAF, a efetividade estaria vinculada à promoção da saúde e qualidade de vida. Por sua vez, é necessário considerar o atendimento dos anseios e expectativas dos públicos envolvidos – tanto interna quanto externamente –, que deve refletir em uma qualidade dos serviços e/ou produtos oferecidos à sociedade.

Dessa forma, para a análise da efetividade, considera-se o alcance das metas propostas e a percepção da qualidade dos serviços prestados pelo PGAF por parte dos públicos envolvidos. Todavia, a identificação dessas características não é tarefa fácil, e simples.

Lima, Barros e Campos (2012) destacam as diretrizes estipuladas pelo *Global Program on Health Promotion Effectiveness*, e reconhecem que a evidência da efetividade deriva de uma variedade de fontes que transcendem as fronteiras da avaliação tradicional. Segundo esses autores, essa proposta além de determinar o êxito de uma intervenção, deve também proporcionar visibilidade ao processo, permitindo a identificação de necessidades de

reajustes, regulações, correções ou diversificação, em uma contínua dialética entre o fazer e seus efeitos. Essas ações devem balizar a definição de reivindicações e elaboração de políticas públicas para determinadas áreas específicas, como a dos PGAF.

Ainda conforme Lima, Barros e Campos (2012), a questão da efetividade da promoção da saúde persiste como um grande desafio, tanto no Brasil, como no plano internacional, pois requer a elaboração de uma agenda social integrada das diferentes esferas dos governos – federal, estaduais e municipais – e, também da iniciativa privada, visando promover o desenvolvimento humano pautado pelo imperativo ético da equidade e respeito às diferenças encontradas em cada comunidade. Westphal e Mendes (2009, p. 19) ao abordarem sobre a avaliação da efetividade relatam que esta:

[...] consiste menos no exame se as metas e objetivos são alcançados e muito mais no exame da relação entre a implementação de um determinado programa e seus impactos por resultados em termos de uma mudança real nas condições de vida das populações atingidas pelo referido programa.

Tendo em vista essas questões, Salazar (2009) identificou àquela época, um crescente interesse na distinção quanto aos conceitos de eficácia e efetividade na promoção da saúde. Segundo essa autora, a eficácia está relacionada com a probabilidade das pessoas e de uma determinada população definida obter benefícios pela aplicação de uma tecnologia de saúde quando da existência de um problema de saúde. Contudo, segundo a autora em tela, isso dependeria do controle das condições sociais consideradas como ideais. Ainda conforme Salazar, essa questão está relacionada com os aspectos socioeconômicos considerados adequados em determinada comunidade. Esta não é a realidade na grande maioria dos municípios brasileiros, nem mesmo onde se encontram os programas analisados.

Portanto, a efetividade abarca questões éticas vinculadas à dignidade humana, assim como, à percepção de qualidade dos serviços pelas pessoas envolvidas; também, caracteriza-se por ser dinâmica e requer intervenções complexas, multidimensionais e multifatoriais. Dessa forma, devem ser considerados diversos aspectos em sua intervenção (SALAZAR; VÉLEZ, 2004).

Esses aspectos devem estar alinhados com os objetivos específicos apresentados, como, por exemplo, pelos PGAF. Dessa forma, é necessário ponderar as constantes modificações decorrentes do processo ação-reflexão das ações desenvolvidas, pois devem ser orientadas para a comunidade assistida, permitindo a sua participação. Segundo Salazar e Vélez (2004) essas ações são de difícil intervenção e mensuração, requerendo assim, articulações intersetoriais em detrimento das setoriais.

Ressalto que tão importante quanto a implantação dos PGAF, é preciso identificar se as ações desenvolvidas pelo poder público na comunidade local realmente contribuem para a melhoria das condições de vida.

Todavia, organizações ou programas governamentais alcançam a efetividade, quando seus critérios decisórios e suas realizações apontam para uma permanência, e estruturam objetivos tangíveis. Não menos importante, é necessário promover a elaboração de normatizações definidas, como o padrão de procedimentos e capacitação dos profissionais, de forma a permitir a integração da organização ao seu ambiente de atuação.

A efetividade dos PGAF não se restringe a avaliações diagnósticas ou de resultados obtidos em determinadas variáveis físicas, clínicas ou comportamentais; mas, em identificar se houve uma associação benéfica, direta e permanente entre as ações realizadas pelo poder público, sob a perspectiva de todos os envolvidos nesse processo.

A análise da efetividade, como dito, refere-se, assim, à identificação da relação entre o desenvolvimento de um determinado programa e seus resultados sociais, ou seja, nas melhorias das condições sociais prévias da população alvo. Portanto, seu (in)sucesso não deveria se limitar às análises das mudanças comportamentais da população.

Por fim, avaliar realmente a efetividade de um programa social é considerar toda essa complexa relação discutida. Caso contrário, esse programa pode estar alcançando seus objetivos, sendo eficaz, conseguindo atingir uma parcela da população e/ou a redução de alguns fatores de riscos à saúde. Também pode ser eficiente, isto é, usar corretamente os recursos disponibilizados, mantendo um padrão de qualidade dos recursos físicos e/ou materiais empregados.

Contudo, o programa pode não estar respondendo às necessidades da melhoria das condições de vida, a satisfação pelas atividades oferecidas, conforme a cultura local, e interesses das diferentes faixas etárias envolvidas. Igualmente pode não estar promovendo mudanças reais de comportamento das pessoas, como a adoção de um estilo de vida considerado saudável; a satisfação e/ou o reconhecimento dos profissionais que nele atuam. Portanto, nesse caso, não alcançará a efetividade.

7 ANÁLISE CRÍTICA DO DISCURSO: APONTAMENTOS CONCEITUAIS SOBRE A ABORDAGEM SOCIOCOGNITIVA DE VAN DIJK.

Alguns estudos na área da Educação Física (LAGOS, 2016; ORIGUELA; SILVA, 2013; BAGRICHEVSKY et al. 2010; VICENTIN et al. 2010; FERREIRA, 2009) analisam o discurso adotado sobre a atividade física, estilo de vida saudável e, outras questões correlatas, tendo como base distintos pressupostos teóricos e vieses epistemológicos.

No entanto, ainda é incipiente na literatura brasileira dessa área, o uso específico da análise crítica do discurso⁴² (ACD), sobretudo, a abordagem sociocognitiva apresentada por Van Dijk (2012). Esta é ainda menos usada na área dos Estudos do Ócio e Estudos do Lazer. Dessa forma, considero pertinente discorrer, ainda que de forma sucinta, os princípios que norteiam essa proposta de análise. Seguindo esse intuito, este capítulo apresenta um volume menor de informações, pois, não contemplo uma revisão aprofundada da literatura sobre a ACD como um todo. Não obstante, apresento uma densidade de conteúdo referente a essa temática, de forma a dar um suporte na compreensão dos procedimentos analíticos adotados.

Grosso modo, a análise do discurso considera que a linguagem não é “transparente” e procura detectar por meio da interpretação de textos, símbolos, o que significam, ou seja, busca compreender a sua materialidade semiótica. Portanto, com o estudo do discurso, pretende-se apreender a prática da linguagem; por meio dela, o homem transforma a realidade em que vive, e a si mesmo. Ademais, constrói a sua existência humana, conferindo-lhe sentido. Nessa perspectiva, Orlandi (2005) compreende o discurso como prática social.

Para Siqueira e Silva (2005) a análise do discurso busca conceber como a linguagem se materializa na ideologia, e como esta última se manifesta na linguagem. Em outras palavras, essa técnica pretende compreender como a ideologia se materializa no discurso, e como o discurso se materializa na linguagem, de modo a entender como a pessoa permeada pela ideologia de seu tempo, de seu lugar social, lança mão da linguagem para significar-se nesse contexto.

⁴² Embora, não tenha realizado um procedimento metodológico que investigasse esse fato – realizei uma busca no *site* do Google Acadêmico – <https://scholar.google.com.br/> –, pois essa proposta não faz parte do escopo deste trabalho. Assim, identifiquei apenas dois estudos que adotaram essa técnica analítica (MACIEL; SOARES, 2016; CAETANO, 2010), ambos usaram a proposta apresentada por Fairclough. Segundo Caregnato e Mutti (2006) há mais de 57 tipos de variações de análise de discurso. Adoto a análise do discurso como uma técnica e não como teoria (FAIRCLOUGH, 2005), bem como, abordo somente a proposta apresentada por Van Dijk.

Em outras palavras, o discurso identifica as ideologias utilizadas pelos grupos de domínio e suas estratégias discursivas adotadas para a sua manutenção. Dessa forma, o discurso possui uma relação ativa com a realidade, significando-a à medida em que constrói sentidos para ela, ao invés de, simples e passivamente, referir-se à ela como fato.

Segundo Fairclough (1992) essa significação, dá-se em uma inter-relação envolvendo as práticas discursivas e as estruturas sociais, sendo as últimas, concomitantemente, condições de existência e efeitos das primeiras. Ainda de acordo com esse autor, o discurso é condicionado pela estrutura social no sentido mais amplo, e em todos os níveis, pelas classes sociais envolvidas nessas relações. Assim, o discurso reflete muito do contexto de uma sociedade ou um de seus segmentos.

A abordagem sociocognitiva elaborada por Van Dijk pretende analisar o meio de produção discursiva levando em conta não apenas os aspectos linguísticos e gramaticais, mas também os aspectos socioculturais, ou seja, o contexto. Tendo em vista essa abordagem, apresento na próxima seção algumas características que a norteiam.

7. 1 Elucidação do modelo sociocognitivo de Van Dijk: breves apontamentos

Como um dos principais expoentes mundiais que discute a ACD, Van Dijk, propõe a teoria sociocognitiva como uma alternativa para se compreender a inter-relação entre discurso+cognição+sociedade. Essa compreensão pressupõe dois conceitos fundamentais: 1) Cognição: é uma propriedade mental desenvolvida individual e socialmente, pois, é adquirida, aprendida, formada e transformada tanto em processos de interações sociais, como em processos individuais de percepção, ou seja, ocorre uma inferenciação; 2) Sociedade: é uma construção humana e resulta de interações coordenadas e negociadas entre os diferentes atores sociais.

De acordo com o autor em tela, essas interações são efetivadas a partir de crenças, conhecimentos, normas e valores compartilhados coletivamente. Portanto, requer o envolvimento dos aspectos cognitivos capazes de desenvolver tais elaborações de si mesmos, e atribuí-las aos outros grupos sociais. Dessa forma, segundo Van Dijk, se essas elaborações são de natureza cognitiva, sua função, entretanto, é de ordem social. Em outras palavras, as pessoas interagem socialmente os conhecimentos, porque compartilham os mesmos sistemas de crenças, ainda que de formas distintas. Todavia, esses conhecimentos não são apenas sociais, já que existem conhecimentos que estão relacionados às experiências individuais.

Ao apresentar essa proposta de interface, discurso+cognição+sociedade, Van Dijk entende que os atores envolvidos no discurso não usam exclusivamente suas experiências e estratégias individuais, ou mesmo que os discursos são formados em uma externalidade absoluta; mas, são construídos a partir de marcos coletivos de percepções. Assim, a linguagem é concebida como meio de comunicação de conhecimentos e como forma de ação e interação em situações sociais. Portanto, o discurso desempenha um papel privilegiado na interação que as pessoas têm entre si.

Dessa forma, segundo a perspectiva cognitivista proposta pelo autor, o controle mental é fundamental na conduta das ações das pessoas. Como consequência desse controle, o discurso propagado, pode exercer uma influência nos comportamentos adotados, o que por sua vez, não significa a perda do livre arbítrio, mas, em projetar certas ações. Van Dijk acredita que a organização ideológica de um discurso para o controle mental se dá por meio da formação do conhecimento prévio, que é posteriormente, difundido socialmente.

Para esse autor, existem diversas ações que os grupos hegemônicos podem empregar para estipular um contexto que favoreça um controle mental. Como exemplo, cita os meios de comunicação de massa, o acesso e o tipo de informação permitida aos diferentes grupos sociais. Isso pode se dá tanto no ambiente escolar, acadêmico, jurídico, jornais, revistas.

Nessa perspectiva, Foucault (1970) argumenta que a ação desenvolvida pelo discurso hegemônico consiste em agir com o outro, mas, também pode agir “sobre” os outros, buscando regular as relações sociais construídas. Assim, a representação do discurso consiste em construir conhecimento sobre o mundo; mas, pode ser semelhantemente, para controlar tal conhecimento e manipular sistemas de conhecimentos e crenças.

Essas estratégias podem direcionar o que, e como, a pessoa pode ter acesso a determinado conhecimento, e ao mesmo tempo, criar um forte poder simbólico nos distintos grupos sociais. Portanto, as sociedades desenvolvem diversas estratégias para criar contextos sociais que favoreçam interpretações consistentes de uma ideologia dominante, e simultaneamente, dificultem a formação de um senso crítico.

Em termos gerais, para Van Dijk, não é possível dar conta dos aspectos cognitivos sem compreender como os conhecimentos e crenças são adquiridas, e repassadas discursivamente, em contextos sociais. Dessa forma, ainda conforme o autor, qualquer tentativa de excluir um desses aspectos resulta em uma análise reducionista, pois, esses três elementos – sistema social, cognição e experiências – não são independentes.

Dessa forma, compreender como as propriedades cognitivas são construídas na prática social, contribui para uma percepção em como surgem nas práticas discursivas as propriedades da cognição, e assim, permite a possibilidade de captar o dinamismo dos processos que dão origem às estruturas conceituais que são complexas e transversais. Em outras palavras, segundo Van Dijk, isso significa que a nossa forma de perceber, compreender, categorizar e, por fim, construir os “objetos do discurso”, resulta de atividades contínuas e situadas que se dão na interação social.

Assim, a interpretação do discurso perpassa pelas experiências prévias agregadas às informações cognitivas, como crenças, opiniões positivas ou negativas, que envolvem uma temática. De forma geral, o autor pressupõe que para se compreender algo, envolve-se não somente o processamento e compreensão de informações exteriores, mas também a ativação e uso de informações internas e cognitivas em um contexto.

Para Van Dijk (2012, p. 87), os contextos “[...] não são um tipo de situação social objetiva, e sim construtos dos participantes, subjetivos embora socialmente fundamentados, a respeito das propriedades que para eles são em tal situação, isto é, modelos mentais”. Estes modelos são usados para explicar como as pessoas compreendem o discurso baseado nos aspectos cognitivos, ou seja, as representações cognitivas das experiências humanas, formando, assim, a compreensão do contexto. Essas experiências são subjetivas e se acumulam de acordo com as vivências do nosso dia a dia, ficando armazenadas e interagindo com a chamada memória episódica – mais adiante discorro sobre as diferentes classificações de memórias apresentadas pelo autor.

Assim, o contexto social, segundo esse autor, é entendido como o estudo de um fenômeno, evento, ação em relação com seu ambiente. Em outras palavras, é onde ocorre o fato, sendo influenciado por condições sociais, políticas, culturais, sob as condições que constituem seu entorno.

Para Van Dijk (2012, 2004, 1996) não há uma relação objetiva entre o discurso e os aspectos contextuais, mas, interpretações que os atores sociais envolvidos nessa interação elaboram sobre esses aspectos. É nesse sentido que os contextos operam na interface entre a prática social e a discursiva. Segundo Van Dijk (2004) o processo de elaboração ou compreensão de um discurso não é diretamente controlado pelos papéis dos interlocutores, sua classe social, ou sua idade. Esses elementos vão constituir subjetivamente um discurso, pois dependerá, primeiramente, de como as pessoas compreendem e interpretam os elementos contextuais relevantes para a elaboração desse discurso, assim como os conhecimentos por elas compartilhados.

Em outras palavras, o autor preconiza que as experiências cotidianas envolvem interações mentais que são construídas, estruturadas e conectadas à linguagem e ao contexto cultural, possibilitando o ato comunicativo. Portanto, cria-se uma rede mental que permite uma mobilização cognitiva refletida em um discurso.

Essa proposta é complexa, pois segundo o autor, os modelos mentais são construções subjetivas, ou definições atribuídas às situações comunicativas específicas. No entanto, devido ao seu caráter dinâmico, esses modelos são constantemente reformulados, atualizados e elaborados na memória.

Van Dijk (1996) trabalha com a ideia de dois tipos de memórias: 1) Memória episódica: formada por experiências pessoais e modelos subjetivos; 2) Memória social: formada por conhecimentos, atitudes, ideologias, normas, valores e modelos socialmente compartilhados. Portanto, os modelos mentais são de natureza social, tendo fortes características de pertencimento atribuído pelos grupos; mas, também são intrinsecamente individuais, resultando das experiências vivenciadas.

Os modelos mentais são situacionais/interacionais, pois são diferenciados para cada ação comunicativa. Para o autor, cada prática discursiva envolve a articulação de modelos mentais específicos, por isso, eles são representações sociais subjetivas dos eventos ou situações sobre as quais um discurso aborda. Assim, Van Dijk (2012, 1996) classifica-os em oito componentes/informações de análise: 1) Importantes para a coerência no discurso; 2) Único, pessoal e subjetivo, mas com restrições objetivas; 3) Capazes de exprimir opiniões e emoções; 4) Capazes de integrar com a memória episódica (individual) e a memória social (coletiva); 5) Construídos de modo a compor um esquema organizado por categorias fixas – categorização; 6) Providos de intenção e de objetivo – intencionalidade; 7) Interligados à criação de uma rotina – estrutura esquemática mais ou menos fixa; 8) Agentes formadores da identidade, na construção do ‘eu-mesmo’ e do ‘ele mesmo’.

Para sustentar sua proposta, o autor se respalda nos estudos da Psicologia Cognitiva, relatando que há evidências científicas que corroboram a tese de que a cognição humana é marcada por processos associativos e simultâneos que envolvem os aspectos filogenéticos, históricos e ontogenéticos. Estes aspectos permitem ao homem beneficiar-se das diversas formas de conhecimento acumuladas pelos grupos sociais, e que, ao mesmo tempo, determinam as diversas formas de conhecimento, incluindo a própria prática discursiva. Assim, para o autor, a evolução cultural humana é, definitivamente, cumulativa.

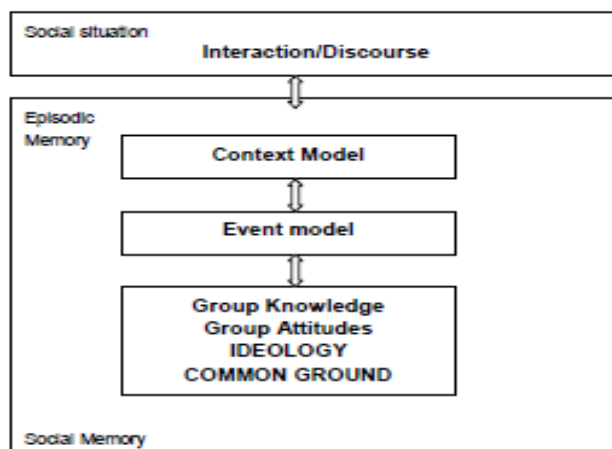
De acordo com Van Dijk (2005a), há uma memória cultural coletiva, também entendida como senso comum, ou conhecimento cultural, que é armazenada em uma

complexa rede cognitiva que se manifesta por meio das práticas sociais. Dessa forma, um modelo mental é criado, sendo impactado e parametrizado pelas vivências culturais e experiências individuais e sociais. Estas experiências, por sua vez, desde a mais tenra idade, criam uma memória que permite a expressão de valores e percepções de maneira subjetiva, idiossincrática, e, simultaneamente, de maneira intersubjetiva, compartilhada e coletiva.

Enfim, a abordagem sociocognitiva conforme descrita por Van Dijk, propõe que os contextos são as construções mentais com base na experiência social, operando no momento de elaboração de um discurso falado ou escrito. Assim, para o autor, os elementos do processo, discurso+cognição+contexto, estão intimamente relacionados. Sendo que o contexto não se constitui apenas pelas estruturas externas, mas, também, pelas representações subjetivas elaboradas pela cognição.

Seguindo essa perspectiva, Van Dijk (2004) idealizou um modelo subdividido em três dimensões para realizar a interpretação dos dados, conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2. Esquema da produção de discurso Controlada pelo contexto.



Fonte: Van Dijk (2004, p. 29).

Descrevo as principais características apresentadas pelo modelo, a começar pela memória social. Esta, também, denominada como memória semântica, é entendida como o conhecimento sociocultural geral, ou senso comum. Trata-se, portanto, de várias formas de cognição social como saberes, atitudes, ideologias, normas e valores. Essa dimensão estabelece uma interação com a memória episódica, contudo, são conhecimentos diferentes entre si.

A ativação da memória semântica dependerá das experiências individuais e da situação do contexto, ou seja, de suas características locais. Nesse sentido, é importante

considerar o conhecimento pessoal, os objetivos e interesses em determinada vivência, dentre outros aspectos. Essas vivências, segundo Van Dijk, são denominadas de representações sociais.

Essas representações são “particularizadas” ou “categorizadas” em modelos mentais, e é por meio delas, que as vivências são frequentemente compreendidas na situação comunicativa. Conforme Van Dijk é por meio dos modelos mentais dos discursos cotidianos, tais como as conversações, as notícias e os livros, que se adquire o conhecimento do mundo e as atitudes socialmente compartilhadas, como as ideologias, valores, normas sociais fundamentais. Essa dinâmica, segundo o autor, cria um quadro amplo, maneira pela qual, os grupos e os possuidores do poder são capazes de afetar o discurso.

Assim, os modelos mentais são as instâncias específicas dessas representações sociais inseridas nos discursos. Van Dijk (2012) destaca esses modelos em diferentes tipos, que por sua vez, formam as representações sociais: o conhecimento, atitude e a ideologia.

O conhecimento deve ser distinguido conforme as suas diferentes formas, por exemplo, o pessoal, de grupo, e cultural. O primeiro é representado em modelos mentais como eventos específicos vivenciados por cada pessoa. O segundo tipo, é compartilhado por grupos sociais singulares, por exemplo, categorias profissionais, movimentos sociais ou corporações comerciais. Para Van Dijk, semelhantemente a Foucault (1970), esse conhecimento pode ser enviesado ideologicamente. Contudo, pode não ser reconhecido por outros grupos, e ser caracterizado como mera “crença”. Para esses autores, as crenças de alguns grupos têm mais influência, poder e legitimidade, do que as de outros, como, por exemplo, o discurso científico em detrimento do saber popular. A última forma de conhecimento apresentada, a cultural, é compartilhada por todos os membros de uma sociedade, de forma atemporal e contextualizadamente.

Enfim, de acordo com Van Dijk (2012), pelo menos, em princípio, todo conhecimento socialmente compartilhado pode ser pressuposto no discurso público. Esse conhecimento de base comum muda constantemente, e o que é de base comum, ontem, pode ser ideologia ou crença de um grupo, hoje, ou vice-versa. Van Dijk (2012) exemplifica essa situação como no caso da religião cristã, e de forma semelhante o caso do conhecimento acadêmico, que passam(ram) por transformações ao longo dos anos.

Outra representação social abordada como modelos mentais são as atitudes. Estas segundo Van Dijk (2012), são socialmente compartilhadas, como, por exemplo, as opiniões das pessoas a respeito dos imigrantes, do aborto ou da energia nuclear. São habitualmente complexas e compostas por um grupo de proposições axiológicas. Do mesmo modo que o

conhecimento geral pode influenciar os modelos mentais, as proposições ou atitudes também podem ser “particularizadas” em opiniões específicas e pessoais nos modelos mentais.

Por fim, o último modelo mental apontado por Van Dijk (2012), são as ideologias. Estas são entendidas como representações de base comum a determinados grupos sociais. Assim, segundo o autor, estão na base do conhecimento e nas atitudes dos grupos como, por exemplo, socialistas, neoliberais, ecologistas, feministas, bem como antifeministas. Provavelmente, têm uma estrutura esquemática que representa a “imagem-de-si de cada grupo”, descrevendo as formas de tornar-se membro, os objetivos, as atividades, as normas e os recursos de cada grupo (VAN DIJK, 2004). Ademais, as ideologias descrevem os princípios básicos que organizam as atitudes compartilhadas pelos membros de um grupo.

Como última dimensão da proposta sociocognitiva, Van Dijk descreve sobre a memória episódica ou individual. Esta é subdividida em dois modelos, o de contexto e de evento. O primeiro refere à criação de categorias de conhecimentos mais amplos que interagem com situações mais específicas. Dito de outra forma, de um lado, são as representações mentais que controlam as várias propriedades do discurso e sua compreensão, tais como o gênero, a seleção tópica, os significados locais e a coerência; por outro lado, também trata dos atos da fala, o estilo e a retórica.

Esses modelos são fundamentais, pois identificam as interfaces entre a informação mental, o conhecimento a respeito de um evento, e os significados construídos pelo discurso. Dessa forma, segundo o autor, o que se sabe ou acredita a respeito de um evento, ou de uma pessoa específica, não precisa ser expresso por completo no discurso, seja porque é relevante, ou porque é redundante. Sendo assim, esses modelos proporcionam os limites que permitem aos usuários da língua selecionar as informações relevantes na situação vivida, construindo os significados que serão expressos na conversação.

Por outro lado, no modelo de eventos, os usuários da língua não formam somente modelos mentais da situação em que eles estão interagindo, mas, também, com relação aos eventos ou às situações em que em ocorrem a ação comunicativa. Dessa forma, a coerência local e global do discurso não é definida somente em termos de relações funcionais entre suas proposições (tais como generalização, especificação, exemplificação, explanação), mas, especificamente também pelas relações dos “fatos” referidos por essas proposições, como as relações de causa e consequência.

É essa modalidade de modelo que forma a base da produção e compreensão do discurso, em especial do seu significado, ou seja, sob o controle do modelo de contexto. As

proposições que são consideradas relevantes pelo modelo de evento comunicativo são selecionadas e atualizadas *online* pelo enunciador.

Em outras palavras, o significado de um discurso, comparado com seu modelo mental do evento, é por definição, incompleto, necessitando assim, ser adaptado ou complementado constantemente. Dessa forma, o enunciador da ação comunicativa não precisa incluir no seu discurso tudo o que os enunciatários já sabem ou podem inferir por conta própria. Em outras palavras, há um processo de inferência, ou dedução das informações que são apresentadas no discurso. Assim, os modelos mentais descrevem todas as crenças pessoais a respeito de um evento, ou seja, conhecimento e opiniões.

De forma sintética, esses dois tipos de modelos apresentados, são representações mentais armazenadas na memória episódica, ou seja, na memória de longo prazo, onde as pessoas guardam o conhecimento e opiniões a respeito das suas vivências ao longo da vida. Esses modelos, provavelmente, consistem em representações esquemáticas das dimensões pessoais e sociais relevantes dos eventos como ambientes, participantes e, ações realizadas (VAN DIJK, 2012; 2004). Em geral, os modelos de contexto controlam a parte “pragmática” do discurso, isto é, relacionada com um componente da linguagem, e os modelos de evento, a parte “semântica”.

Assim, a compreensão de um discurso significa basicamente a capacidade de construir um modelo interpretativo para ele. Por outro lado, para a produção do discurso, é o modelo mental do evento/situação, que forma o ponto inicial do texto e da conversação. Normalmente o que se lembra de um discurso, segundo Van Dijk, não é o seu significado, mas o modelo mental, isto é, uma categorização que se constrói durante o processo de compreensão.

Essa percepção ocorre devido ao fato dos modelos mentais não representarem apenas as crenças pessoais, mas, sobretudo, as variações subjetivas das representações sociais – conhecimento, atitudes e ideologias –, notadamente, relacionadas às estruturas dos grupos e das organizações. Ademais, os modelos mentais são o cerne da interface que possibilita o contato entre os membros dos grupos às suas representações sociais, seus modelos mentais e finalmente, o discurso de seus integrantes.

Em outras palavras, os modelos mentais explicam como o discurso contém propriedades tanto pessoais como sociais, e sem dúvida, como em uma mesma situação social cada discurso é diferente.

Em síntese, o modelo proposto por Van Dijk (2004), é subdividido em três dimensões: 1) Situação social – também entendida como contexto social, onde se dá a prática

discursiva; 2) Memória social – compreendida como a memória semântica que é caracterizada pelo conhecimento local produzido, as atitudes, a ideologia e o conhecimento comum do grupo; 3) Memória episódica – que está relacionada à memória individual, contemplando as características dos modelos de contexto e de eventos. Essas três dimensões se inter-relacionam de forma situacional, mais especificamente às características socioculturais, produzindo o discurso.

Tendo em vista essa descrição dos diferentes elementos que compõem o esquema de análise proposta por Van Dijk, discorro no próximo capítulo sobre os resultados e discussões, partindo da dimensão contextual macro, para a micro, e da memória semântica, para a episódica.

8 RESULTADOS E ANÁLISES

Neste capítulo apresento, inicialmente, uma descrição do local onde a pesquisa foi realizada – regional Barreiro e o polo –, bem como o perfil dos participantes – profissionais e alunos –, os resultados obtidos por meio das entrevistas – onde realizo a discussão conforme a abordagem sociocognitiva –, bem como a análise discursiva do *corpus* contido no *site* da PBH sobre o PAC-BH. Por fim, apresento as características das aulas observadas.

8.1 Caracterização da regional Barreiro e do bairro onde se encontra o polo investigado

Com o intuito de possibilitar um melhor entendimento do trabalho, considero relevante fazer uma breve descrição do contexto social onde foi realizada a pesquisa. A cidade de Belo Horizonte é subdividida em nove regionais administrativas; na área da saúde é concebida enquanto distrito sanitário. Cada regional possui o seguinte número de polos do PAC-BH, conforme o informativo fornecido pela prefeitura em dezembro de 2015: Pampulha (5); Venda Nova (8); Oeste (5); Leste (6); Norte (9); Nordeste (8); Centro Sul (4); Barreiro (11). Como dito anteriormente, foi escolhido um polo desse último distrito para a realização desta pesquisa.

Conforme o fluxograma da prefeitura, o PAC-BH segue a seguinte hierarquização: Está vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que por sua vez confere à Gerência de Assistência à Saúde (GEAS) a administração do programa. Junto à GEAS atua a Gestão Central do PAC-BH. Esta é composta atualmente por três gestores, todos formados em Educação Física, que fazem a mediação das demandas distritais do PAC-BH à GEAS. Em nível subsequente à Gestão Central, há os coordenadores distritais, um para cada regional, também formados em Educação Física. Estes por sua vez, estão vinculados aos gerentes dos distritos sanitários dessas regionais. Estes coordenadores atuam juntos aos profissionais da “ponta”, nomenclatura adotada internamente pelo PAC-BH para se referir aos profissionais, formados em Educação Física, que intervêm junto à comunidade. Contudo, cada polo está atrelado a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que possui um gerente. Por fim, os profissionais de Educação Física⁴³ estão inseridos nas equipes dessa UBS, sendo que alguns atuam no NASF.

⁴³ Por determinação da prefeitura, em cada polo, há um número igual de profissionais de Educação Física, isto é, dois. Assim, para preservar o anonimato desses profissionais, bem como ao gestor, refiro-me a eles/elas, de forma indefinida, tão somente enquanto profissional, profissionais, ou P1, P2 e P3.

De acordo com dados apresentados pelo último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (2010), a regional Barreiro possui as seguintes características: População aproximada de 262 mil pessoas, 90 mil domicílios, 54 bairros. Caso essa regional fosse emancipada, estaria entre as oito maiores cidades de Minas Gerais. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da regional é de 0,79, considerado médio.

Essa regional além dos 11 polos possui uma expansão de horário em um dos polos, ou seja, funciona em dois turnos; totalizando, assim, 12 turnos de atendimento. A distribuição dos polos e seus respectivos horários de funcionamento nos bairros estão descritos no Quadro 4:

Quadro 4. Distribuição dos polos e horários

Bairros	Horários
Diamante	07:00 -12:00 h
Parque das Águas	
Regina	
Túnel de Ibirité	
Urucuia	
Vale do Jatobá	
Vila Pinho	
Vila Santa Rita	
Jatobá IV	16:30 -21:30 h
Lindéia	16:00 -21:00 h
Milionários	07:00 -12:00 h; 16:30-21:30 h

Fonte: Elaborado pelo autor

Após a contextualização da regional, faço breve descrição da comunidade onde o polo se encontra. Esta segundo dados fornecidos no *site* da prefeitura, apresenta o seguinte perfil: Predominantemente residencial, uma região de classe média e média-alta; possui uma UBS, supermercados, padarias, depósitos de material de construção, bares, armazéns, academias de ginástica e natação; três escolas municipais – uma oferecendo as séries iniciais e outras duas as séries finais do ensino fundamental; um campo de futebol; uma praça com quadra poliesportiva; uma academia a céu aberto; uma sede da associação de bairro.

8.2 Observações do espaço físico do polo

Quanto à estrutura física do polo, a mesma consiste em um salão com dimensões de 5,53 m de largura, por 14,88 m de comprimento, totalizando uma área de 82, 28 m², onde ocorrem as aulas. Sua entrada é por um portão de ferro “de correr”, com aproximadamente três metros de largura – que fica aberto durante a realização das aulas; o piso é de cerâmica branca; a altura do pé direito da construção é de aproximadamente 4 metros; o telhado é

composto por telhas coloniais, sem forro; há quatro ventiladores do tipo "furação" – de alta potência –, distribuídos pelo salão; nove basculantes e seis "falsas janelas", constituídas por tijolos furados; há um *microsystem* usado para tocar as músicas durante as aulas; uma mesa pequena e duas cadeiras, que são usadas pelo profissional. Em anexo ao salão, tendo acesso pela sua parte interna, em seu lado esquerdo, há uma sala de almoxarifado para se guardar os materiais usados nas aulas – também funciona como uma área de lanche dos funcionários, contendo uma geladeira, mesa e cadeiras de PVC. Do lado direito do salão, há uma área onde ficam algumas mesas e cadeiras de PVC, um bebedouro com "duas alturas"; um banheiro masculino e outro feminino. Esses são acessíveis a cadeirantes, tendo a largura adequada da porta, com ampla área interna que permite a locomoção com facilidade de uma cadeira de rodas; há suporte de apoio lateral e acima do vaso sanitário, para os cadeirantes ou pessoas com dificuldades de locomoção. Também há uma pia, um espelho, um toalheiro de papel, sabão líquido. Todo o ambiente é azulejado e bem limpo. Externamente ao prédio, sua faixa encontra-se toda pichada.

Em anexo ao salão, pela parte externa, há uma sala de avaliação física, com aproximadamente 14 m², onde há uma mesa, três cadeiras, um computador, uma maca, armários de aço – onde ficam guardados os arquivos e materiais utilizados para a realização das avaliações, murais informativos, um telefone. Esse local também funciona como a secretaria do polo, tendo uma funcionária responsável para prestar informações e atender ao telefone. Ao lado dessa sala, há outra onde ocorre o atendimento fisioterápico à comunidade.

Além da funcionária administrativa, há uma responsável pelos serviços gerais. Essa faz a limpeza do salão em todos os intervalos das aulas. Mantendo, assim, o ambiente sempre limpo e agradável para a realização das atividades. Também há um estagiário em Educação Física que faz o acompanhamento dos alunos, auxiliando os profissionais do polo. Normalmente, era comum ter dois estagiários no polo. Contudo, em virtude da recessão econômica a qual o país passa na atualidade, está havendo uma redução de custos na prefeitura, a qual refletiu no cancelamento dos contratos de alguns estagiários. Um desses estagiários foi dispensado no final do ano de 2015; sendo que o estava atuando durante a realização desta pesquisa, tinha sua dispensa programada para o dia 31 de janeiro de 2016. Portanto, os profissionais do polo não terão esse importante auxílio para o atendimento à comunidade; criando assim, uma precarização no atendimento.

O polo foi construído como sede própria, em uma praça comunitária. Esta tem algumas mesas e bancos de alvenaria, uma quadra poliesportiva descoberta, cercada por uma tela, com uma pequena arquibancada. Essa praça compreende um quarteirão com um

perímetro de aproximadamente 320 metros, onde ocorrem as caminhadas, quando não está chovendo. A praça fica em uma região topográfica que possui duas ruas laterais pouco íngremes, e perpendicularmente, por duas ruas planas.

Quanto aos recursos materiais usados para as aulas, o polo possui: *microsystem*, caneleiras, halteres e anilhas de diferentes pesos; *steps*; colchonetes; barras de ferro – todos em bom estado de conservação, segundo a percepção dos profissionais do polo.

As observações foram feitas em um turno único do polo. O polo funciona durante cinco horas; sendo quatro destas horas, destinadas à ministração das aulas – portanto, possui quatro turmas –, e uma hora é destinada para a realização de reuniões científicas e outras demandas apresentadas pelos profissionais, por exemplo, atender a população. Cada aula tem a duração de uma hora, que é subdividida em dois períodos. O primeiro, com duração de 30 minutos, consiste na realização de uma caminhada ao redor do polo. Durante a segunda metade da aula ocorre a execução de exercícios orientados pelo profissional, conforme o planejamento estipulado. No polo em questão, cada turma é composta por aproximadamente entre 30 a 40 alunos.

O planejamento das atividades é elaborado pela dupla de profissionais do polo, conforme as diretrizes determinadas pela Gestão Central (LAS CASAS *et al.* 2014). No entanto, os profissionais contam com uma autonomia para definir quando cada conteúdo será ministrado. Esse planejamento tem a duração de três meses, sendo modificada a intensidade e a rotina das atividades de acordo a percepção dos profissionais.

Como as observações foram feitas durante o período de férias escolares, havia uma menor frequência dos alunos nas aulas, pois os adultos costumam viajar com os familiares, segundo o profissional que conversei. Dessa forma, o polo contava apenas com um profissional intervindo, pois o outro estava em férias trabalhistas. Assim, a dinâmica das aulas foi um pouco alterada, conforme o planejamento interno, ou seja, normalmente um profissional ministra todos os quatro horários de aulas⁴⁴, enquanto o outro realiza as avaliações físicas. Contudo, há um rodízio mensal dessas funções entre os profissionais.

Ao realizar as observações da dinâmica das aulas, pude perceber que os alunos chegam aproximadamente de 20 a 30 minutos antes do seu horário e ficam assentados “nas mesas”, batendo papo e “jogando conversa fora”. As conversas são assuntos do dia a dia,

⁴⁴ Em cada horário a turma é subdividida em duas, turma A e B. Assim, durante os 60 minutos de aula, a turma A, por exemplo, faz 30 minutos de caminhada; enquanto a turma B faz a aula coletiva. Posteriormente, há o rodízio dessas atividades no mesmo dia, ou seja, inverte-se. Portanto, o profissional ministra oito aulas práticas de 30 minutos cada uma; o que por sua vez, entendo apresentar um desgaste físico ao mesmo, se considerarmos que ele ao longo da semana – de 2ª à sábado – irá ministrar um total de 40 aulas práticas.

novelas, receitas, comentários sobre vizinhos e/ou parentes; enfim, coisas triviais – conforme me contaram os alunos que participaram desta pesquisa. Contudo, é um momento que conforme relatado pelos entrevistados, que ocorrem os estreitamentos dos “laços de amizades” de “sentido de família”, entre eles.

Quando chega o horário da aula, o profissional sempre chamou pontualmente os alunos que estão reunidos próximos ao salão. Estes adentram ao salão e são cordialmente cumprimentados pelo profissional. Logo em seguida é realizada a chamada dos alunos. Posteriormente, os alunos são encaminhados para fazer a caminhada na praça. Esta é supervisionada pelo estagiário, enquanto o profissional realiza outras atividades, quando há alguma pendência. Normalmente, como fui informado, o profissional faz ligações para algum aluno que está faltoso, e/ou preenche o relatório diário de presença, disponível no computador na sala de avaliação física. Quando termina essas tarefas, também realiza a supervisão da caminhada, ou atende algum aluno que lhe procura.

Terminado o tempo da caminhada, os alunos são chamados para a realização da aula coletiva – em outra seção faço a descrição de duas aulas presenciadas, uma “aula motivacional” e outra de “carga/força”. Quando finda a aula, os alunos saem do salão “batendo papo” e se direcionam às suas casas. Normalmente, não ficam na praça conversando; esse momento só ocorre antes da aula.

8. 3 Descrição do perfil dos participantes⁴⁵

Solicitei ao profissional a permissão para assistir algumas de suas aulas, antes de fazer a coleta de dados, tendo sido autorizado. Tive como objetivo fazer uma observação não participante, de modo a poder compreender melhor a realidade local, me inteirando da dinâmica das aulas e das interações sociais existentes entre professores-alunos, alunos-alunos.

Para observar a rotina das pessoas nos minutos que antecederiam as aulas, adotei como procedimento chegar aproximadamente 30 minutos antes do horário da primeira aula que iria analisar. Quando do início da aula, ficava assentado em um canto da sala, fazendo as minhas observações, registrando-as em um bloco de anotações.

Acompanhei quatro horários de aulas, sendo dois nas turmas de 2^a, 4^a e 6^a feira, e outros dois, nas turmas de 3^a, 5^a e sábado. Essa etapa durou duas semanas, sendo que ao todo observei 12 aulas, sendo três aulas de cada turma. Nesse período, o planejamento consistia na

⁴⁵ Com relação aos alunos participantes da pesquisa, serão identificados pelas características apresentadas por um nome fictício, seguido, entre parênteses, de sua idade, por exemplo, Maria (68).

realização de “aulas motivacionais” – similar à aula de ginástica aeróbica de baixo impacto – e de “carga/força” – semelhante à aula de ginástica localizada, com uso de sobrecarga por meio de equipamentos como caneleiras, halteres e anilhas de ferro.

O planejamento dessas modalidades de aulas duraria três meses, conforme apontado pelo profissional. Assim, considerando que não se trata de um estudo etnográfico, bem como o intuito das observações das aulas era apenas para analisar as relações sociais estabelecidas por meio das vivências da atividade física, e por entender que os registros realizados já atendiam as intenções propostas para o estudo, resolvi interromper essa fase.

Posteriormente à fase de observações, fui apresentado pelo profissional às turmas, para poder explicar o motivo da minha presença. Assim, me identifiquei enquanto professor de Educação Física, e aluno do doutorado na Universidade Federal de Minas Gerais. Fiz uma breve explicação da minha pesquisa e solicitei a colaboração de todos para poder contribuir com o meu trabalho. O profissional reforçou a importância da cooperação de todos. Ao final da aula, os alunos que tiveram interesse, me procuraram para maiores esclarecimentos, e para marcarmos um horário para a realização das entrevistas. Estas foram feitas na sala de avaliação física do polo, ou em suas residências, conforme dia e horário previamente agendado.

Apresentadas essas informações básicas, descrevo o perfil dos participantes. Ao total entrevistei 18 pessoas, sendo três profissionais de Educação Física e 15 alunos. Quanto ao perfil dos profissionais, apresentam uma média de idade de 29,6 anos – com idade compreendida entre 26 e 36 anos. A respeito do tempo de formação, um se graduou em 2008, outro em 2010 e, por fim, outro em 2011; sendo que dois formaram em Universidades federais, e outro em Universidade privada.

Todos os profissionais apresentam experiências na área da saúde, sobretudo, com o *fitness*, desde o período de formação acadêmica, tendo estagiado nessa área – com aulas coletivas, musculação, ou atuado como *personal trainer*. Considerando a experiência junto ao PAC-BH, os profissionais apresentam aproximadamente o mesmo tempo de intervenção no programa. O Quadro 5, apresenta dos dados sociodemográficos desses profissionais.

Quadro 5. Perfil dos profissionais entrevistados

Profissional	Formação		Experiência Profissional (anos)	
	Graduação	Pós-Graduação	Na área da saúde	PAC-BH
P1	Bacharelado e licenciatura em Educação Física	Especialização – Atividade física aplicada a reabilitação cardíaca e grupos especiais.	10	4
P2	Bacharelado e licenciatura em Educação Física	Mestrado em Educação Física	12	3
P3	Bacharelado em Educação Física (licenciatura incompleta)	Curso de especialização em saúde da família (em andamento)	5	3

Fonte: Elaborado pelo autor.

O perfil sociodemográficos dos alunos é apresentado na Tabela 2. A média de idade é 51,9 anos – com idade compreendida entre 36 e 68 anos; participaram nove mulheres e seis homens, sobretudo, aposentados e, com relação marital estável. Tendo em vista a pouca escolaridade e o predomínio de “donas de casas” e aposentados, esse público se enquadra no perfil de pessoas de baixo poder aquisitivo. Fato esse constatado nas entrevistas, quando diversos alunos relataram não ter condições de pagar uma academia particular – na região, a média de preço da mensalidade de uma academia é aproximadamente R\$ 80,00. Esses dados corroboram aos apontamentos realizados por Salvato, Ferreira e Duarte (2010), que constataram uma relação entre o baixo nível de escolaridade e de renda, e a pouca adesão à atividade física.

Tabela 2. Dados sociodemográficos gerais dos participantes da comunidade

Idade (média/anos)		51,9
Sexo	Masculino	6
	Feminino	9
Escolaridade	Séries Iniciais	4
	Ens. Fundamental II (in) completo*	5
	Ens. Médio (in) completo	6
Estado Civil	Casado	11
	Viúvo	2
	Divorciado/solteiro	2
Ocupação	Aposentado	6
	Do Lar	5
	Trabalhando	3
	Pensionista	1
Número de participantes		15

Fonte: Dados do autor. * Referente do 6º ao 9º anos.

8.4 Análise da efetividade das experiências de ócio vivenciadas no PAC-BH⁴⁶

O princípio básico da efetividade pressupõe um compromisso com os objetivos e demandas da sociedade, a percepção subjetiva dos beneficiários e dos trabalhadores, sobre processos e resultados alcançados por uma organização. Como apontado conceitualmente, a efetividade se difere da eficiência e da eficácia, à medida que se preocupa mais com a equidade e o desenvolvimento social em detrimento da relação custo/benefício, com o retorno financeiro/produzividade, ou com sua capacidade de alcançar os objetivos estipulados. Portanto, não basta uma organização ser eficiente e/ou eficaz, se não promove o sentimento de satisfação do público envolvido.

Considerando o objetivo geral deste trabalho, bem como a complexidade que envolve a análise dos diferentes parâmetros de desempenho a partir da abordagem sociocognitiva, discuto sobre as vivências sociais e de atividade física, relacionadas ao contexto do PAC-BH. Ademais, essas vivências serão qualificadas como experiências significativas ou não, a partir do sentido atribuído subjetivamente pelas pessoas. Dessa forma, para esse debate, lanço mão dos conceitos sobre experiências de ócio e experiência (RHODEN, 2009, 2008; CUENCA, 2008; LARROSA, 2000).

⁴⁶ Nas perguntas realizadas durante as entrevistas, adotei o termo lazer em detrimento do ócio, pois, normalmente, o primeiro denota um conhecimento cultural mais conhecido do que o segundo. Todavia, por meio dos sentimentos elencados pelas pessoas, foi possível identificar os atributos das experiências de ócio.

De forma complementar e transversalmente, reflito sobre as distintas concepções existentes entre lazer e ócio, atividade física e práticas corporais. Por meio do discurso dos entrevistados, pude perceber a existência dessa diferenciação, o que sugere uma apropriação, em termos de senso comum, de determinada concepção em detrimento da outra. Entendo que os dados empíricos analisados à luz da teoria sociocognitiva, permitem um novo olhar sobre a temática.

Ressalto que tais análises não assumem caráter valorativo quanto às concepções discutidas. Contudo, faço alguns apontamentos quanto às suas características. Pois a investigação de determinado objeto científico perpassa por concepções ideológicas do pesquisador, que por sua vez, direciona a adoção de escolhas ontológicas, epistemológicas, teóricas, e do método de pesquisa.

No entanto, o uso de um “caleidoscópio científico”, e não somente de uma lupa, em determinados momentos, permite identificar nuances que possibilitam reflexões e revisões de pontos de vistas que conduzam ao debate de uma prática social de forma diferenciada.

Os dados empíricos coletados nesta pesquisa trazem à tona a necessidade dessa reflexão. Pois os discursos apresentados demonstram certas distorções entre a representação e a sua prática social. O que denota uma distinção entre significado e sentido quanto às vivências no PAC-BH. Assim, o discurso como reflexo do meio em que é produzido e ultrapassa a língua enquanto parole, e inclui elementos críticos externos ao que é falado, por exemplo, o contexto histórico, sociocultural e político. Dessa forma, revelam determinadas nuances sobre o fenômeno analisado.

8.4.1 Contexto social

O PAC-BH segue as diretrizes propostas pela área da Saúde Pública, tendo como proposta geral promover os macro objetivos sociais, usando a atividade física e a educação para a saúde – esta consiste no desenvolvimento de práticas pedagógicas como meio de conscientização para a mudança de comportamentos.

O surgimento do PAC-BH ocorreu de forma embrionária em 2005, pela iniciativa de duas funcionárias da prefeitura de Belo Horizonte, que articularam o envolvimento de algumas secretarias municipais da capital (Secretaria Municipal da Saúde, Secretaria Municipal de Esportes, Secretaria de Segurança Alimentar, Secretaria Municipal da Educação e Fundação Cultural de Belo Horizonte), para participar àquela época de um evento

patrocinado pelo Ministério da Saúde, intitulado, “PRATIQUE SAÚDE” (LAS CASAS *et al.* 2014).

Ainda conforme esses autores, esse evento foi o disparador para que a Secretaria Municipal da Saúde (SMSA), por meio de sua assessoria de articulação intersetorial, organizasse o Grupo de Trabalho de Promoção de Saúde (GTPS). Assim, foram estipuladas algumas diretrizes que nortearam o projeto da PAC-BH: 1) Atividade física, estratégia global para alimentação saudável como políticas de promoção à saúde, combate ao tabaco e ao álcool e outras drogas; 2) Seminário de planejamento da SMSA/BH, que apontou as Doenças e Agravos não Transmissíveis – DANT como prioridade para as ações de vigilância e de promoção à saúde; 3) Seminário de planejamento da SMSA/BH, que apontou as Doenças e Agravos não Transmissíveis – DANT como prioridade para as ações de vigilância e de promoção à saúde; 4) Demanda local da rede de atenção; 5) Diretriz da gestão para desenvolvimento de ações de promoção, na lógica da integralidade do cuidado (LAS CASAS *et al.* 2014).

Estipuladas essas diretrizes, Las Casas *et al.* (2014) relatam que o GTPS teve como principal objetivo implantar um projeto de promoção a saúde e de prevenção dos fatores de risco das DANT, atendendo as recomendações do Plano Municipal de Saúde (2005-2008). Ainda segundo esses autores, essa proposta deu origem inicialmente ao “Projeto BH Mais Saudável”, que posteriormente, com o apoio do Ministério da Saúde, que estimulava projetos com essas características nas capitais brasileiras, tornou-se em Academia da Cidade.

Ainda conforme os autores em tela, a implantação do PAC-BH ocorreu após algumas visitas técnicas realizadas pelos funcionários da PBH em cidades como Recife/PE e Aracaju/SE, que desenvolviam programas semelhantes e bem sucedidos, como o que se pretendia implantar em Belo Horizonte. Em 2006, foi escolhido o Bairro Mariano de Abreu – na regional Leste – para a implantação do primeiro polo do programa. Para tanto, parte do investimento teve como origem um convênio firmado entre a prefeitura e o Banco Interamericano de Desenvolvimento. Visando a expansão do programa para outras áreas da cidade, estipulou-se *a priori* alguns critérios de seleção das áreas, a saber:

1. Estar localizado em área de risco muito elevado – ME e elevado – EL, de acordo com o Índice de Vulnerabilidade à Saúde – IVS, que é um indicador composto elaborado pela SMSA, que associa diferentes variáveis socioeconômicas, de ambiente e saúde evidenciando as desigualdades em saúde.
2. Ter identificado a existência de locais já preexistentes e que poderiam ser aproveitados para a instalação das academias (Políticas Sociais, Parques e Jardins, Fundação de Cultura e instituições privadas como igrejas e universidades) (LAS CASAS *et al.* 2014, p. 87).

Uma das características operacionais desse programa é o envolvimento das Equipes de Saúde da Família (ESF) e comunidades do território adscrito aos centros de saúde do SUS. Dessa forma, há duas formas de adesão ao programa. Prioritariamente são feitos os encaminhamentos pela equipe médica da rede SUS-BH e, posteriormente, são abertas vagas para as demandas espontâneas da população.

O PAC-BH, segundo Las Casas *et al.* (2014, p. 88) “[...] foi definido como espaços públicos de promoção da saúde, com infraestrutura adequada para a vivência da atividade física, propiciando aos seus cidadãos avaliação física, avaliação e orientação nutricional e a prática orientada dos exercícios físicos de forma regular”. O funcionamento das academias acontece de segunda-feira a sábado, em horários variados – manhã, tarde e noite –, conforme a especificidade do polo. As atividades são gratuitas e qualquer pessoa, preferencialmente acima de 18 anos, pode participar.

Conforme Las Casas *et al.* (2014) as atividades são estabelecidas em dias e horários pré-definidos – as turmas são divididas por dias da semana, segunda-quarta-sexta e terça-quinta-sábado –, seguindo as orientações da Organização Mundial da Saúde, isto é, com duração de uma hora por dia, com frequência semanal de três vezes.

De acordo com Caiaffa *et al.* (2011) à época⁴⁷, cada polo do programa é composto por uma equipe multiprofissional formada por um professor e cinco estagiários de Educação Física; sendo que algumas delas contam com estagiários de nutrição, oriundos de faculdades do município, além de serviço de apoio para limpeza e vigilância. As Figuras 3 e 4, ilustram um polo do PAC-BH⁴⁸.

Figura 3. Polo do PAC-BH



⁴⁷ Essa descrição não condiz com a atual realidade vivenciada pelos polos. Em virtude da crise econômica em que o país atravessa, inclusive a PBH, os estagiários estão sendo dispensados.

⁴⁸ Fonte das fotos: <https://www.flickr.com/photos/portalpvh/6601900127/in/photostream/>.

Figura 4. Aula coletiva



Ainda segundo Caiaffa *et al.* (2011), foram escolhidas estruturas físicas com espaços compreendidas entre 100 a 200 m², na sua maioria cobertos, pertencentes a PBH, ou cedidos por parceiros, reformados ou construídos com recursos da SMSA. As academias, em geral, possuem sala de ginástica, sala de avaliação física e nutricional, almoxarifado, pista para caminhada no entorno ou próxima ao espaço⁴⁹. Os materiais utilizados para a atividade física são, *steps*, caneleiras, halteres, bolas, “goma elástica”, arcos, bastões e cordas, adquiridos pela SMSA.

De acordo com Las Casas *et al.* (2014), ao se inscrever no PAC-BH, a pessoa antes do início das aulas passa por uma avaliação física com um profissional, para a elaboração de um plano individual e coletivo de exercícios. Ainda segundo esses autores, os profissionais de Educação Física responsáveis pela ministração das atividades, de posse dessas informações, fazem uma identificação dos participantes conforme uma estratificação de risco a partir da avaliação física e das características específicas considerando aspectos cardiovasculares, musculoesqueléticas e funcionais, que permitirá melhor controle da carga de treinamento de forma individual ou coletiva. Todavia, como a aula é coletiva, essa pessoa usa um crachá identificando o seu perfil de risco e aptidão física; assim, o profissional estipula a intensidade dos exercícios de acordo com cada grupo de perfis, ou seja, o número de repetições e séries para cada sequência de exercícios.

Em 2013, a coordenação técnica cria novos indicadores para melhorar o monitoramento do programa e orientar a rede, isto é, os diversos profissionais envolvidos (LAS CASAS *et al.* 2014). Para a administração do programa, os autores relatam o uso de um *software* de acompanhamento e avaliação que é integrado ao Sistema de Informação em

⁴⁹ Essa não é a realidade de todos os polos. Alguns poucos foram construídos especificamente para desenvolver esse programa. Conforme o depoimento dos profissionais entrevistados, há polos que seguem o regime de parcerias, estando localizados em poliesportivos, centros comunitários e culturais, não apresentando toda a infraestrutura relatada.

Saúde em Rede (SIS-REDE), para a melhoria da qualidade da informação e da linha do cuidado.

Os autores em tela apresentam um resumo da evolução do PAC-BH nos últimos seis anos, conforme a Tabela 3. Os dados demonstram a ampliação quanto ao número de profissionais envolvidos e abrangência do programa na assistência à população, e alguns indicadores clínicos.

Tabela 3. Série histórica por distribuição de frequência do PAC-BH

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Qde Profissionais de educação Física	25	54	93	137	160	170
Qde Academias da Cidade	8	20	30	41	53	63
Qde Número de cidadãos inscritos	812	2.566	7.682	18.570	24.999	24.589
Med Idade	-	-	45	51	53	54
% Homens inscritos	8,5	8,6	10,5	11,4	11,6	12,4
% Crianças e adolescentes	-	-	-	-	-	2,2
% Idosos	42,2	37,6	34,4	28,5	31,9	35,5
% Hipertensos	33,5	30,9	30,5	27	23,1	43,9
% Diabéticos	-	-	15,5	10,1	11	11,8
% Obesos (IMC) ≥ 30	30,5	33,6	34,6	35,9	34,5	33,4

Fonte: Las Casas *et al.* (2014, p. 95).

Quanto às características metodológicas que direcionam as ações do PAC-BH, Las Casas *et al.* (2014) descrevem a adoção de um *software* próprio para a realização da avaliação física na qual consta: anamnese (histórico de risco patológico, experiência prévia com atividade física, Escala Visual Analógica), dados antropométricos (pressão arterial, massa corporal, estatura, frequência cardíaca, dobras cutâneas, circunferências) e teste de capacidade aeróbia. Outra medida para garantir a segurança à exposição ao exercício é em relação aos planos de aula que devem ser adaptados a cada grupo de risco específico.

Iniciado o programa, a pessoa após seis meses de atividade física regular, realiza uma reavaliação física, sendo-lhe apresentados dados comparativos entre as avaliações. Dessa forma, com a avaliação e monitoramento individual, segundo os autores em tela, pode-se conhecer a condição de saúde e física da pessoa para melhor orientá-la de acordo com sua evolução.

Ainda conforme esses autores, quanto à execução das aulas, seguem-se os conteúdos propostos pelos Parâmetros Curriculares Nacionais de Educação Física (BRASIL, 1998). Este documento, segundo Las Casas *et al.* (2014), serve para referência para desenvolver as atividades para integrar os cidadãos à cultura corporal do movimento, com

finalidades: de lazer, de expressão de sentimentos, afetos e emoções, de manutenção e melhoria da saúde. No PAC-BH sugere-se que esses conteúdos sejam contemplados durante o ano.

De acordo com os autores em tela, os profissionais do PAC-BH são orientados a desenvolver um plano de aula no qual as séries de exercícios evoluem ao longo de um trimestre de acordo com as variáveis da carga de treinamento. As aulas têm uma hora de duração, sendo dividida em 30 minutos de caminhada, e 30 minutos de aulas aeróbias e/ou anaeróbias.

Apresentada a proposta teórico-metodológica do PAC-BH, identifiquei uma preocupação da equipe gestora em seguir as atuais diretrizes orientadoras preconizadas pela Saúde Pública/Epidemiologia da atividade física, caracterizada pelo tecnicismo. Essa perspectiva foi identificada por meio das observações in loco das aulas, a ser descrito no item 8.6.

8.4.2. Memória semântica

A memória semântica, ou social, retrata sobre os conhecimentos socioculturais produzidos de forma geral, criando assim, um conhecimento cultural e pessoal. Dessa forma, são contemplados os saberes, atitudes, ideologias, normas, valores socialmente compartilhados. Essa memória interage situacionalmente com a memória episódica – que será mais detidamente discutida na próxima seção –, contudo, sendo diferente desta. Segundo Van Dijk (2012, 2005, 2004) a ativação da memória semântica dependerá das experiências individuais e do contexto vivenciado, formando, assim, as representações sociais. Estas por sua vez, estabelecem os modelos mentais específicos, isto é, uma categorização, que possibilita entender o discurso.

Segundo o autor em tela, é por meio dos discursos cotidianos, imbricados pelos modelos mentais e pelas experiências vivenciadas que essas representações são construídas e compartilhadas pelos membros de um grupo. Todavia, essas representações são interpretadas por meio de três aspectos distintos: 1) Conhecimento – pessoal, social e cultural; 2) Atitudes; 3) Ideologias. Ademais, essas interações é que permitem a diversidade de experiências e entendimentos socialmente construídos.

Importante destacar que o discurso, segundo Van Dijk, e outras interações socialmente cumpridas pelos atores sociais, normalmente, pertencem ao que é chamado de

"nível micro" da ordem social; enquanto as instituições, grupos e relações de grupo, e poder, são compreendidas socialmente em "nível macro".

Dessa forma, o analista do discurso com base no conhecimento do mundo, bem como o conhecimento da linguagem – que perpassa pelo entendimento da sua estrutura sintática, significado geral, estruturas de discurso e aspectos do contexto – atribui um sentido provisório ao discurso. Considerando esses aspectos, a representação social que será focada neste tópico é o conhecimento social dos profissionais investigados sobre o lazer.

A teoria hegemônica que discute o lazer no Brasil caracteriza-o como sendo realizado no tempo do não trabalho e das obrigações sociais, bem como pela atitude da pessoa. Assim, o discurso da concepção de lazer atrelado ao tempo do não trabalho – esse entendido em uma perspectiva mais ampla, isto é, enquanto prática social, e não apenas ao sistema produtivo – denota a construção de um modelo mental, como proposto por Van Dijk. Percebe-se que essa representação é associada ao sistema hegemônico capitalista que estabeleceu um lastro às tradicionais funções do lazer, os 3D's, ou seja, um engessamento de suas vivências. Entendo que essa percepção empobrece as ricas experiências que podem ocorrer pelos encontros agradáveis na dinâmica da vida, seja ela individual ou social.

Feita essa breve contextualização, trago à discussão, alguns dados empíricos para exemplificar esses apontamentos. Um dos elementos investigados nesta pesquisa foi o entendimento que as pessoas têm sobre o lazer. Uma das possibilidades para se refletir sobre essa questão é analisar a percepção⁵⁰ apresentada pelos profissionais participantes da pesquisa:

Lazer? É totalmente diferente do entendimento de atividade física. [...] É coisa que eu gosto de fazer. A pessoa gosta de fazer isso? Tá fora do horário de trabalho dela? Tá fora das obrigações? Vamos dizer assim, né. É um lazer. Às vezes uma mãe brincar com um filho é um lazer pra ela. Também é uma coisa muito individual; às vezes o que é lazer pra você, não é lazer pra mim (P1).

O lazer pra mim, assim, é muito questionável, né? Existem várias linhas para se conceituar lazer. Mas, eu entendo que lazer é aquela atividade que o sujeito busca realizar que é por vontade própria, né? Sem obrigação de fazê-la; muitas vezes buscando preencher o tempo ocioso que ela tem, né? Muitas vezes a pessoa vem para academia, e enxerga essa vinda aqui, três vezes por semana, como uma forma de lazer, né? Que não deixe de trazer os benefícios que a própria atividade física programada, periodizada traz para ela. Mas, eu acredito que seja uma busca voluntária desse sujeito pra poder se satisfazer, né? E, principalmente, procurar preencher um tempo do seu dia (P2).

Pra mim, lazer é aquilo que você faz sem obrigação. A meu ver, sem obrigação. Eu acho que tem muitos que quando começam aqui na academia da cidade, eles vêm por obrigação. Mas, depois eu vejo que melhora. Eles não vêm por obrigação, eles vêm, porque eles gostam. (...) Tem caso de gente que cuida da mãe acamada, não sei

⁵⁰ Como nessa tese não há a preocupação do uso da linguagem por grupos específicos, todos os fragmentos discursivos passaram por uma revisão gramatical, de maneira a serem mais claros do ponto de vista da expressão.

quantos anos, é o único momento do dia dela que ela não tá focada na mãe, que ela vem pra cá, pra “desestressar”. Eu tenho certeza que não necessariamente que é pra fazer atividade física, pra melhorar nada. É justamente o tempo pra ela, que tem de lazer (P3).

No depoimento de P1, as expressões “[...] gostar [...]”, “fora do horário de trabalho”, “[...] fora das obrigações [...]”, “[...] é uma coisa individual [...]”, denotam algumas características apresentadas pelos Estudos do Lazer, como prazer, tempo livre e atitude.

No entendimento de P2, o lazer representa uma polissemia, ao relatar que “[...] é algo questionável [...]”, e que “[...] Existem várias linhas para se conceituar lazer [...]”; todavia, para esse mesmo profissional, o lazer está vinculado a livre escolha, como percebido no fragmento, “[...] por vontade própria [...]” e “[...] sem obrigação [...]”. Entretanto, esse profissional, também destaca o lazer como uma forma de “preencher o tempo ocioso”, ou seja, de compensar o tédio. No fragmento “[...] Que não deixe de trazer os benefícios que a própria atividade física programada, periodizada traz para ela [...]”, é importante ressaltar a perspectiva utilitarista do lazer e da atividade física apontada por esse profissional.

A livre escolha é um aspecto que caracteriza o lazer, segundo P3, como demonstrando no fragmento “[...] sem obrigação [...]”. O profissional destaca a possibilidade de mudança de atitude da pessoa ao longo de determinada vivência, conforme apresentado no trecho “[...] Mas, depois eu vejo que melhora [...]”. Não menos importante é destacar, também, a possibilidade do aspecto de descanso, ou de evasão da realidade diária que o lazer proporciona, como percebido no trecho “[...] é o único momento do dia dela que ela não tá focada na mãe, que ela vem pra cá, pra desestressar”; igualmente, denota um aspecto utilitarista dessa vivência.

Enfim, pelos depoimentos dos profissionais é possível identificar várias características do lazer como a livre escolha, tempo livre, prazer, bem como as funções de descanso e divertimento. Também foi possível diagnosticar que o lazer pode ser usado como momento de fuga do tédio e da realidade pessoal vivida. No entanto, nenhum dos profissionais relatou quaisquer características que o lazer poderia promover ao desenvolvimento humano. Ou seja, o lazer na visão desses profissionais perpassa, sobretudo, quanto à diversão e descanso.

Esse fato reflete a influência do discurso existente quanto ao entendimento do lazer na sociedade contemporânea (AQUINO; MARTINS, 2007). Considerando a teoria apresentada por Van Dijk, discursos podem receber distintas influências de grupos hegemônicos, por exemplo, nos sistemas de ensino e mídias, para criar um contexto que favoreça um controle mental. De maneira mais específica, a construção da memória social de

uma determinada categoria profissional, como no caso da Educação Física, perpassa, principalmente, pelos conhecimentos teóricos que são transmitidos durante a formação acadêmica, que pode ter reforçado os aspectos utilitaristas do lazer em detrimento de uma discussão mais crítica, ou mesmo por convicção própria.

Nos depoimentos a seguir, têm-se a percepção da apropriação ideológica da atividade física como saúde e não como lazer no PAC-BH, e também de uma visão reducionista:

Você acha que o PAC-BH trabalha com lazer ou atividade física? Acho que a academia tem os momentos. Ela tem o momento da promoção, tem o momento da prevenção, tem o momento do lazer; então, ela tem momentos. É... nossa proposta inicial é exercício físico, três vezes por semana, àquela hora. A gente instaura todo esse processo, que preconiza, no caso para caracterizar um exercício físico, e a atividade física também. É só essa diferença conceitual, mas ela existe. A gente tem os momentos de lazer? Temos. Quando eu pego uma turma, por exemplo, e vou levar pra fazer um passeio. Direto o pessoal da academia faz isso. Vou levar o pessoal no Inhotim, vou levar no Vale Verde; esse é o momento de lazer deles. Então, assim, eu vejo que a academia abraça tudo de acordo com os momentos; não pode é confundir. Falar assim: Ah, eu tô indo pra academia, tô indo pra minha aula, segunda-feira, 7 horas da manhã, meu lazer? Não. Não é o meu lazer. Eu estou lá pra fazer a minha prática de atividade física, meu exercício físico. Ah, hoje é 3ª feira, o pessoal marcou um passeio, é lazer? É. Não vai ser para o profissional, mas, eu tô falando na visão do usuário [...]. **Para você o aluno estando lá fazendo aula, não é lazer?** Eu não vejo como lazer não. O aluno pode está vendo como lazer, mas eu como profissional não vejo como lazer. **Por que não?** Por que, igual, eu tô falando, ele vai ter os momentos dele ali, a preconização de atividade física, de exercício físico, pra ele, pode ser um lazer, pra mim não; eu tô preconizando uma atividade, preconizando toda essa parte do exercício físico; eu não vejo como lazer. (P1).

Você enxerga que essas atividades que seus alunos fazem como lazer? Olha pra alguns podem ser; eu assim, como profissional não. Não vejo como lazer assim; talvez pelo fato da busca deles vir quase sempre pela prevenção da doença ou do agravo eu não consigo fechar tão bem assim; talvez eu tenha que trabalhar isso, porque de fato para alguns sejam, né? É, mas, como eu tenho a obrigação de fazer o planejamento, preocupar com a intensidade, com as variáveis de treinamento, com tudo. No meu ponto de vista, assim, o lazer deveria ser mais solto, sabe? **Então você não trabalha a atividade para eles enquanto lazer?** Não. (P2)

Os relatos de P1 e P2 confirmam o entendimento anteriormente apresentado que para ter lazer é necessário que a pessoa tenha um tempo livre diferente ao que tem nas aulas, “[...] Quando eu pego um turma, por exemplo, e vou levar pra fazer um passeio [...]”; todavia, as atividades são entendidas em sua essência somente como promotora de saúde, como destacado nos trechos, “[...] É... nossa proposta inicial é exercício físico, três vezes por semana, àquela hora [...]”, “[...] eu tô preconizando uma atividade, preconizando toda essa parte do exercício físico; eu não vejo como lazer [...]”. Assim, fica evidente o pragmatismo dos profissionais quanto à impossibilidade de promover o lazer nas aulas, mesmo que haja um ambiente agradável durante as aulas, que denotaria uma ludicidade, que permeia a prática de lazer.

Retomando a proposta sociocognitiva, Van Dijk alega que há uma inter-relação das experiências cotidianas, como, por exemplo, a intervenção profissional, que envolvem interações mentais que são construídas, estruturadas e conectadas à linguagem e ao contexto cultural. Dito de outra forma, as aulas do PAC-BH seguem uma perspectiva preconizada pela Saúde Pública, que por sua vez, estabelece uma representação social, criada pela mobilização cognitiva, que reflete em um discurso; nesse caso, da atividade física como meio de saúde e não de lazer.

Esse modelo mental, utilitarista, está enraizado no entendimento desses profissionais. Este fato é perceptível no depoimento de P1, quando lhe perguntei qual perspectiva filosófica e/ou epistemológica que o programa segue, a resposta foi taxativa: “[...] o *American College* [...]”. O profissional estava se referindo aos princípios do Colégio Americano de Medicina do Esporte, que se baseia nos pilares positivistas da ciência, que por sua vez, estabelece parte das diretrizes seguidas pelas Ciências do Esporte e pela Epidemiologia da atividade física. Essa questão é confirmada em outro momento quando afirma: “[...] é exercício físico, três vezes por semana [...]”, ou “[...] eu tô preconizando uma atividade, preconizando toda essa parte do exercício físico, eu não vejo como lazer”.

Esse profissional deixa bem claro a distinção do que considera como momento de lazer, que não ocorre nas aulas, mas, somente em atividades extras, como as excursões programadas. Ambas as atividades atendem ao pré-requisito do lazer quanto ao tempo livre, atitude e ser de livre escolha das pessoas. Assim, como proposto por Van Dijk, as inter-relações sociais cotidianas podem interferir (in)conscientemente na percepção dos profissionais e alunos do programa que não entendem as vivências nas aulas como momento de lazer – posteriormente essa questão será retomada.

Todavia, é importante destacar que os profissionais não descartam a possibilidade que na visão de alguns alunos, possa ocorrer o lazer nas aulas, como apontado por P1 e P2, “[...] O aluno pode está vendo como lazer [...]”, “[...] Olha, pra alguns pode ser [...]”, respectivamente.

A identificação desse entendimento é percebida nas aulas, conforme as observações realizadas. Estas possuem fortes características de atividades desenvolvidas em academias comerciais de ginástica. Outro aspecto que reforça essa questão, diz respeito ao estilo de aula adotado pelos profissionais em decorrência de suas experiências nesses espaços comerciais. Todos os três profissionais relataram ter alguns anos experiências em academias, – enquanto estagiários, portanto, quando recebem uma enorme carga dos valores ideológicos no meio acadêmico e, também depois de formados – trabalhando com aulas coletivas de

ginástica, salão de musculação e com orientação de *personal trainer*. Em todas essas atividades o que se tem em mente é a busca de resultados, a melhoria da *performance* do desempenho físico, e dos aspectos estéticos pautados em princípios fisiológicos. Essas intervenções são preconizadas pelo *American College*.

Por meio dos depoimentos dos profissionais sobre as suas experiências na área do *fitness* e visão sobre o lazer, bem como comparando algumas das estratégias adotadas no polo – palestras educativas, grupos de convivências e excursões – há uma similaridade com a dinâmica de uma academia tradicional (MARCELLINO, 2003), que promovem essas vivências como meio de manter a adesão dos alunos.

Todavia, identifiquei um paradoxo em relação aos dados encontrados neste estudo com o apresentado por Marcellino (2003). Este autor aponta em sua pesquisa que em 90% da amostra, os entrevistados identificaram as vivências realizadas nesses locais como sendo de lazer. Por outro lado, os motivos apresentados por essas pessoas para frequentarem esses locais são semelhantes aos entrevistados no PAC-BH: “[...], por ordem: saúde e condicionamento físico, estética, relaxamento, fazer amigos e encontrar amigos” (MARCELLINO, 2003, p. 53).

Uma possível explicação para essa distinção pode advir das propostas apresentadas por esses espaços. A academia comercial vende seus “serviços de saúde” tendo como pano de fundo a preocupação com a satisfação dos alunos, por isso, lhes oferecem um diferencial no atendimento e no portfólio de serviços. Por sua vez, o PAC-BH tem como meta atingir as metas estipuladas pela Saúde Pública quanto à atividade física, sobretudo, focando a redução das DCNT.

Talvez, por isso, a ênfase dos profissionais P1 e P2 em destacar os aspectos do treinamento físico nas aulas, “[...] É... nossa proposta inicial é exercício físico, três vezes por semana, àquela hora. A gente instaura todo esse processo, que preconiza, no caso para caracterizar um exercício físico, e a atividade física também [...]” (P1); “[...] É, mas, como eu tenho a obrigação de fazer o planejamento, preocupar com a intensidade, com as variáveis de treinamento, com tudo [...]” (P2).

Resgato os conceitos de atividade física e exercício físico, proposto por Caspersen, Powell e Christenson (1985): 1) Atividade física é conceituada como qualquer movimento corporal, produzido pelos músculos esqueléticos, que resulta em gasto energético maior do que os níveis de repouso; 2) Exercício físico refere-se a toda atividade física planejada, estruturada e repetitiva, que visa a melhoria e a manutenção de um ou mais

componentes da aptidão física. Dessa forma, o segundo é considerado uma subcategoria do primeiro.

Então o que diferencia um do outro? A atividade física está presente no cotidiano das pessoas, por exemplo, ao subir escadas, caminhar, fazer faxina, durante a higiene pessoal, enfim, todo o movimento realizado. O exercício físico apresenta uma especificidade quanto à intencionalidade para se melhorar o condicionamento físico, por conseguinte, o funcionamento dos diferentes sistemas orgânicos que poderão refletir na melhoria de determinados indicadores da saúde.

Portanto, a vivência da atividade física é mais ampla, estando relacionada com atividades cotidianas que requer o movimento corporal. Enquanto que o exercício físico requer determinadas condições específicas como espaço, equipamentos – todavia, também pode-se usar o próprio corpo para se exercitar –, vestimentas apropriadas, disposição mental, intencionalidade específica, estipulação de um tempo reservado, aconselha-se uma orientação profissional para o acompanhamento, dentre outras. No entanto, apesar dessa diferença conceitual, o entendimento de P1, diferencia-se quanto aos conceitos adotados, “[...] A gente instaura todo esse processo, que preconiza, no caso para caracterizar um exercício físico, e a atividade física também. É só essa diferença conceitual, mas ela existe [...]”.

Entretanto, o mais importante é questionar o entendimento da existência de uma linearidade entre a vivência da atividade física e a melhora da saúde. Por exemplo, é conhecimento cultural que essa prática faz emagrecer. Isso não é uma verdade por si só. Grosso modo, essa atividade tem como objetivo aumentar o gasto calórico, que por sua vez, associada com uma alimentação de baixo teor calórico, estabelece um déficit calórico.

Dessa forma, como o organismo está gastando mais energia do que está consumindo, retira-se principalmente do tecido adiposo as calorias necessárias para manter o funcionamento orgânico; gerando assim, o emagrecimento. Mas, se a pessoa não tiver um controle alimentar, ela pode até engordar fazendo uma atividade física. Pois essa contribui para aumentar o metabolismo. Assim, se a pessoa mantiver o gasto calórico e ingerir uma quantidade maior de calorias do que está habituada, criará um *superávit* calórico e engordará.

Enfim, o principal fator determinante para promover a perda do tecido adiposo não é a atividade física, mas, uma dieta adequada, ou seja, hipocalórica em relação ao gasto calórico. No entanto, o discurso, tanto do conhecimento social quanto o cultural, entende que fazer atividade física é principal motivo para emagrecer.

Esse exemplo deve ser estendido às demais possibilidades de uso da atividade física para a melhoria da saúde. Não menos importante é destacar a necessidade da adequação

em relação às variáveis que influenciam nos resultados obtidos, como, por exemplo, frequência, intensidade, duração, tipo de exercícios realizado, (an)eróbico. Portanto, se essas variáveis não forem respeitadas, a atividade física poderá ser inócua, considerando os objetivos traçados para a sua execução.

Esse discurso utilitarista, normalmente é iniciado desde a mais tenra idade. Os primeiros contatos com essa abordagem podem ocorrer na família, nas “escolinhas de esportes”, nas aulas de Educação Física escolar⁵¹, assim como pelos meios de comunicação. Pois conforme Van Dijk, a cognição humana é caracterizada pelos processos associativos e simultâneos, envolvendo informações filogenéticas, históricas e ontogenéticas. Estes processos possibilitam ao homem beneficiar-se das diversas formas de conhecimento acumuladas pelos grupos sociais que determinam a prática discursiva.

De acordo com Van Dijk (2005a), a evolução cultural humana é, definitivamente, cumulativa, gerando uma memória cultural coletiva/senso comum. Assim, é estabelecido um modelo mental, parametrizando o entendimento das vivências culturais, que por sua vez, criam uma memória que permite a expressão de valores e percepções de maneira subjetiva, idiossincrática e, compartilhada coletivamente. Esse fato pode explicar a ideologia formada em torno da atividade física, como identificada pelos depoimentos apontados, e o entendimento da linearidade dessa vivência com a saúde.

Tendo em vista o conhecimento social sobre a atividade física, perguntei aos profissionais se haviam diferença quanto a esse termo e as práticas corporais, bem como qual perspectiva que adotam em suas aulas. Os depoimentos apresentados demonstram uma falta de clareza conceitual a esse respeito:

Você entende que há diferença entre atividade física e práticas corporais? Não. A questão é só o nome. (P1)

Práticas corporais eu acho abrangente, assim, mais livre. Porque, por exemplo, na academia da cidade a gente tem as atividades pré-programadas, né? Dentro do nosso planejamento de aula, as práticas corporais, acho que é mais amplo, envolve todo o tipo de atividade que a pessoa faça no seu dia a dia. Se ela procura uma atividade de lazer no domingo para poder passear no parque, por exemplo, eu entendo isso como uma prática corporal; é... então, não é só ligada a essa atividade sistemática que se faz, por exemplo, aqui, as três vezes na semana, por uma hora. (P2).

Os depoimentos de P1 e P2 estabelecem uma relação equivocada entre os termos, práticas corporais, atividade física e exercício físico, como se tivessem a mesma conotação; todavia, são concepções distintas. Segundo o entendimento de P1, não há distinção entre a

⁵¹ Esta discussão é contemplada por diversos autores (GOMES, 2008; SILVA, 2004; CARVALHO, 2001; FERREIRA, 2001), portanto, não me aterei à mesma.

atividade física e as práticas corporais: “Não. A questão é só o nome”. No entanto, para P2, há uma distinção entre os termos: “[...] Práticas corporais, eu acho abrangente, assim, mais livre [...]”, “[...] envolve todo o tipo de atividade que a pessoa faça no seu dia a dia [...]”; porém, esse profissional não soube diferenciá-las adequadamente, atribuindo às práticas corporais o mesmo significado dado à atividade física, como proposto por Caspersen, Powell e Christenson (1985). Este mesmo profissional também entende a atividade física como tendo o mesmo significado de exercício físico: “[...] essa atividade sistemática que se faz, por exemplo, aqui, as três vezes na semana, por uma hora [...]”. Enfim, P2 inverteu os conceitos atribuídos por Caspersen e seus colaboradores, à atividade física e exercício físico; no entanto, não caracterizou o que seriam as práticas corporais.

A proposta das práticas corporais, conforme os autores que a investigam (FRAGA; CARVALHO; GOMES 2013; FALCÃO; SARAIVA, 2009; CARVALHO, 2006), é diferenciada em relação à abordagem tradicional da atividade física. Para esses autores, as primeiras, ampliam o conceito dessa última. Assim, a sua análise dar-se-ia pelo “[...] entendimento do ser humano em movimento, a sua gestualidade, os seus modos de se expressar corporalmente, atribuindo valores, sentidos e significados ao conteúdo e à intervenção” (CARVALHO, 2006, p. 34). Portanto, de forma distinta à abordagem tradicional dada por determinados segmentos da Educação Física, Saúde Pública e Epidemiologia da atividade física, a atividade física denota uma concepção permeada pelo tecnicismo e utilitarismo.

Em síntese, ao analisar a formação dos modelos mentais quanto ao lazer, atividade física e práticas corporais, identifiquei uma ideologia, e uma representação de determinado conhecimento social, atrelada à sociedade moderna, centralizada no trabalho, e na concepção biomédica. Esse fato é refletido nas correntes teóricas hegemônicas sobre o lazer e atividade física.

Segundo Van Dijk (2012) a formação dos modelos mentais são representações sociais inseridas nos discursos. O autor destaca a existência de diferentes tipos de modelos formados a partir do conhecimento – por exemplo, pessoal, grupal e cultural –, atitude e a ideologia. Considerando o conhecimento específico e a ideologia presente na área das Ciências da Saúde, é possível identificar os princípios básicos que organizam as atitudes compartilhadas pelos membros dessa área, sobretudo, quanto à Epidemiologia da atividade física. Por sua vez, quanto ao lazer, são os constructos da Sociologia do Trabalho permeiam a sua concepção enquanto fenômeno social.

A concepção hegemônica do lazer propaga-o enquanto fenômeno urbano-industrial, podendo ser realizado somente no tempo livre das obrigações sociais, e com um viés funcionalista (BERTINI, 2005). A reprodução (in)consciente desse conhecimento social interfere diretamente na atuação dos profissionais investigados.

Estes assumem uma postura tecnicista, associada à concepção da Epidemiologia da atividade física ao desenvolver os conteúdos das aulas, focado principalmente na melhoria do desempenho orgânico em seus diferentes aspectos. Ao incorporar esse modelo mental, os professores podem influenciar seus alunos quanto à reprodução desse mesmo modelo – como será visto na próxima seção –, que em sua maioria, também não percebe a vivência da atividade física realizada no PAC-BH como momento de lazer.

Sem entrar no mérito da questão, observei por meio dos depoimentos, um hiato quanto aos aspectos teóricos críticos que envolvem tanto o lazer e as práticas corporais. O primeiro, mesmo tendo um discurso hegemônico no Brasil, estando presente como disciplina nos currículos em vários cursos de Educação Física, tanto de licenciatura quanto de bacharelado, ainda apresenta uma inconsistência na apropriação de seus pressupostos por parte dos profissionais, que identificam somente os aspectos de diversão e descanso.

Por sua vez, embora mais recente, percebi que a discussão da proposta teórica das práticas corporais é “silenciada” pelo utilitarismo da atividade física, criando inclusive, uma associação entre ambas, como se tivessem a mesma concepção. Esse fato é identificado nas propostas documentais sobre o PAC-BH e do Programa Academia da Saúde, e reproduzidas pelos profissionais.

8.4.3 Memória episódica

Como dito, as experiências vivenciadas por cada pessoa, produzem informações que são armazenadas na memória de longo prazo, entendida por Van Dijk (2012; 2004) como memória episódica, que por sua vez, dão origem às representações mentais individuais e sociais. Segundo essa proposta, a memória episódica se subdivide em dois modelos: o de contexto e o de eventos.

O primeiro diz respeito à criação de categorias de conhecimentos e possibilita a seleção das informações que serão usadas no discurso. Ele forma as representações mentais relacionadas de forma categorizada. Sendo, portanto, a interface entre a informação e o conhecimento construído pelo discurso.

Por sua vez, o modelo de eventos, é responsável pela formação dos modelos mentais durante a ação comunicativa. Assim, possibilita a compreensão do significado do discurso por meio de adaptações *online* pelos usuários da língua. Em outras palavras, acionam-se as informações contidas no primeiro modelo, permitindo fazer inferências ou deduções, tendo conhecimento de parte das informações disponíveis na memória individual ou social.

Dessa forma, segundo Van Dijk, a compreensão de um discurso significa basicamente a capacidade de construir um modelo mental para interpretá-lo. Ademais, é o modelo mental de evento que forma o ponto inicial de entendimento. Assim, os modelos mentais dos usuários da língua são o cerne da interface que possibilita o contato entre os membros dos grupos sociais, as suas representações sociais, seus modelos mentais e finalmente, o discurso proferido.

A análise desta seção se dá a partir do entendimento e das vivências de lazer, e “da atividade física de lazer”, usando como base, os pressupostos das experiências de ócio. Assim, discuto o modelo mental cultural e pessoal, por meio do conhecimento social, tendo o intuito de identificar a sua efetividade; em outras palavras, a qualificação das vivências/serviços oferecidos pelo PAC-BH. No entanto, como essa representação por si só já é complexa, entendê-la por meio da abordagem sociocognitiva, aumenta esse desafio. No entanto, procuro fazer uma análise seguindo uma perspectiva transversal dessa temática.

Ao perguntar para os alunos o que entendem sobre lazer, os depoimentos revelam a reprodução de um conhecimento imbricado de forma cultural, social e ideológico, de uma vivência, normalmente, idealizada como algo realizada fora da rotina diária, vinculada à diversão, ao descanso e consumo:

É quando a pessoa tem condições de sair viajando, que não é o meu caso, e também, não gosto de viajar [...]; conhecer tudo de bom, praias e tudo o mais [...], sair se divertindo, né? (MÁRIO, 60).

Lazer pra mim é você sair, ir para o sítio, pra fazenda, numa praia, está com outras pessoas num final de semana. Igual, o nosso grupo de casal às vezes saía, né? (REGINA, 60).

[...] igual, eu que tenho duas filhas, vamos passear? Vamos. Vamos comer alguma coisa? Vamos para o shopping, nem que seja pra andar? Eu acho importante a gente ter esse momento. Nem que seja assistir um filme, né? Minha menina cobra muito. (PAULA, 38).

Ao separar alguns fragmentos das falas, como, “[...] condições de sair viajando [...]”, “[...] sair se divertindo [...]”, “[...] Vamos para o shopping [...]”, identifiquei

representações que reproduzem, sobretudo, um discurso capitalista, vinculando o lazer ao consumo.

Estas características estão relacionadas com o modelo mental contextual, o qual estabelece a criação de categorias de conhecimentos mais amplos que interagem com situações mais específicas. Dito de outra forma, o modelo de contexto permite identificar a interface entre a informação mental e o conhecimento a respeito de um modelo de evento, nesse caso, sobre o lazer, e os significados construídos pelo discurso que o permeia. Esse achado corrobora aos apontamentos feitos por alguns autores (RHODEN; MARTINS; PINHEIRO, 2013; MARTINS, 2013a; AQUINO; MARTINS, 2007; VEIGA; DEISTER, 2008; MASCARENHAS, 2005) quanto ao fato de que na contemporaneidade os significados sociais atribuídos ao lazer ou a sua representação, são predominantemente atrelados ao consumo.

Quando perguntei às pessoas o que fazem como vivência de lazer no seu dia a dia, as respostas denotam, como apresentado em seguida, uma vivência distinta ao entendimento do que disseram que tinham sobre o tema, “[...] é a vidinha de casa mesmo [...]”, “sair de casa, do seu foco, eu adoro conversar, isso é distrair”, “[...] jogar vídeo game [...]”, ou seja, relaciona-o às “coisas simples” da vida, como o relacionamento familiar, a ludicidade, livre escolha, satisfação, o altruísmo, sem a necessidade de gastar dinheiro⁵²:

No dia a dia, é a vidinha de casa mesmo, cuidando das coisas (MÁRIO, 60).

[...] é ir lá pra igreja, trabalhar lá, ajudar as pessoas; isso pra mim é lazer. [...] ir pra uma reunião, fazer uma oração [...], sair de casa, do seu foco, eu adoro conversar, isso é distrair (REGINA, 60).

No meu dia a dia, a gente costuma jogar vídeo game, aquele Xbox de dança, que a gente rir até. E filme, né? (PAULA, 38).

A identificação da distinção entre o que as pessoas compreendem como lazer e o que elas vivenciam no cotidiano, reforça a ideia da concepção ideológica capitalista incorporada, e midiaticamente reproduzida. Como exemplo da influência midiática, cito os dados referentes a 2013, relatando que as pessoas que ficam expostas à televisão por aproximadamente 20 horas semanais⁵³, podem ser influenciadas quanto aos seus

⁵² Não menos importante é destacar a prevalência do lazer doméstico, tão comum nos centros urbanos. Embora, não seja o foco deste trabalho discutir essa realidade, apenas como exemplificação, cito alguns dos fatores que tem contribuído para aumentar essa realidade, todavia, não em ordem de importância: o acesso facilitado aos equipamentos eletroeletrônicos – televisão, computadores, vídeo games, internet etc. –, violência nos centros urbanos, falta de espaços e equipamentos de lazer públicos, recessão econômica – desemprego, redução da renda familiar (TASCHNER, 2000; MARCELLINO, 1995).

⁵³Fonte: <http://www.tecmundo.com.br/televisao/38744-brasil-esta-entre-os-seis-paises-que-mais-assistem-a-tv-no-mundo.htm>. Acesso em: 29 de fev. 2016.

comportamentos. Por sua vez, em 2014, no Brasil, 97,1% domicílios possuíam uma televisão, e 72,1%, tinham um rádio⁵⁴. Não menos importante é o crescimento do número de brasileiros com acesso à *internet*; até o final de 2014, somaram 107,7 milhões o total de internautas no país⁵⁵. Esse “bombardeamento midiático” é carregado de valores ideológicos, influenciado pelas estratégias publicitárias pautadas no incentivo ao consumismo.

No entanto, do discurso à realidade, identifiquei um hiato entre as vivências idealizadas como lazer, e as experiências realizadas no cotidiano. Portanto, as “atividades de lazer” não estão necessariamente vinculadas ao tempo livre das obrigações sociais, sejam elas religiosas, “[...] é ir lá pra igreja, trabalhar lá, ajudar as pessoas [...]”, ou familiares, “[...] No meu dia a dia, a gente costuma jogar vídeo game, aquele Xbox de dança, que a gente rir até. E filme, né? [...]”; pelo contrário, as inclui também. Essas vivências apresentam os atributos das experiências de ócio, como, desfrute, sociabilidade, descanso, ruptura, dentre outros (RHODEN, 2009; 2008; CUENCA, 2008).

As representações mentais sobre o lazer, são armazenadas na memória de longo prazo das pessoas. Assim, os modelos mentais envolvidos, consistem em representações esquemáticas das dimensões pessoais e sociais relevantes dos eventos como, ambiente, participantes, e ações realizadas ou idealizadas como lazer.

Para Van Dijk essa percepção ocorre devido ao fato dos modelos mentais não representarem apenas as crenças pessoais, mas, sobretudo, as variações subjetivas das representações sociais – conhecimento, atitudes e ideologias –, notadamente, vinculadas pelos grupos e organizações.

Outro elemento que quero agregar a essa discussão atrelada ao lazer, é a atividade física. Perguntei às pessoas o que as influenciaram realizar essa vivência:

Diminuir o cansaço e as dores para conseguir fazer as coisas. (MARIA, 68).

Ah. Foi o problema de coluna; eu comecei a caminhar, eu não gostei de caminhar não (REGINA, 60).

Gostar, saúde, saúde também (MARTA, 41).

O médico pediu pra gente regularizar a saúde (VANDO, 66).

As respostas obtidas foram unânimes, e prioritariamente apontaram o fator saúde como principal motivo de adesão a essa vivência, “Diminuir o cansaço e as dores [...]”, “[...] Foi o problema de coluna [...]”, “[...] saúde também [...]”, “O médico pediu [...]”. Novamente

⁵⁴ Fonte: <http://www.teleco.com.br/nrtv.asp>. Acessado em 29 de fev. 2016.

⁵⁵ Fonte: <https://www.taghos.com.br/brasil-fechou-2014-como-o-4o-pais-com-mais-acesso-a-internet/>. Acessado em 29 de fev. 2016.

é nítida a influência do discurso biomédico como fator motivador para a realização dessa vivência. Em sua maioria, os alunos relataram um fator externo para realizar a atividade física.

Seguindo a proposta sociocognitiva, a construção dos modelos mentais, tanto pelo conhecimento social específico, como no caso dos profissionais de saúde, como o conhecimento cultural historicamente acumulado, que vincula a atividade física como meio de promoção da saúde, podem ajudar a explicar o discurso adotado pelos alunos.

Este discurso também foi encontrado no trabalho realizado por Ruas (2016), ao investigar as academias da saúde em Belo Horizonte. A autora teve como objetivo compreender as representações atribuídas pelas pessoas sobre saúde e doença. Ao final, a autora também identificou a predominância do discurso hegemônico da saúde como fator de adesão ao programa.

Em outro momento, perguntei aos participantes da pesquisa, qual(is) fator(es) os motivariam a permanecer no PAC-BH. Os termos chave estão relacionados com a melhoria da qualidade de vida “[...] meu bem-estar [...]”; satisfação “[...] Satisfação comigo mesma [...]”; sociabilidade “[...] O clima que é bom. Os colegas, os professores [...]”. Aspectos esses que estão relacionados com as experiências de ócio, conforme os atributos apresentados por Rhoden (2009).

O meu bem-estar né? Minha qualidade de vida. É diferente, não tem nem comparação. Se eu não tivesse na academia, eu estava deitada (doente). É verdade, não estava andando mais não; estava mal mesmo. (MARIA, 68).

É ter uma qualidade de vida melhor, né? [...] lá, às vezes vai a menina da farmácia (ministrar palestras); lá a gente aprende várias coisas, né? [...] sobre alimentação. Às vezes a gente sai da rotina da alimentação da gente [...], a gente extravia e com a academia da cidade, eles estão aí pra dá um puxão de orelha, [...] te motivam a melhorar, certo? A sua alimentação, melhorar num todo (REGINA, 60).

Satisfação comigo mesma, com meu organismo, com as amizades, com tudo; eu adoro está lá. (MARTA, 41)

O clima que é bom. Os colegas, os professores. (VANDO, 66).

Ao analisar os depoimentos em relação às perguntas sobre o motivo que levou a adesão, e a permanecer no programa, identifiquei, ainda, em geral, a predominância do discurso biomédico, “[...] eu estava deitada (doente) [...]”, “[...] a gente extravia e com a academia da cidade, eles estão aí pra dá um puxão de orelha [...]”. Pelos resultados obtidos, é perceptível, a formação de modelos mentais associados à atividade física como meio para promover a saúde. Essa representação social já está presente há milênios na história da humanidade, sendo, portanto, parte da memória semântica – cultural e socialmente.

As falas apresentam a relevância da saúde como representação social, como fator influenciador para que as pessoas se envolvam no programa. Contudo, conforme Van Dijk (2012, 2005) o modelo mental pessoal pode ser distinto ao do contexto. Em outras palavras, uma pessoa pode não realizar essa vivência pelo simples fato do conhecimento social e cultural entendê-la como benéfica. Talvez, o que será determinante para ocorrer essa adesão, seja a experiência pessoal. O que remete à proposta espinosina dos encontros agradáveis, e também, às experiências de ócio.

Tendo em vista essa questão, perguntei aos alunos se realizavam uma atividade física antes de entrarem no PAC-BH– não necessariamente em período recente que antecedia a inscrição no programa. Em sua totalidade, os alunos apresentaram uma vivência com o exercício físico e/ou com a atividade física – ter o hábito de fazer deslocamentos ativos, por exemplo, andar a pé ou de bicicleta para o trabalho ou outras tarefas físicas cotidianas. Por meio dessas respostas, infiro que o modelo mental pessoal, ou seja, a experiência com essas vivências foram agradáveis, levando-os a procurarem novamente no PAC-BH.

Recobrando os dizeres de Larrosa (2002) sobre a qualificação das experiências, elas devem proporcionar um encontro de quem a realiza consigo mesmo, transformando-a internamente. Enfim, deduzo que entre os investigados, houve uma associação positiva entre os modelos mentais pessoal, cultural e social, que contribuíram para a adesão à vivência da atividade física no PAC-BH; por sua vez, estabelecendo uma conotação de experiência significativa.

No entanto, faço uma ressalva. Pois enquanto conhecimento cultural, a atividade física, normalmente, é entendida como um conteúdo do lazer. Nesses âmbitos de conhecimento, essa vivência é denominada de “atividade física de lazer”, pelo fato de ser realizada no tempo livre, e supostamente, permeada pelo sentimento de satisfação. O que pode representar um equívoco se for levado em consideração o componente, atitude, como anteriormente abordado.

Normalmente em inquéritos epidemiológicos não é perguntado às pessoas qual sentimento que sente ao fazer a atividade física, isto é, se lhe proporciona um encontro agradável ou não. Assim, se essa conduta for ignorada, como afirmar que se trata de uma experiência de lazer? Desse modo, não se deveria generalizar essa questão como é feito em algumas pesquisas. Ou seja, fazer atividade física no tempo livre nem sempre pode ser entendido como satisfatória. Permito-me a realizar duas especulações a respeito desse discurso.

A primeira pode ocorrer por completo desconhecimento dos pressupostos teóricos dos Estudos do Lazer, por determinadas áreas de conhecimento que investigam essa temática, atribuindo, assim, ao lazer um significado cultural vinculado naturalmente à satisfação. A outra se daria de forma intencional por determinados segmentos sociais, para criar uma representação associando positivamente essa vivência com os atributos de satisfação, divertimento, relaxamento, culturalmente característicos ao lazer.

Considerando essas possibilidades, a primeira é “relativamente fácil” de resolver por meio da disseminação correta dos aspectos conceituais dessa temática; embora, possa envolver uma disputa de poder entre diferentes áreas de conhecimento, sobretudo, a saúde. Os pesquisadores que corroboram à questão elencada, isto é, que não se deve generalizar essa vivência no tempo livre naturalmente como lazer, devem argumentar no meio acadêmico esse ponto de vista, formando um novo modelo mental de conhecimento. Já a segunda possibilidade, se remete à mudança de uma representação social, igualmente complexa.

Considerando esse contexto, perguntei aos participantes, se praticar uma atividade física era agradável para eles. Em sua totalidade, a resposta foi afirmativa:

Muito, muito agradável. (NILZA, 40).

Eu sempre fiz, desde criança [...] futebol, só parei porque perdi a perna; caminhada, andar de bicicleta, vários exercícios. (JOÃO, 44).

Os depoimentos relatam a presença dos atributos das experiências de ócio, como o desfrute, motivação intrínseca, liberdade de escolha, dando sentido à vivência (FRANCILEUDO; MARTINS, 2016). No entanto, com o intuito de confirmar se havia um autotelismo em relação a essa vivência, perguntei às pessoas se elas fariam essa mesma vivência se não lhes trouxessem nenhum benefício à saúde – que foi o principal motivo apresentado para realizá-la. As respostas foram distintas, contudo, prevalecendo a opinião de não fazê-la nesse cenário, como destacado pelos fragmentos, “Ah, me deixa ver ..., ah, não. Porque se for avaliar, fazer ginástica é bem chato [...]”, “Não. Não faria. Porque motivo eu faria uma coisa que não me daria um benefício nenhum? [...]”.

Faria, faria. A física é boa, a pessoa deve fazer sim. (CARLOS, 62)

Ah, me deixa ver ..., ah, não. Porque se for avaliar, fazer ginástica é bem chato. Igual, assim, igual as danças, igual a de hoje é boa; mas, esse negócio, daqueles pesinhos lá, nossa! A gente faz porque tem que fazer; porque, nossa senhora, ô aula chata (MARCELA, 36).

Não. Não faria. Porque motivo eu faria uma coisa que não me daria um benefício nenhum? Mas, eu, eu, é importante praticar também, olhando pelo outro lado, né? [...] quando você fala em atividade física, você pensa sempre em coisa boa, né? Eu

não conseguiria imaginar a atividade física não trazendo nenhum benefício; ela sempre traz algum benefício (MÁRCIA, 37).

Somente dois alunos expressaram um sentimento de autotelismo quanto a fazer a atividade física (CARLOS, 62; NILZA, 40), embora todos os respondentes compreendam essa vivência como satisfatória. Assim, há a predominância de fatores externos, isto é, vinculados a algum benefício que a vivência possa lhe proporcionar. Portanto, podendo ser caracterizado como um ócio exotélico (CUENCA, 2000), contrapondo-se ao ócio autotélico, ou seja, de forma não utilitária. Todavia, não há nenhum demérito nesse fato.

Entretanto, para alguns entrevistados, há a existência de um hibridismo quanto à intencionalidade em realizar as atividades, isto é, um *mix*, por exemplo, entre satisfação e alcançar um objetivo; possivelmente, em alguns casos podendo equiparar-se, em outros não. Ao considerar essas alternativas, infiro que uma pessoa pode não gostar de fazer uma atividade física, mas gostar dos efeitos que são proporcionados, “[...] esse negócio, daqueles pesinhos lá, nossa! A gente faz porque tem que fazer [...]”, “Não. Não faria [...] Mas, eu, eu, é importante praticar também, olhando pelo outro lado, né? [...]”.

Conforme a proposta espinosina, pode-se entender que o encontro agradável não é em fazer a atividade física em si; embora, sendo “chata”, é feita, por exemplo, por proporcionar um resultado estético que lhe agrada – isto também pode se dá considerando o objetivo em ter saúde. Portanto, “os fins justificam os meios”. É perceptível nesse caso que o modelo mental que predomina é o estético em detrimento da satisfação. Assim, essa representação, muitas vezes é reforçada pelo discurso midiático e/ou também pelo conhecimento cultural quanto à ideia de um “corpo sarado” e “saudável”. Como dito, também pode ocorrer simultaneamente modelos mentais distintos, isto é, tanto social quanto pessoal.

Considerando os depoimentos apresentados nesta pesquisa, infiro que essas pessoas priorizam mais a motivação extrínseca, por meio viés utilitarista para a realização da atividade física. Se assim for, talvez, ainda não desenvolveram adequadamente a motivação intrínseca, o autotelismo para essa ação. Esse fato remete ao apontado por Rhoden (2009), quando discute que a intencionalidade e significado nas vivências das experiências variam conforme a pessoa, e até mesmo em situações distintas.

Esse entendimento também condiz com o proposto por Van Dijk (2012), ao dizer que os modelos mentais podem variar considerando a mesma experiência no decorrer do dia ou dias. Essa questão denota a complexidade na compreensão dos fatores que despertam os encontros agradáveis ou o(s) interesse(s) das pessoas em participar de determinadas vivências.

A vivência da atividade física requer o emprego de determinados modelos mentais para a sua realização – por exemplo, disposição, dedicação, satisfação, motivação, benefícios/interesses. Portanto, não basta, apenas, ou prioritariamente, promover campanhas de conscientização e/ou oferecer políticas públicas, atreladas a um discurso biomédico para conseguir a adesão ou a manutenção das pessoas. Entretanto, é preciso considerar a necessidade da mobilização de modelos mentais que potencializem os citados anteriormente, bem como a ativação de outros como, as experiências prévias com essa vivência, o conhecimento cultural local e pessoal.

Pouco exitosas serão as estratégias de persuasão ou de formação de modelos mentais promovidas pelo conhecimento social específico, por exemplo, da área da saúde, para se motivar a vivência da atividade física, ainda que seja relevante a representação social criada quanto aos benefícios dessa vivência. Pois, como somos seres distintos, com interesses, personalidades, experiências de vida e condições socioculturais peculiares, não se pode querer que o mesmo discurso tenha, permanentemente, a mesma eficácia para todos.

Esse fato pôde ser verificado em pesquisa realizada por Maciel e Veiga (2012). O estudo desses autores teve como objetivo investigar a intenção da mudança de comportamento de adolescentes de diferentes níveis socioeconômicos para a vivência de “atividades físicas de lazer”. Para tanto, foram adotados dois modelos teóricos comportamentais – o Modelo Transteorético e a Teoria do Comportamento Planejado.

Esses autores identificaram que 87% dos adolescentes da amostra era inativa no lazer; sendo que as variáveis, sexo, atitude e controle percebido foram os fatores mais relevantes para classificar o nível dessa atividade. As variáveis sociais, nível socioeconômico e norma subjetiva, tiveram pouca importância para prever a intenção de mudança de comportamento para a essa vivência. Os autores concluíram a necessidade da adoção de estratégias diferenciadas para alcançar públicos distintos em detrimento de uma única abordagem para todas as pessoas indistintamente.

Enfim, entender essa complexa prática social requer o emprego de diferentes propostas metodológicas, teóricas e abordagens transversais, preferencialmente acompanhadas de um estudo longitudinal.

Todavia, as vivências cotidianas devem ser permeadas primordialmente por um sentido para a pessoa (FRANCILEUDO; MARTINS, 2016), isto é, propiciar encontros agradáveis (ESPINOSA, s.d) e “atravessar” a pessoa (LARROSA, 2002). Nessa perspectiva, quando se relacionam as perguntas, “Você faria uma atividade física se ela não proporcionasse nenhum benefício?” e “Se sáísse do PAC-BH isso iria interferir em sua

vida?”, as mesmas pessoas que responderam negativamente a primeira pergunta, disseram que sentiriam falta das aulas, caso saíssem do PAC-BH. Os fragmentos das falas balizam essa hipótese, “A companhia das pessoas que aqui estão, é gostoso [...]”, “[...] Então, é gostoso saber que tem essa turma te esperando, te respeita, te agrada, então você sente falta [...]”. Esse fato demonstra que as relações sociais, que são um dos atributos das experiências de ócio, assumem uma relevância em relação ao utilitarismo da atividade física.

A companhia das pessoas que aqui estão, é gostoso. Igual, os profissionais são dedicados; a preocupação comigo mesmo, que depende só de mim tá aqui. Porque, as pessoas vão está aqui, os professores vão está aqui pra poder tá ajudando, mas depende de mim, eu querer ficar ou não. Então, o que me motivou, é eu cuidar de mim. (MARCELA, 36).

[...] Olha, eu acho que sim. Porque eu gosto muito de brincar, de falar alto, de brincar com as pessoas, isso é muito gostoso. Você chegar e saber que tem uma turma ali; e saber que as pessoas te aceitam do jeito que você é. Porque eu não sou daquelas pessoas de chegar quietinha, caladinha e coisa. Então, eu vou chegar e gritar, vou falar um bom dia! Então, é gostoso saber que tem essa turma te esperando, te respeita, te agrada, então você sente falta; no dia que eu não venho, até brinco com o professore, no dia que eu não vier tem algum motivo: fui levar as meninas no médico, assim. Isto é bom pra começar o dia com o astral bom. (MÁRCIA, 37).

Os dados demonstram que o modelo mental priorizado pelas pessoas não é a atividade física em si – como apregoado pelo discurso biomédico e midiático –, mas o relacionamento agradável que o contato social possibilita. Essa relação foi identificada por meio das observações antes e durante as aulas.

Outra questão a ser discutida, diz respeito ao paradoxo entre a representação social e a criação do modelo mental nos alunos quanto à associação da vivência da atividade física como lazer. Quando perguntei quais vivências de lazer tinham no seu dia a dia, dos 15 entrevistados, somente quatro se referiram à vivência de atividade física no PAC-BH, como visto pelos fragmentos “[...] É a academia [...]”, “Uai, academia né, [...]”, “O único lazer que eu faço no dia a dia, assim, é aqui mesmo [...]”:

Ah. Não sei. É a academia, é lá pra igreja, trabalhar lá, ajudar as pessoas, isso pra mim é lazer [...] ir pra uma reunião, fazer uma oração [...], sair de casa, do seu foco, eu adoro conversar, isso é, distrair. (REGINA, 60).

Uai, academia, né, e a zumba. (MARTA, 41).

Ah. O único lazer que eu faço no dia a dia, assim, é aqui mesmo. Não tenho muito lazer não. É em casa, e aqui. (CÁSSIA, 53).

Uai, eu, eu, levanto de manhã cedo, venho aqui os três dias durante a semana e, participo; saio com a família. Minhas meninas me convidam, a gente sai: ô pai, nós vamos no sítio [...], vamos lá? Aí eu vô, saio. Fins de semana não são todos, viajo. (CARLOS, 62).

Entendo que o fato de 11 alunos não citarem a atividade física no PAC-BH como vivência de lazer, não trata de um mero esquecimento. Essas pessoas estão inseridas no programa em média 10 meses, com uma frequência semanal de três vezes. Com certeza não foi por um lapso de memória que deixaram de citar a atividade física como sendo uma vivência de lazer. Questiono o seguinte: Se as atividades do PAC-BH são realizadas no tempo livre, são satisfatórias, de livre escolha, porque a baixíssima associação como vivência de lazer? Será que isso tem alguma relação com o modelo mental adotado pelos profissionais desse programa, como discutido na seção anterior? Será que o discurso midiático que propaga que a atividade física é saúde – em detrimento de outras substantivações, como alegria, satisfação, bem-estar –, ocupa a primazia nos modelos mentais dessas pessoas?

A análise discursiva quanto a essa questão, demonstra que as experiências sociais são priorizadas em relação ao discurso dos benefícios biomédicos da atividade física. Em outras palavras, esta, assume um papel como coadjuvante, um meio – mesmo que 73% das pessoas alegam o motivo, saúde, para a sua realização – para que as pessoas tenham as experiências sociais agradáveis e significativas (ESPINOSA, s.d; LARROSA, 2002).

Por sua vez, a representação social da atividade física como saúde, está vinculada a diversos fatores, como as experiências pessoais satisfatórias e com os resultados obtidos com sua prática, “Diminuir o cansaço e as dores [...]”, “Gostar [...]”; com o conhecimento social profissional, “[...] aí o fisioterapeuta pediu [...]”, “[...] a minha médica do posto de saúde, me encaminhou [...]”.

Diminuir o cansaço e as dores para conseguir fazer as coisas (MARIA, 68; CARLOS, 62; MÁRCIA, 37; PAULA, 38).

Gostar. Saúde, saúde também (MARTA, 41).

[...] aí o fisioterapeuta pediu pra que eu tivesse uma melhora no joelho, deveria fazer atividade física pra poder fortalecer a musculatura, né. (NILZA, 40).

Eu toda vida gostei. Mais, a minha médica do posto de saúde, me encaminhou, me indicou pra fazer atividade física. (TALES, 54).

Essa perspectiva utilitarista e biomédica, demonstrada pelos modelos mentais identificados, também foi apontada por Ruas (2016) ao analisar alunos do PAC-BH. Considerando esses aspectos, há uma distinção entre o discurso e a intencionalidade na vivência da atividade física como lazer? Entendo que possa haver múltiplos motivos, e que ao mesmo tempo estejam imbricados para a realização de uma determinada vivência. Contudo, os sentidos atribuídos à vivência, ou seja, os encontros agradáveis, as experiências significativas (FRANCLEUDO; MARTINS, 2016; CUENCA, 2008; LARROSA, 2000), poderão ser díspares à representação social construída.

Os dados permitem fazer algumas inferências. Tendo em vista o modelo mental do lazer construído de forma cultural e, ideológica-capitalista, vinculando-o à ideia de entretenimento, descanso e consumo (VEIGA; DEISTER, 2008; MASCARENHAS, 2005), há um discurso com diferentes interesses, por exemplo, político, econômico, médico, social, em criar uma conexão com a representação social da atividade física e a saúde. Essa representação pode ter influenciado os entrevistados a responderem de acordo com o discurso biomédico, e não conforme suas verdadeiras percepções.

Em outras palavras, reproduziram um discurso associando a vivência da atividade física com a saúde, e não como vivência pautada nas relações humanas, tendo a atividade física como meio. Pois, pessoal e socialmente, é mais aceitável e justificável, “gastar tempo”, cuidando da saúde, do que “gastar tempo”, para si mesmo, ou para ter momentos de socialização significativos.

Esse fato remete à proposta apresentada por Francileudo e Martins (2016), ao refletirem sobre o assunto na obra, “Sentido do tempo, sentido do ócio, sentidos para o viver”; como também da perspectiva da educação para o ócio apresentada por Cuenca (2008) e Salis (2008). Para esses autores é necessário repensar o sentido da vida e possibilitar uma formação educativa das pessoas de modo a compreenderem o sentido e significado do ócio. Para Francileudo e Martins (2016, p. 16), “[...] a experiência de sentido para a vida que aporta o ócio é algo que não se pode elaborar, dispor e dirigir, senão alguma coisa que cresce e floresce, na medida em que se cultiva e se privilegia o desenvolvimento pessoal contemporâneo”.

Desse modo, são as experiências sociais vivenciadas no polo que são mais significativas para os alunos. Essa perspectiva é sustentada ao se perguntar se “Participar do PAC-BH é importante para a sua vida?”. As respostas em sua maioria reforçam a relevância das relações sociais, como apresentado pelos fragmentos das falas, “[...] independente da academia, a gente tem contato com outras pessoas, essas pessoas nos ajudam bastante [...]”, “[...] você ver alegria no rosto das pessoas; quando você chega num lugar e você ver as pessoas fazendo algo com satisfação, com certeza aquilo é bom [...]”.

É maravilhoso, porque é assim, graças a Deus, independente da academia, a gente tem contato com outras pessoas, essas pessoas nos ajudam bastante; [...] às vezes você está com um probleminha, coisa mínima, coisa que a gente acha que é um absurdo, de repente quando você conversa com outra pessoa, aquilo não parece nada, ou de repente, aquilo te ajuda né, faz melhorar; às vezes não está bem, está um pouco triste, está desanimado, aí você chega aqui, e conversa com as outras pessoas, as pessoas te animam, isso é maravilhoso. Esse lado psicológico ajuda a gente; a gente ajuda os outros e, os outros ajudam a gente. (NILZA, 40).

Sim. É, eu acho que as meninas, os profissionais aqui, são, graças a Deus, muito capacitado, tratam a gente com carinho. A questão, assim, éeeee, você ver alegria no rosto das pessoas; quando você chega num lugar e você ver as pessoas fazendo algo com satisfação, com certeza aquilo é bom. Então, quanto eu tive aqui, eu vi alegria, eu vi aqueles velhinhos saindo daqui todo mundo feliz, opa! Vou vim pra cá. No início, tem muita pessoa de idade, nossa [...] será que aquele exercício vai valer a pena, será que vai [...] pra mim, igual, eu, éeee, vai me atender? Eu pensei assim: às vezes é só alongamento e coisa e tal. Mas quando eu cheguei aqui e vi que era algo que dava para suar. Opa! Vou fazer, vou vim, vou tentar. Foi legal. (MÁRCIA, 37).

Como proposto por Francileudo e Martins, Espinosa, Larrosa, Salis é preciso encontrar experiências apaixonantes que dão sentido à vida, que despertem o melhor da condição humana. Nos encontros agradáveis vivenciados nas aulas, as pessoas influenciam e são influenciadas positivamente. Segundo Larrosa (2011, 2002) as experiências que “nos passam”, de forma positiva, equilibrada e plena, conseguem “aprisionar” quem as realizam, despertando a paixão ao vivenciá-la. Assim, os atributos das experiências de ócio são identificados nos depoimentos, Nilza (40): desfrute, “É maravilhoso [...]”; sociabilidade, “[...] a gente tem contato com outras pessoas [...]”, introspecção, “[...] às vezes você está com um probleminha, coisa mínima, coisa que a gente acha que é um absurdo, de repente quando você conversa com outra pessoa, aquilo não parece nada, ou de repente, aquilo te ajuda né, faz melhorar [...]”. Márcia (37): liberdade, “Vou fazer, vou vim, vou tentar [...]”, desfrute, “[...] Foi legal”, sociabilidade, “[...] os profissionais aqui, são graças a Deus, muito capacitados, tratam a gente com carinho [...]”.

Ainda que as vivências realizadas nas aulas sigam um modelo de exercícios estereotipados e utilitaristas, as pessoas as ressignificam em experiências agradáveis, decorrentes das relações sociais afetivas, o “calor humano”, presentes nas aulas.

Esses encontros permitem desenvolver o “*Conatus individual*”, mas que também contagiam o coletivo, aumentando o reservatório da potência vida. Por conseguinte, uma resistência contra as intempéries da vida, como a doença e os problemas individuais, “[...] às vezes não está bem, está um pouco triste, está desanimado, aí você chega aqui, e conversa com as outras pessoas, as pessoas te animam [...]”. Como proposto por Nietzsche, a potência da vida elevada desenvolve mecanismos que potencializam a saúde e a própria vida, “[...] eu vi aqueles velhinhos saindo daqui todo mundo feliz, opa! Vou vim pra cá [...]”.

Para Martins (2015, p. 298) a pessoa ao convocar as “[...] experiências de ócio como valor e prática sistemática promove o desenvolvimento de sua autonomia, ocasionando o aumento da autoestima e podendo, ainda, obter satisfação e relaxamento”; “[...] A partir deles, alcançam-se os benefícios “*finais*”: saúde geral [...]”. Sendo assim, essas experiências

podem contribuir para a promoção da saúde – caso associadas a outras ações pessoais, e também as devidas intervenções do poder público em oferecer condições dignas de vida.

Os fragmentos das falas apresentados remetem aos aspectos cognitivos elencados por Van Dijk (2012, 2005), quanto à atitude e a memória episódica. No primeiro caso, as pessoas compartilham sua percepção de satisfação e de pertencimento ao grupo, reforçando positivamente de forma individual e coletivamente, a identificação com as aulas. Assim, essas experiências são armazenadas na memória pessoal, gerando o reforço do modelo mental de evento, ou seja, a formulação de um discurso significativo em relação ao contexto vivenciado. Concomitantemente, o modelo de contexto elabora as representações mentais que estabelecem a interface entre as categorias dos modelos mentais identificados como significativos com o discurso adotado, nesse caso, o de satisfação com as experiências.

Embora durante o período da coleta dos dados para esta pesquisa tenha coincidido com a modalidade de aulas caracterizadas como estereotipadas, há outros momentos ao longo do ano, conforme o planejamento elaborado pelos profissionais de cada polo, que desenvolvem vivências diferenciadas. Como apontado por Las Casas *et al.* (2014), e também pelos profissionais participantes, há períodos em que danças e diversas atividades lúdicas são promovidas. Essas vivências podem ser caracterizadas como atividades físicas humanizadas, que priorizam valorizar o ser humano em movimento, a sua gestualidade, os seus modos de expressar corporalmente, atribuindo sentidos e significados ao conteúdo e à intervenção.

Essa variação entre as atividades é de suma importância, pois permite novas vivências que atendam os distintos interesses e perfis de alunos. Todavia, é relevante destacar que a vivência em si é “neutra”. Assim, o que conta é como essa vivência será desenvolvida pelos profissionais, fazendo diferença na percepção dos alunos. Em outras palavras, o perfil do profissional – empatia, domínio do conteúdo, motivação, ideal, momento de vida – interfere diretamente na apropriação dos alunos pela vivência. Assim, conforme proposto por Cuenca e Prat (2012) o encontro com experiências significativas é que determinará o valor dado por cada um às vivências.

Essa relação foi marcadamente identificada nas falas de alguns dos entrevistados, como também percebido nas aulas observadas. Considerando diversos aspectos presentes nas aulas, como sexo, idade, condição e habilidade física dos alunos, identifiquei um sentimento de pertencimento ao grupo, a criação de “laços familiares”; além de uma verdadeira “aula democrática”, onde impera um respeito às diversidades e limitações próprias e do outro. Essa percepção motivou-me a perguntar a alguns alunos mais jovens: Como é fazer ginástica com pessoas idosas? Os fragmentos das falas demonstram sentimentos de solidariedade, inter-

relação, respeito e carinho com o outro, “Ah, um amor. Amo, amo, amo. [...] De jeito nenhum, até engraçado [...]”, “[...] você tem que enxergar o limite do outro [...]”.

Ah, um amor. Amo, amo, amo. [...] De jeito nenhum, até engraçado. Minhas clientes falam: “fulana”, você vai ginástica com velho? Que velho minha filha! Os velhos estão melhor que nós. É uma gracinha. Quando eu cheguei, como eu sou, eu falo muito, eu cheguei e gritei: bom dia! E ninguém fala nada, aí falei: nó gente, que desânimo! Mas, depois no terceiro dia, já foi sabe? Até o professor(a) falou: chegou a “fulana”. Você é que vai dá a aula. Então é assim, é gostoso. Então, tem pessoa que fala que tem uns velhos rabugentos. Não tem nada, você sabendo levar, e eles também sabendo levar a gente hoje, é até uma gracinha. Eles até brincam: “fulana”, não vai fazer o seu whooo não? Eles ficam até cobrando. Eu acho o máximo, pra mim não tem problema nenhum. (PAULA, 38).

Eu lido muito bem com isso. Eu lido muito bem, porque você tem que enxergar o limite do outro; cada um tem seu limite; cada um vai até aonde pode. Eu sempre respeitei, se tem uma senhora na minha frente e, eu estou vendo que estou com um ritmo maior, assim, né, mais acelerado do que ela, eu tento mudar de lugar [...] eu estou sempre sem lugar, eu vou pra um lugar, aí tem um que não está com ritmo muito bom, eu mudo de lugar. Eu tenho medo de esbarrar, tenho medo de machucar, eu respeito isso. (MÁRCIA, 37).

São experiências como essas que Larrosa (2002), qualifica como significativas, que deixam marcas positivamente profundas, levando a uma reconstrução constante dos valores nobres que permeiam a condição humana. Essas circunstâncias promovem o desenvolvimento humano, transformam as pessoas, despertam a humanidade, ressignificam as vivências, tornando-as dinâmicas e fruídas. Enfim, permitem a construção da identidade e personalidade, individualmente imbricados por valores coletivos.

Ao vivenciar essas experiências, as pessoas deixam de ser agentes passivos, repetidores de movimentos sistematizados, para se tornarem em agentes protagonistas, sujeitos da experiência (LARROSA, 2002). Nesses encontros agradáveis, como diria Espinosa, ainda que de forma coletiva, “um monte de pessoas”, se torna em somente um corpo, respeitando as suas peculiaridades, intencionalidades e expressividades. Todas as pessoas orbitando em torno de um mesmo núcleo, a felicidade, mesmo que seja momentânea, se restringindo de forma tão intensa somente naqueles poucos 60 minutos de aula.

No entanto, em vão será tentar perpetuar as experiências que ocorreram ontem para o hoje, e muito menos para o amanhã. Nietzsche (s.d) nesse ponto tem razão. Cada um deve dar o melhor de si diariamente para vencer os obstáculos que cercam a vida. Esta não é estática, não há uma homeostasia, um equilíbrio. Pelo contrário, a vida é dinâmica e complexa. Todavia, se a pessoa perder a sua potência da vida, entregando-se aos sentimentos de tristeza, solidão, desesperança, a objetivação da doença, poderá morrer, literal ou figurativa.

Tendo em vista identificar a relevância das vivências no PAC-BH, perguntei aos alunos sobre como as percebiam, e quais os possíveis fatores que influenciariam a sua saída dele. As respostas foram unânimes quanto à satisfação dessas vivências, alegando apenas motivos externos ao programa que motivariam a evasão, conforme demonstrado pelos fragmentos das falas: “Não tem nada que me levaria a sair não [...]”, “A morte. Sério, não paro. [...]”, “Não vou pensar nisso não (lágrimas) [...]”. Assim, os discursos remetem a um modelo mental de pertencimento ao programa, demonstrado pelas atitudes compartilhadas individual e coletivamente, bem como pela representação social positiva.

Não tem nada que me levaria a sair não. Mesmo se eu mudasse da região aqui, eu ia procurar um lugar que tinha academia. (CARLOS, 62).

A morte. Sério, não paro. [...] só a morte mesmo; eu ganho a estrelinha de frequência, eu não falto mesmo. (MARTA, 41).

Ah, não fala isso comigo não. Não vou pensar nisso não (lágrimas), não vou responder isso não. Você me deixou triste. (MARIA, 68).

Destaco enquanto componentes positivos proporcionados pelas experiências vivenciadas nas aulas, a melhora das dimensões sociais, psicológicas e físicas/saúde – constatada tanto pelas próprias pessoas quanto pelos profissionais que atuam no programa. Esses discursos demonstram a efetividade das vivências, que podem ser caracterizadas segundo os atributos das experiências de ócio, e a qualificação do serviço prestado à comunidade.

O parâmetro efetividade como apontado anteriormente, remete a uma perspectiva qualitativa quanto à satisfação percebida pelo público envolvido (MAXIMIANO, 2008; SARAIVA; GONÇALVES, 2004). Assim, as vivências nas aulas conseguem agregar valor ao “serviço social” (LACOMBE; HEILBONR, 2008) ofertado pelo PAC-BH, atendendo as expectativas e/ou interesses dos alunos.

De acordo com Saraiva e Gonçalves (2008) a adoção da efetividade como desempenho qualitativo, considera legítimos os efeitos sobre os resultados das interpretações dos beneficiários. Esse diagnóstico é pertinente à proposta apresentada por Reifschneider (2008). Essa autora destaca que uma das finalidades cruciais da avaliação é identificar a qualidade, e permitir a sua melhoria, encorajando os gestores a assumirem riscos que possam elevar os padrões adotados.

Todavia, não basta realizar avaliações esporádicas em programas sociais. Marinho e Façanha (2001) ressaltam a necessidade da realização de avaliações permanentes e de espectro amplo, não se delimitando, simplesmente, às questões de natureza econômica. Para

Saraiva e Gonçalves (2004) o desempenho organizacional, como, por exemplo, feito pelo Estado, por meio das políticas públicas, requer parâmetros de comparação válidos. No entanto, este trabalho não teve o intuito de avaliar o programa em questão, se restringindo a analisar as vivências da atividade física. Sendo assim, não me atenho a discorrer sobre essa temática.

Continuando a análise da satisfação dos alunos quanto ao programa, perguntei sobre a percepção que tinham sobre as condições oferecidas para a realização das aulas e a intervenção do poder público quanto à atenção básica à saúde na comunidade.

Em relação à primeira questão, os discursos apresentados apontam uma insatisfação referente a dois aspectos básicos: 1) Consideram o espaço físico pequeno, tendo em vista a quantidade de alunos nas aulas, “[...] O espaço é bom, mas não cabe todo mundo; no nosso horário são mais de 30 pessoas”; bem como o interesse pela cobertura da quadra ao lado do salão de ginástica, “[...] era que ia cobrir essa quadra, e não foi feito. [...]”; 2) A saída dos estagiários de Educação Física, que dão apoio aos profissionais, “[...] Ah, precisa, eu sou muito crítica, por exemplo, os meninos vão sair de lá (os estagiários), “os profissionais” ficam com muita gente [...]”. Portanto, não há nenhuma insatisfação com o objetivo fim do programa, ou seja, com as aulas, tão somente com as condições que são ministradas.

Ah, precisa, eu sou muito crítica, por exemplo, os meninos vão sair de lá (os estagiários), “os profissionais” ficam com muita gente. Antes dividia as turmas, a turma A vai caminhar e turma B fica na sala; agora, você viu como fica cheio; você vai prá lá fica tropeçando numa pessoa; assim, não sei por que elas não dividem; é difícil pular os exercícios duas vezes; eu acho que elas tá muito certa, porque não dão conta [...], mas deveria ter mais profissional, deveria ser um espaço maior; [...] mais ou menos (quanto aos equipamentos), eu acho que não, eu acho que deveria ser melhor, tá bom, mas poderia melhorar. [...] com os impostos que a gente paga, o IPTU, por exemplo, o prefeito poderia fazer mais pela população. (REGINA, 60).

[...] era que ia cobrir essa quadra, e não foi feito. [...] O espaço é bom, mas não cabe todo mundo; no nosso horário são mais de 30 pessoas. (VANDO, 66).

Não, aí não. Se tivesse uma quadra coberta ia ser melhor né. [...] o espaço lá é pouco. Eu acho também que pode melhorar né (equipamentos). Ótimo, nada a reclamar (professoras). (MÁRIO, 60).

Considerando a satisfação com o oferecimento dos serviços de saúde – importante lembrar que o PAC-BH é desenvolvido como extensão do serviço de atenção primária à saúde, pelo SUS-SMS –, identifiquei uma insatisfação por parte dos alunos que necessitam dos serviços da UBS, como, por exemplo, demora na marcação de consultas médicas especializadas, exames, aquisição de medicamentos. Ressalto que vários alunos são encaminhados pela UBS ao programa para poder controlar e/ou prevenir determinadas

DCNT. Contudo, a UBS não disponibiliza um canal de “acompanhamento facilitado” aos alunos encaminhados pela ela própria. Portanto, não há uma integração das ações realizadas.

Melhorar o atendimento nos postos de saúde. (MÁRIO, 60).

Eu acho que deveria ter mais médico (se referindo ao posto de saúde), remédio, vacina [...] e eu não acho que a prefeitura não tem condição de ter esse remédio não! (REGINA, 60).

Apesar da identificação dessas insatisfações, que poderiam influenciar negativamente na percepção da efetividade das aulas, considerando a proposta de uma intervenção intersetorial, o atendimento das necessidades e interesses dos cidadãos, que balizam os programas sociais, neste caso, não foi suficiente para criar uma percepção negativa quanto ao programa como um todo.

Em suma, o exposto até o momento contemplou uma discussão sobre a análise da efetividade da vivência da atividade física nas aulas do PAC-BH. Os resultados demonstram o diagnóstico da efetividade dessas vivências, caracterizadas pelos atributos adotados como experiências de ócio. Como apontado conceitualmente, a efetividade difere da eficiência e da eficácia à medida que se preocupa mais com a equidade e o desenvolvimento social, do que propriamente com a relação custo/benefício, com o retorno financeiro/produzividade, ou com a capacidade de alcançar os objetivos estipulados. Dessa forma, um programa social não basta ser eficiente e/ou eficaz, se não promove o sentimento de satisfação do seu público externo, como analisado neste trabalho.

A adoção do modelo sociocognitivo permitiu identificar um paradoxo prático-conceitual, isto é, os alunos em sua maioria, não compreendem as vivências realizadas no PAC-BH como sendo de lazer, mas, reproduzem um discurso biomédico. Por outro lado, essas vivências atendem às características das experiências do ócio. Portanto, há o predomínio de um discurso hegemônico influenciando a representação social dos alunos quanto ao entendimento quanto ao lazer e à atividade física.

Os modelos mentais sociais, de grupo e culturais, em relação ao lazer, estão atrelados ao consumo, descanso divertimento. Igualmente, esses modelos mentais quanto à atividade física, estão associados à concepção biomédica, entendendo essa vivência imbricada linear e de forma casuísta à saúde.

Ambos os discursos analisados estão interligados pelo conhecimento social amplamente difundido na educação formal, e também nas diferentes mídias, que tão intensamente dissemina seus conteúdos ideológicos.

Apesar das vivências analisadas durante as observações serem classificadas como estereotipadas, no entanto, as experiências individuais e sociais agradáveis, parecem ressignificá-las, atribuindo-lhes uma qualificação que suplantam o reducionismo imputado.

Em fim, a análise da prática discursiva nesta seção contribuiu para identificar as representações mentais que perpassam nos modelos mentais adotados pelos profissionais e alunos quanto às temáticas, sobretudo, ao lazer e atividade física. O procedimento analítico adotado possibilitou refletir sobre os sentidos e significados atribuídos às vivências durante as aulas.

Complementando essa discussão, na próxima seção realizo uma análise do discurso sobre o PAC-BH, contido no *site* da PBH. O objetivo é debater sobre as representações sociais que são transmitidas pelas informações inseridas no corpus analisado.

8.5 Análise da proposta do PAC-BH contida no site da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, enquanto discurso

Nesta seção faço a análise discursiva da proposta do PAC-BH apresentada pelo site da PBH. Para tanto, continuo adotando a ACD de Van Dijk (2012), ainda lançando mão do modelo sociocognitivo. Assim, divido esta seção em três partes, contemplando, primeiramente, a análise do contexto social, posteriormente, analiso a memória semântica, e finalizo discutindo a memória episódica.

8.5.1 Contexto social

O contexto, segundo Van Dijk (2012), é onde ocorre determinada prática social, tendo em vista a inter-relação das condições sociais, políticas, culturais, atuando de forma interdependente, interferindo assim, no modo de vida da população. Tendo em vista esses fatores, faço breve caracterização dos aspectos sociais que estão relacionados à temática discutida.

A proposta de intervenção do PAC-BH em seu cerne é criar um modelo mental denominado de “estilo de vida saudável”. As ações desenvolvidas pelo programa seguem a perspectiva da Saúde Pública, portanto, pretende desenvolver estratégias por meio de um discurso que modifique o comportamento considerado como não saudável. Para fins deste trabalho contemplarei, sobretudo, o estilo de vida fisicamente ativo.

A OMS (1998) entende o estilo de vida como um modo de viver baseado em padrões de comportamento identificáveis que são determinados pela relação entre as características individuais, interações sociais, condições socioeconômicas e ambientais. Por sua vez, Nahas (2006) entende o estilo de vida como o conjunto de hábitos e comportamentos adotados pela sociedade moderna, sendo o principal responsável pelas alterações relacionadas ao perfil de morbimortalidade populacional.

Considerando essas características, segundo dados apresentados em relatório do VIGITEL (BRASIL, 2015), a maioria dos óbitos por DCNT são atribuíveis às doenças do aparelho circulatório, ao câncer, à diabetes e às doenças respiratórias crônicas. Autores como Malta, Moraes Neto e Silva Junior (2011), relatam que das 57 milhões de mortes no mundo em 2008, 36 milhões – ou 63,0% – aconteceram em razão das DCNT. Ainda segundo esses autores, 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 por mortes precoces.

Conforme dados da WHO (2005) estima-se que até o ano de 2030, haja um aumento de 17% no número de mortes causadas pelas DCNT. Os principais fatores responsáveis pelo acometimento dessas enfermidades, segundo essa instituição, estão relacionados aos chamados fatores de risco modificáveis como o tabagismo, álcool, inatividade física e consumo inadequado de frutas e verduras.

Outro importante fator considerado para se alcançar essa proposta, é a estimativa do aumento da longevidade da população mundial, incluindo a brasileira. Conforme o relatório apresentado pela ONG *HelpAge*⁵⁶, em 2015, havia 901 milhões (12,3%), de pessoas no mundo acima de 60 anos; sendo que a projeção é que em 2030, chegue a 1,4 bilhão (16,5%); em 2050, a expectativa é que ultrapasse 2 bilhões (21,5%) da população mundial. Em termos nacionais, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012), contabilizou 23 milhões (11,8%), de pessoas idosas à época. Ainda segundo esse relatório, a população com essa faixa etária deve passar de 14,9 milhões (7,4%), em 2013, para 58,4 milhões (26,7%) em 2060. A expectativa média de vida do brasileiro deve aumentar de 75 para 81 anos.

Para agravar essa perspectiva quanto ao quadro epidemiológico mundial, soma-se o aumento dos gastos com a saúde (ZUCCHI; DEL NERO; MALIK, 2000), já identificado desde o Relatório Lalonde em 1974 (BUSS, 2000). Segundo Pelegrini e Castro (2012) os

⁵⁶Fonte:<http://noticias.terra.com.br/mundo/populacao-mundial-de-idosos-duplicara-ate-2050-segundo-estudo,643c586c85ca6adb8f790aac6d3ffc187njuRCRD.html>. Acessado em 06 de maio 2016.

países que integram a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), que representam menos de 20% da população mundial, possuem um gasto acima de 80% dos recursos mundiais em saúde, ou seja, 11,2% do PIB, no somatório desses países. Enquanto nos países africanos e do sudeste asiático, que corresponde aproximadamente 40% da população mundial, os gastos representam 4,1% do PIB (porém, com um PIB muito menor em relação aos primeiros). Ainda conforme as autoras em tela, segundo essa mesma instituição em 2010, os dados publicados mostram que o crescimento anual das despesas *per capita* com saúde tem sido superior ao do PIB *per capita* no período entre 2000 a 2008. Esses dados, conforme as autoras, indicam que os países de alta renda necessitam aumentar seus investimentos em saúde.

Reduzir a exposição a estes comportamentos de risco à saúde constitui um desafio para a Saúde Pública, tanto no aspecto da diminuição da morbimortalidade para as DCNT, como por questões econômicas relacionadas ao seu tratamento. Considerando os dados mais recentes, o cenário epidemiológico no Brasil apresenta-se como: 1) Crescente o número de pessoas com excesso de peso no país – 52,5% dos brasileiros estão acima do peso – em 2006, esse índice era 43%; a obesidade já atinge 17,9% da população; 2) Colesterol alto – atinge 20% da população; 3) Inatividade física – presente em 15%; suficientemente ativo no tempo livre – 35%; 4) Consumo alimentar – 24,1% consomem regularmente frutas/hortaliças⁵⁷; o consumo médio de sal no Brasil, 12g/dia, é duas vezes maior que o recomendado pela OMS. Em síntese, em termos gerais o brasileiro não tem um estilo de vida saudável conforme as orientações da Saúde Pública (BRASIL, 2015).

Em relação à cidade de Belo Horizonte, o boletim do VIGITEL no período de 2006 a 2013 (BRASIL, 2015), apresenta uma síntese da prevalência de fatores de risco e proteção para as DCNT: 1) Sobrepeso, de 37,1 para 47,1%; Obesidade, de 8,9 para 14,0%; 2) Consumo alimentar adequado, de 23,0 para 29,6%; 3) Fisicamente inativos, de 14,0 para 15,3%; suficientemente ativos no tempo livre, de 33,9 para 35,9%. Tendo em vista os dados nacionais e locais, há uma semelhança “negativa” quanto ao estilo de vida adotado pela população.

Esse cenário tem mobilizado tanto o poder público quanto a iniciativa privada para elaborar estratégias que tentem conter esse avanço. Para tanto, os diferentes meios de comunicação vinculam diversas campanhas para propagar o discurso de um estilo de vida idealizado como saudável. O Ministério da Saúde do Brasil, por exemplo, conforme

⁵⁷ Segundo a OMS, é considerado regular o consumo de frutas e de hortaliças em cinco ou mais dias da semana.

demonstrado nas Figuras 5 e 6, relançou algumas peças publicitárias sobre a atividade física e alimentação saudável.

Figura 5. Campanha do Ministério da Saúde⁵⁸



Figura 6. Campanha do Ministério da Saúde⁵⁹



Por sua vez, organizações privada e patronal, também utilizam desse discurso, como demonstrado nas Figuras 7 e 8.

Figura 7. Campanha de uma cooperativa médica⁶⁰



Figura 8. Campanha patronal, Vida Ativa⁶¹



Abordagens como essas ao longo dos anos têm incentivado diversas ações ao criar estratégias que reforcem a meta para modificar o estilo de vida da população. Cito, por

⁵⁸Fonte: <http://promocaodasaude.saude.gov.br/promocaodasaude/assuntos/incentivo-a-atividade-fisica>. Acessado em 06 de maio 2016.

⁵⁹Fonte: <http://promocaodasaude.saude.gov.br/promocaodasaude/assuntos/incentivo-a-alimentacao-saudavel>. Acessado em 06 de maio 2016.

⁶⁰Fonte: <http://www.unimed.coop.br/blog/uninews/tags/atividade>. Acessado em 06 de maio 2016.

⁶¹Fonte: http://produto.mercadolivre.com.br/MLB-748944939-coleco-sesi-embarcando-pa-vida-saudavel-4-livros-_JM#redirectedFromParent. Acessado em 06 de maio 2016.

exemplo, a decisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar⁶² que publicou em agosto de 2011, as Resoluções Normativas 264 e 265, que incentivam as operadoras de planos de saúde a implementar programas de promoção da saúde. De acordo com o texto contido no *site* desse órgão, percebe-se a reprodução do discurso defendido pela Saúde Pública: “Os programas oferecidos pelas operadoras de planos de saúde a partir do incentivo da ANS, além de estimular hábitos saudáveis, podem oferecer prêmios e descontos nas mensalidades dos planos [...]”. O texto apresenta quais ações que poderiam ser realizadas pelas operadoras:

Os programas possuem enfoque nas atividades voltadas para temas como estímulo à atividade física, alimentação saudável, prevenção do câncer, das doenças sexualmente transmissíveis, da osteoporose, da hipertensão, da diabetes, do tabagismo e da obesidade. Outra área de atenção com grande destaque é a da saúde do idoso.

Além do apoio governamental, que endossa essa perspectiva de estilo de vida saudável, o mercado de *fitness* mundial, e também no Brasil, é responsável por uma movimentação bilionária nos negócios realizados. Alguns dados referentes a 2012, divulgados pelo *site FitSeven*⁶³, trazem números quanto à influência desse segmento:

Nos EUA e Canadá mais de 56 milhões de pessoas, ou 10,2% da população, frequentam academias de fitness (50,2 milhões deles só nos EUA), o que faz com que o mercado norte-americano seja o maior do mundo. Monetariamente falando, este mercado é responsável por um terço de todo o valor comercializado.

O número de academias nos Estados Unidos (30.500) é quase igual ao número de academias de toda a Europa (46.000), sendo que mais de 14% da população norte-americana as frequenta regularmente, o que também constitui um recorde mundial.

Embora o número médio de pessoas que pratiquem musculação na América do Sul seja de apenas 3,6%, a situação varia muito de país para país. Por exemplo, no Brasil funcionam mais de 24.000 academias, tornando este país o segundo maior mercado do mundo.

Associado a expansão desse segmento, o *site* da Revista Exame.Com⁶⁴ apresenta o seguinte destaque: “Brasil é o quarto maior mercado para produtos saudáveis”. Por sua vez, o *site Empreendedor*⁶⁵ em 2014, traz estampada a seguinte manchete: “Franquias ligadas à vida saudável crescem acima da média. Durante 2013, o segmento demonstrou o melhor resultado em ampliação de faturamento”. O *corpus* da matéria apresenta a seguinte informação:

⁶² Fonte: <http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/qualidade-da-saude/1413-beneficiarios-e-operadoras-de-planos-de-saude-apostam-em-programas-de-qualidade-de-vida>. Acessado em 06 de maio 2016.

⁶³ Fonte: <http://fitseven.com.br/vida/motivacao/mercado-mundial-do-fitness>. Acessado em 06 de maio 2016.

⁶⁴ Fonte: <http://exame.abril.com.br/revista-exame/edicoes/1083/noticias/brasil-e-o-quarto-maior-mercado-para-produtos-saudaveis>. Acessado em 06 de maio 2016.

⁶⁵ Fonte: <http://empreendedor.com.br/noticia/franquias-ligadas-a-vida-saudavel-crescem-acima-da-media/>. Acessado em 06 de maio 2016.

Nos últimos anos, foi possível acompanhar a evolução positiva do mercado de franquias especializado na vida saudável, alimentação natural, *wellness* e saúde. No Brasil, segundo a Associação Brasileira de Franchising (ABF), durante o ano de 2013, o segmento esporte, saúde, beleza e lazer demonstrou o melhor resultado em ampliação de faturamento com 23,9% de crescimento.

Essa questão tem sido objeto de estudo acadêmico. Pasquali, Niterói e Mascarenhas (2011, p. 3) ao investigarem sobre a lógica de desenvolvimento da Indústria do *Fitness*, apontam um dado comparativo sobre os mercados desse segmento no Brasil e nos Estados Unidos da América: “Se dividimos o número total de academias pelo número de usuários, nota-se nos Estados Unidos a proporção de 1 academia para cada 1.443 mil usuários, enquanto no Brasil temos 1 academia para cada 170 usuários”. Os autores reforçam a informação já apresentada anteriormente, que o Brasil ocupa a 2ª posição no *ranking* mundial desse segmento. Em outro estudo, Gomes, Chagas e Mascarenhas (2010, p. 170) destacam o crescimento de determinada franquia de serviços prestados em academias: “Na América Latina, totaliza uma rede de 2.200 academias, com 8.000 professores e público acima de 1 milhão de consumidores”.

Por fim, para finalizar essa contextualização sobre a temática, considero relevante inserir um último elemento referente a toda essa complexa rede da “indústria do estilo de vida saudável”, a publicidade. A Revista Exame.Com⁶⁶, em matéria intitulada, “Os 30 maiores anunciantes do Brasil em 2014”, apresenta um cenário da relevância do apelo comercial na contemporaneidade:

Os investimentos publicitários cresceram 8% no ano passado em relação a 2013, passando de R\$ 112 bilhões para R\$ 121 bilhões em 2014. Os dados são do estudo Retrospectiva e Perspectivas, do Ibope Media.

Maior anunciante do país, a Via Varejo gastou R\$ 4,2 bilhões em propagandas entre janeiro e dezembro do ano passado. Somados, os 30 maiores anunciantes do ano desembolsaram mais de R\$ 40 bilhões em publicidade.

Entre os meios, a TV aberta permaneceu, mais uma vez, como a primeira colocada no volume de publicidade (56%), com R\$ 67 bilhões de investimentos. O jornal, com mais de R\$ 17 bilhões, e a TV por assinatura, com R\$ 11 bilhões, aparecem em seguida.

Esses valores retratam investimentos feitos em produtos/serviços de diferentes segmentos, e não especificamente à referida “indústria saudável”. Todavia, permite ter uma ideia da importância do apelo publicitário na formação dos modelos mentais que são criados junto à população, formando um discurso hegemônico.

⁶⁶Fonte: <http://exame.abril.com.br/marketing/noticias/os-30-maiores-anunciantes-do-brasil-em-2014>. Acessado em 06 de maio 2016.

Por sua vez, a publicidade referente ao *marketing* esportivo, semelhantemente, são investidos valores extraordinários, procuram despertar o desejo de compra e a formação de um estilo de vida nas pessoas. Segundo dados fornecidos pela Revista Exame.Com⁶⁷, “O mercado de patrocínio esportivo brasileiro encerrou 2013 com movimentação na casa dos R\$ 665 milhões”, a matéria compara a tendência nacional com a internacional, “O resultado nacional segue uma tendência mundial em que o esporte é o principal motor dos investimentos em patrocínio no planeta, com 70% dos R\$ 115 bilhões gastos anualmente com esta ferramenta de comunicação”.

Conforme Van Dijk (2012) os discursos são produzidos e compreendidos como uma função de atitudes socialmente compartilhadas vinculadas às ideologias, normas e valores e, possivelmente, outras formas de "cognição social", ou seja, as representações sociais. Assim, segundo o autor, o processo de produção do discurso pode ser caracterizado como a formulação de um modelo mental. Em outras palavras, algo que alguém sabe ou tem uma opinião sobre um assunto, é gradualmente, passo a passo, transformado nos sentidos de um discurso e, em seguida, expressado como um modelo de contexto, por exemplo, o estilo de vida saudável.

Considerando a análise realizada, do contexto associado ao discurso de um estilo de vida saudável, identifica-se como intenção, estabelecer uma relação com a formação desse modelo mental. Este pode ser tanto pessoal – com o conhecimento individual, crenças, opiniões dos usuários da língua – e social – aplicando conhecimentos gerais socialmente compartilhados –, mas cada modelo é único. Assim, a mesma pessoa pode construir um modelo diferente, isto é, uma interpretação diferente do mesmo texto/fala, em momentos distintos, ou seja, é mutável.

Todavia, de acordo com Van Dijk, é preciso ter em mente que o todo o processo de compreensão é coordenado pela linguagem, e, esta, por sua vez, interage com o modelo de contexto. Este informa ao usuário da língua quais os objetivos do discurso, quem são os seus participantes e os seus papéis, o que se sabe, ou não. Tais informações são cruciais para entender as propriedades dos diferentes discursos sociais.

Uma vez formado o modelo mental de um discurso, os usuários da língua podem generalizar esses modelos e, assim, construir estruturas de conhecimentos mais gerais e abstratas. É desta forma que os usuários da língua podem aprender com as suas experiências.

⁶⁷Fonte: <http://exame.abril.com.br/marketing/noticias/patrocínio-esportivo-no-brasil-movimenta-r-665-milhoes>. Acessado em 06 de maio 2016.

Naturalmente, também podem fazer generalizações falsas, e, assim, formar preconceitos (VAN DIJK, 2012).

Tendo em vista esses dados, algumas perguntas podem ser feitas: Os pressupostos da Saúde Pública realmente têm como objeto a saúde da população, ou buscam atender os interesses de um mercado bilionário da “vida saudável”? Será que os parâmetros adotados por essa área de conhecimento, os chamados fatores de risco, são realmente os que permitem ter uma vida idealizada como saudável, ou seguem prioritariamente os interesses comerciais?

Considerando que o discurso é frequentemente definido como um evento comunicativo em uma dada situação social com participantes em diferentes papéis e ações, na próxima seção discuto sobre a segunda dimensão da análise sociocognitiva, a memória semântica, onde discorro sobre a relação das representações sociais e, sobretudo, a vivência da atividade física.

8.5.2 Memória semântica

Esta seção tem como norte de análise o *corpus* do texto do *site*⁶⁸ da PBH, tendo seu conteúdo transcrito na íntegra. Esse mesmo conteúdo, também foi analisado por Maciel e Soares (2016). Entretanto, os autores usaram a proposta da ACD apresentada por Fairclough (2000). Diferentemente, adoto o modelo sociocognitivo. Ademais, com o intuito de avançar nessa discussão, faço a inserção de dados empíricos coletados nesta investigação, de forma a criar um diálogo entre o discurso e a prática social vivenciada pelos participantes da pesquisa.

PBH / SAÚDE / ACADEMIAS DA CIDADE

SAÚDE

ACADEMIAS DA CIDADE

Academia da Cidade: saúde e equilíbrio mais próximo do cidadão

A prática de exercícios físicos tornou-se uma necessidade do ser humano. E a idade não importa quando se deseja ter uma vida saudável, é preciso apenas manter uma disciplina física e mental. Para quem deseja melhor qualidade de vida sem gastos financeiros, as Academias da Cidade em Belo Horizonte são boas opções. Desde 2006, a Prefeitura de Belo Horizonte coloca em funcionamento essa rede de academias, desenvolvida pela Secretaria Municipal da Saúde.

Promover saúde e contribuir para melhoria da qualidade de vida são os principais objetivos da Academia da Cidade. Antes do início das aulas, os usuários passam por uma avaliação física com um Profissional de Educação Física para que o mesmo seja direcionado ao treinamento mais adequado, pois as atividades são realizadas de acordo com a necessidade e condições físicas de cada pessoa. As atividades

⁶⁸Fonte: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPic=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=16466&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&.

realizadas visam a melhora do condicionamento cardiorrespiratório, consciência corporal, flexibilidade, força e coordenação motora geral, através dos conteúdos da Educação Física, como ginásticas, danças, jogos, esportes, lutas e caminhada orientada. A atenção à saúde também é válida para outros temas, como alimentação e tabagismo.

Cada usuário pode utilizar a academia por um período de uma hora, três vezes durante a semana. “Incentivamos para que as pessoas pratiquem o que aprenderam em outras situações do dia-a-dia, como durante a arrumação da casa e a caminhada”, afirma Vera Guimarães, coordenadora do programa. O objetivo é proporcionar mais qualidade de vida para a pessoa e o que vale “não é ter um corpo sarado, mas um corpo saudável”, completa.

As academias funcionam em vários pontos da cidade em todas as regionais, com média de 400 usuários em cada unidade. As academias funcionam de segunda a sábado em horários variados na parte da manhã, tarde e noite. As atividades são gratuitas e qualquer pessoa, preferencialmente acima de 18 anos, pode participar das atividades, basta preencher o cadastro e fazer a avaliação física com o professor na academia mais próxima.

Profissão

O estudante do curso de Educação Física, que deseja colocar em prática o que foi aprendido em sala de aula, pode se candidatar às vagas para estágio nas Academias da Cidade. A inscrição é feita no site da prefeitura e a seleção é feita pelo professor de cada unidade, que encaminha ao setor de Recursos Humanos a ficha do candidato. Cada academia possui dois professores formados e dois estagiários em Educação Física. Os usuários ainda são acompanhados por outros profissionais, como nutricionistas e fisioterapeutas, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

Início a análise a partir da identificação da tipologia e gênero textual do *corpus*. O texto é classificado como dissertativo-expositivo, tendo como característica apresentar um saber já construído e legitimado, ou um saber teórico (MARCUSCHI, 2008). Assim, aborda informações sobre assuntos, expõe, reflete, explica e avalia ideias de modo objetivo. Enfim, tem como propósito informar e esclarecer. Para tanto, usa das seguintes estratégias, por exemplo, aulas, resumos, enciclopédias, textos científicos ou expositivos em revistas e jornais.

Enquanto gênero textual refere-se a uma propaganda, isto é, propõe a divulgar informações sobre determinado assunto, buscando influenciar o enunciário, na maioria das vezes, por meio de mensagens que despertam as emoções e a sensibilidade. O estilo do texto é informativo, adotando uma linguagem de fácil entendimento para alcançar pessoas de diferentes níveis de escolaridade, sobretudo, as da classe mais “simples”, que são o público prioritário do PAC-BH.

A estratégia de divulgar o programa na *internet* denota uma ideia de adesão às novas tecnologias e meios de comunicação. Pois com o crescimento de usuários desse serviço, alcançando bilhões de pessoas em todo o mundo, a divulgação de uma ideia, serviço ou

produto, é mais conveniente. Atrelado a esse fato, também pesa favoravelmente, a facilidade de atualização das informações, e o investimento relativamente baixo para a criação e manutenção de um *site*. Todavia, quando perguntei aos participantes da pesquisa como ficaram sabendo do PAC-BH, nenhum deles citou as informações divulgadas pela *internet*.

Esse fato que pode ser explicado pelas características do público entrevistado, com média de idade de 59 anos. Este normalmente não tem uma interação ou familiarização com essa ferramenta de comunicação em virtude de pertencer a uma geração que não teve uma “educação tecnológica”. Outro fato importante a ser destacado, diz respeito à condição socioeconômica desse público, que é caracterizada como de baixa renda, o que pode dificultar o acesso ou o desejo de ter um micro computador em casa, ou mesmo usar *smartphones* com acesso à *internet*. Não menos importante é destacar a necessidade de pagar um provedor desse serviço, podendo assim, interferir nos gastos orçamentários da família, que por sua vez, já pode estar comprometido com outras prioridades.

Quando perguntei aos entrevistados como eles ficaram sabendo do programa, as respostas se referiam as informações obtidas pelas pessoas na comunidade ou na UBS do bairro:

“Aqui no bairro; a minha esposa já frequentava antes.” (VANDO, 66);

“No posto de saúde. Fui encaminhado pra cá.” (JOÃO, 44).

Esse fato traz à tona a necessidade de se refletir sobre a estratégia de divulgação do programa junto ao público-alvo. Se a mesma se concentrar no ambiente virtual – os entrevistados também disseram nunca ter vista alguma divulgação em cartazes em ônibus, faixas, panfletos –, será ineficaz, tendo em vista os aspectos socioeconômicos desse público.

Considerando o *corpus* em si, ele é dividido em cinco parágrafos sucintos, contendo informações concisas, esclarecendo o objetivo, e a dinâmica do programa. Ao finalizar o texto, em seguida aparece um quadro informativo sobre os locais e horários de funcionamento de cada polo nas diferentes regionais da cidade – este não foi transcrito para este trabalho, por considerar a informação irrelevante para o objetivo proposto. Logo em seguida ao quadro é informado um número de telefone de contato para esclarecimentos.

Quanto à identificação da localização do *corpus* em questão, o mesmo está contido em um *link* vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, portanto, denotando a atividade física como uma prática de saúde em detrimento de uma vivência de lazer – essa questão será retomada posteriormente.

O primeiro *frame* analisado é o título, “**Saúde**”. Segundo El Hajji, Andrade e Rangel (2012) o objetivo cognitivo do título é apresentar um campo semântico que direcionará a leitura da reportagem. De acordo com os autores, “[...] por ser o primeiro conteúdo a ser lido na matéria, a manchete auxilia na construção de um conjunto de referências que de certa forma monitoram as possíveis interpretações daquele texto” (EL HAJJI; ANDRADE; RANGEL, 2012, p. 12).

Portanto, os títulos são compreendidos como resumos ou o destaque do que é mais importante a ser lido; assim, procurando valorizar determinados elementos abordados no intuito de conquistar a atenção do leitor, incentivando-o a ler o restante do texto. Ainda conforme os autores em tela, a perspectiva apresentada é diferenciar o “[...] que é de fato importante e o que chama a atenção dos potenciais leitores, a estrutura do título constrói indefinição ou ambiguidade e nisso reside uma especial função ideológica” (EL HAJJI; ANDRADE; RANGEL, 2012, p. 12).

O título em questão está escrito em “caixa alta”, com o tamanho da fonte maior em relação a todas as outras, e em negrito. Essa característica denota um destaque ou uma ênfase dada ao texto. Assim, o título da página já deixa claro o apelo a que se refere o programa.

O dicionário Michaelis⁶⁹ define o termo saúde, como um substantivo feminino, referenciando um bom estado orgânico, sobretudo, se relacionando aos aspectos fisiológicos. Portanto, contempla uma perspectiva biomédica que já é transmitida ideologicamente à sociedade, por exemplo, no meio escolar.

Nesse espaço, reforçam-se, sobretudo, os princípios científicos produzidos pela humanidade, principalmente partir do século XVII, quando o pensamento positivista passou a ser hegemônico em relação à “Ciência do espírito”, segundo Hegel. Segundo Czeresnia (2012), Farinatti e Ferreira (2006) o desenvolvimento das ciências naturais permitiu traçar um novo paradigma sobre o processo saúde-doença, considerando em demasia as alterações patológicas do organismo para caracterizá-lo.

Essa perspectiva influenciou ao longo dos anos a formação de um discurso social o qual foi institucionalizado em 1946, pela WHO⁷⁰. Esta instituição conceituou a saúde como um “estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença

⁶⁹ Todas as referências quanto às definições dos termos usados foram retiradas do dicionário online <http://michaelis.uol.com.br/>. Adotei o dicionário como fonte de referência para compreender esse termo, por entender que é o meio normalmente usado pela população, trazendo assim, uma conotação de conhecimento cultural.

⁷⁰ Em determinados momentos uso a sigla WHO, por se tratar de citações de textos em inglês; por outro lado, quando citar OMS, se refere a textos escritos em português que usam a mesma.

ou enfermidade”. Essa proposta norteia, pelo menos, ainda que parcialmente, determinadas diretrizes da Saúde Pública, que por sua vez, influenciam os princípios epidemiológicos estabelecidos. Diferentes autores já refletiram sobre essa perspectiva, questionando: A saúde pode ser classificada de maneira tão simplista? A saúde e a vida são estáticas? Existe uma completude permanente da saúde? (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2011; FERREIRA; FARINATTI, 2006; CZERESNIA; FREITAS, 2003).

Os fragmentos das falas dos profissionais atuantes no PAC-BH demonstram uma concordância com a proposta defendida pela Saúde Pública quanto ao entendimento sobre a saúde, “[...] É o bem-estar físico, social [...]”, “[...] Não é a ausência da doença [...]”, “[...] Vai a saúde psicológica, o bem-estar, né [...]”, “[...] Então, é você está bem em todos os seus aspectos de vida, social [...]”. Esse fato reflete o discurso de uma representação de um conhecimento social específico de uma área, como a saúde/Educação Física. Os modelos mentais presentes estão relacionados com uma subdivisão do entendimento das categorias que compõem a saúde humana. Em outras palavras, são interações da linguagem a partir de crenças, conhecimentos, normas e valores compartilhados coletivamente.

Saúde? Não vou fazer aquele discurso da organização mundial da saúde. (risos.) Uai, eu vejo que pra mim, saúde é justamente isso, essa prevenção, promoção. É o bem-estar físico, social; porque é o que a gente vê na academia mesmo. Eu não vou ver a saúde em si. Ah. É a falta da doença? Não é a ausência da doença. É estar bem comigo mesmo, espiritualmente falando, mentalmente falando. Acho que entra todo esse contexto. Porque não adianta nada está bem fisicamente, se o meu psicológico não está bem. Então, tem de ser um conjunto de coisas, um conjunto de ações, pra eu poder tá chegando também num estado bom, ou muito bom de saúde. (P1)

Eu não consigo associar saúde sem uma boa qualidade de vida, porque se perde muito em qualidade de vida quando não se tem uma boa saúde, né. É, mais uma vez, não tem como se compor a saúde pra cada um, né. É muito individual, muito particular; mas eu não consigo desassociar as duas coisas; eu acho que saúde vai mais uma vez de encontro a isso, não é só a saúde física, né. A integridade física da pessoa, mas vai além da saúde ... né. Vai a saúde psicológica, o bem-estar, né. Até questões financeiras vão interferir na saúde da pessoa, né. [...], então, saúde é tudo [...]. (P2)

Saúde? [...] Saúde pra mim é tudo. [...] Saúde pra mim? [...] É você estar bem. Tanto emocionalmente, tanto fisicamente, tanto socialmente, é fisiologicamente. Porque, você pode está ok, mas se o psicológico não tá bom, não acho que você esteja saudável. Então, é você está bem em todos os seus aspectos de vida, social; o financeiro interfere. É, sei lá, saúde em si mesma, fisiológica, biológico, saúde psicológica, que eu acho que é a mais importante. É você tá bem nesse sentido. Ter uma boa saúde pra mim é você está bem em todos os aspectos. (P3)

O depoimento de P1 é iniciado dizendo que não iria reproduzir o conceito apontado pela OMS. Contudo, o discurso produzido acaba não saindo dessa proposta criticada, pois quando o profissional diz: “[...] pra mim saúde é justamente isso, essa prevenção, promoção, é o bem-estar físico, social [...]”, acaba adotando o mesmo discurso

daquela instituição. Portanto, percebe-se a reprodução de uma ideologia propagada pela área biomédica. Em seguida, esse profissional busca “desvencilhar-se” do conceito da OMS, tentando contemplar a saúde em sua inteireza: “[...] é estar bem comigo mesmo, espiritualmente falando, mentalmente falando [...]”; todavia, no final de sua fala, retorna ao mesmo conceito, ao entender que saúde consiste em um estado hierarquizado: “[...] pra eu poder tá chegando também num estado bom, ou muito bom de saúde. [...]”.

Os depoimentos de P2 e P3 apresentam uma similaridade a P1, quanto ao entendimento da completude da saúde. Conforme descrito por P3 “Saúde pra mim é tudo [...]”, o que se assemelha ao entendimento de senso comum, como também apresentado por alguns alunos participantes desta pesquisa, “[...] Saúde é tudo! A vida da pessoa é a saúde! [...]” (VANDO, 66), “É tudo! Pra mim vale mais que dinheiro! É vida longa né! [...]” (JOÃO, 44).

Por outro lado, as falas, também demonstram o entendimento específico de uma área profissional, ou seja, identificam uma inter-relação existente das diferentes dimensões da saúde – psíquica, afetiva, social e física. Importante destacar, é que todos reproduzem um discurso por meio dos modelos mentais formados individualmente – com base no conhecimento coletivo da área –, portanto, com algumas subjetividades nesse entendimento, “[...] É estar bem comigo mesmo, espiritualmente falando, mentalmente falando [...]”, “[...] não tem como se compor a saúde pra cada um [...]”, “[...] É, sei lá, saúde em si mesma, fisiológica, biológico, saúde psicológica, que eu acho que é a mais importante [...]”. No entanto, essas distinções são normais. Segundo Van Dijk (2012) as pessoas interagem socialmente os conhecimentos porque compartilham os mesmos sistemas de crenças, conhecimentos, ainda que de formas distintas. Todavia, conforme o autor, esses conhecimentos não são apenas sociais, já que existem conhecimentos que estão relacionados às experiências individuais.

Tecendo uma crítica a concepção reducionista da saúde, autores como Guedes (2004), Farinatti e Ferreira (2006) relatam que a ausência de uma sintomatologia que caracterize uma doença não garante que uma pessoa seja saudável. Pois alguns sintomas patológicos só aparecem em seus estágios mais avançados, estando, portanto, “invisíveis” em vários momentos da vida. Assim, de acordo com os autores, a saúde deve ser compreendida de forma sistêmica e holística.

Segundo Almeida Filho (2002) a saúde é entendida como *holos* denotando inteireza, totalidade. Essa percepção de univocidade reporta-se, portanto, à própria vida. Ademais, falar em saúde de maneira holística é falar da vida em sua plenitude. Dessa forma,

não se deveria discutir o todo, decomponho-o em partes, ao estilo Comteano, se depois não associá-las adequadamente ao seu todo novamente.

Isso requer, portanto, a busca por uma compreensão transversal que envolva “didaticamente” as diversas dimensões do ser humano, ou seja, uma inter-relação dos diferentes aspectos de bem-estar biopsicossocial, que por sua vez, também deveriam contemplar uma abordagem subjetiva da saúde.

Como contrapondo à perspectiva hegemônica, a Saúde Coletiva enfatiza uma abordagem centrada na subjetividade, considerando não apenas a etiologia e sintomatologia de uma doença; mas, também a necessidade de sua investigação considerando os aspectos socioculturais e individuais. Diante disso, surgiu um novo conhecimento social que contempla uma perspectiva hermenêutico-fenomenológica (ARAÚJO *et al.* 2012; CAPRARA, 2003; GUIMARÃES; MENEGHEL, 2003; ALMEIDA FILHO, 2002, 2000). Para esses autores, a saúde enquanto entendimento polissêmico apresenta suas variações conforme os componentes socioculturais e também pela influência do discurso construído.

Essa breve análise, torna didaticamente visível a distinção que há entre a memória semântica e a episódica. Segundo Van Dijk (2005) uma vez que já temos certo conhecimento geral sobre o tema, pode-se (re)construir modelos mentais sobre casos mais específicos, por exemplo, a saúde. Por outro lado, o entendimento sobre a doença compreendida como o oposto da saúde, também perpassa pelo mesmo processo cognitivo.

Tendo em vista essa questão, perguntei aos profissionais o que eles entendem o que é doença. Novamente as falas denotam a existência de um discurso biomédico, caracterizando uma visão de normatização da saúde, “Tem a doença instalada em si, que é uma hipertensão, uma diabete, mas também são as doenças psicológicas [...]”, “[...] A gente ainda tem essa visão muito biomédica sim [...]”:

Tem a doença instalada em si, que é uma hipertensão, uma diabete, mas também são as doenças psicológicas [...]; então a doença é muito além do físico. Eu posso está com uma doença mental; não estar bem naquele dia [...]. Enfim, eu vejo nesse sentido. Não é a ausência da saúde. Tá muito além disso, né. (P1)

É ... doença não é só física, também, né. ... A gente lida muito com as patologias em si, né. A gente ainda tem essa visão muito biomédica sim, preocupada com as patologias que tem interferência na saúde no bem-estar, na qualidade de vida da pessoa; mas, não são só doenças físicas; assim a gente tem, por exemplo, muitos usuários com, com transtornos mentais né. Com depressão; principalmente que é uma das mais fortes, mais presentes, então, não acho que não é só essa questão física não né. eu acho que a gente adoce de outras coisas também. (P2)

[...] Doença é quando alguma dessas vertentes não está legal. (Obs.: refere às dimensões da saúde) [...] **Então saúde é ausência de doença⁷¹?** Não. Não. De jeito

⁷¹ As frases em negrito no texto representam questionamentos realizados pelo pesquisador aos entrevistados

nenhum. Saúde é o equilíbrio, equilíbrio pra melhor. Vamos supor: Uma pessoa hipertensa, leve, toma as medicações dela, mas tá super controlado; pra mim é uma pessoa saudável, mesmo que ela seja portadora de hipertensão arterial. Pra mim, saúde não é ausência de doença. [...] Não necessariamente quem é portador de doença, não seja saudável. Às vezes o contrário. Eu não tenho doença nenhuma, pode ser que eu não seja saudável. Não necessariamente. **Como seria essa relação? Não ter doença e não ser saudável?** Não tem diagnóstico de doença nenhuma; posso ter um distúrbio psicológico, alguma coisa social, não tem um convívio social bacana, mas, não foi diagnosticado como doença; necessariamente não é ausência de saúde por causa disso. **Mas os distúrbios mentais têm um CID, então, não são doenças?** Mas, não foi diagnosticado, estou falando de doença não diagnosticada [...], ou o outro não conhece. (P3)

Os depoimentos de P1 e P2 denotam a ideia de normatização da saúde. Em virtude da formação do profissional de Educação Física, normalmente focado na abordagem biomédica, era de se esperar essa percepção. Contudo, a fala de P3 demonstra um entendimento subjetivo da saúde, não se restringindo aos sintomas ou alterações fisiológicas, identificando-se assim, como proposto por Canguilhem (2009), uma crítica ao reducionismo fisiológico: “[...] Vamos supor: Uma pessoa hipertensa, leve, toma as medicações dela, mas tá super controlado; pra mim é uma pessoa saudável, mesmo que ela seja portadora de hipertensão arterial. [...]”.

Assim, P3 refere-se que a instalação de uma alteração fisiológica, desde que não gere uma incapacidade funcional para a pessoa, bem como dor e sofrimento à mesma, comparando à alteração anatomfisiopatológica grave, que provoque uma incapacidade de restrições funcionais pode não ser entendida como doença pela pessoa (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002).

Em comum, os três profissionais não entendem a saúde como a ausência de doença. No entanto, quando perguntado se a saúde seria o oposto da doença, não souberam argumentar coerentemente a esse respeito. Assim, o entendimento, ou modelo mental, da saúde como componente positivo, ou seja, não contrário à doença, dar-se-ia a partir da perspectiva da compreensão da inteireza da saúde em relação à própria vida, e não como um componente, ou um recurso para se viver, como proposto por Canguilhem. Em síntese, embora haja uma memória social relativamente coerente em um grupo específico, segundo os aspectos cognitivos propostos por Van Dijk, é normal ter entendimentos distintos entre esses membros; denotando assim, uma distinção entre os modelos mentais coletivos e individuais.

O segundo *frame* analisado do *site*, diz respeito à frase⁷², “**Academias da cidade**”. Discorrei sobre o vocábulo, **academia**. O modelo mental que compõe o

durante uma pergunta prévia que estava sendo respondida.

⁷² Para melhor entendimento, apresento a distinção entre frase, oração e período: 1) Oração: Gram. Conjunto de palavras que expressam um pensamento completo; 2) Frase - Gram a). Palavra ou grupo de palavras que

conhecimento cultural denota uma representação que esse espaço destinado à realização de alguma atividade física, seja para objetivos estéticos, de melhora da saúde, do condicionamento físico. Portanto, o *frame* em questão é colocado com o objetivo de criar um vínculo direto com o primeiro *frame*, ou seja, “**saúde**”.

O conhecimento cultural sobre a atividade física, tradicionalmente é explorado como discurso ao longo dos séculos por diferentes vertentes: ideológicas, aspectos mítico-religiosos, concepção de eugenia e higienista.

Todavia, segundo Maciel e Soares (2016), na sociedade ocidental, mais especificamente a partir do final século XIX, a atividade física ganhou um discurso com novos valores e normas no imaginário social. Esse fato influenciou a formação de uma perspectiva reducionista da relação entre a saúde e atividade física.

Esse viés teve como respaldo as premissas do risco epidemiológico advindo da Saúde Pública. Esta se apropriou do tecnicismo focado na instrumentalização da saúde para promover o bem-estar pessoal e coletivo. Assim, baseado em uma visão utilitarista, passou a incentivar a vivência da atividade física como meio para alcançar seus pressupostos, prevenção-redução dos agravos.

Para Isayama (2007) a atividade física é uma das possibilidades de lazer mais difundidas na sociedade, tanto no que concerne à vivência quanto à assistência de jogos, bem como em competições esportivas. Importante destacar que a criação dessa representação social, incorreu em um discurso para a promoção de um estilo de vida ativo. Este deve ser assumido em uma ou mais dimensões espaço-temporais que categorizam a prática da atividade física: tempo livre, deslocamento, atividades domésticas e laborais.

Portanto, esse discurso apresenta uma memória semântica, por meio de modelos mentais específicos, atrelado à ideia que a atividade física é eficaz para melhorar as funções fisiológicas, como também deveria fazer parte dos hábitos diários de uma pessoa.

Contrariamente a essa perspectiva reducionista, juntamente com outros autores (ISAYAMA, 2007; CARVALHO, 2003; PALMA, 200; MARCELLINO, 1987), concordo que essa vivência deva superar a mera perspectiva utilitarista, ou como meio de reduzir as mazelas sociais, adotá-la como “remédio”, ou sendo encarada prioritária em relação às outras práticas corporais.

concorrem para exprimir uma ideia ou conjunto de ideias; b). Expressão, locução; c) Membro de período; 3) Período: Gram. Frase composta de muitos membros, cuja reunião forma um sentido completo e independente. O período pode ser simples (com apenas uma oração) ou composto (com duas ou mais orações); mas não nos esqueçamos de que é necessário que o período tenha sentido completo. Fonte: <http://michaelis.uol.com.br/>

O discurso casuístico entre atividade física no tempo livre e saúde, também é questionado por Albino, Hammes e Vaz (2011). Estes autores discutem a influência da indústria cultural na concepção de uma mentalidade, ou representação social, e um apelo à construção imagética de um “corpo sarado” e saudável – essa questão será discutida mais adiante. Em outras palavras, os autores chamam a atenção quanto ao caráter da obrigatoriedade e de instrumentalização do ideário do bem-estar como vida plena, para normalização dos corpos e das condutas.

Enfim, esses dois *frames* analisados, saúde e academia, assumem como parâmetro, o conhecimento social caracterizado pelo discurso de determinada área de conhecimento, notadamente, biomédico, que são difundidos socialmente, formando modelos mentais ideológicos como conhecimento cultural.

Essa representação social é amplamente reproduzida pelos profissionais das Ciências da Saúde, entendendo que a atividade física realizada simplesmente de forma regular, “meia hora por dia”, como é “receitado”, proporcionem inúmeros benefícios ao ser humano. Todavia, muitas vezes, esses profissionais esquecem de considerar os diversos fatores intervenientes que influenciam na obtenção dos possíveis benefícios decorrentes de sua prática.

Devido aos possíveis efeitos profiláticos advindos da atividade física, o PAC-BH é administrado pela Secretaria Municipal de Saúde, e não pela Secretaria Municipal de Esporte. Dito de outra forma, a atividade física é associada a uma perspectiva utilitarista, como espécie de “medicamento” para promover saúde e evitar/tratar a doença. Assim, não é vista como uma vivência ontológica ao ser humano, contendo possibilidades de promover o lúdico, diversão, relaxamento, descompromisso. Características que denotam algo menos importante em relação à saúde conforme a concepção biomédica.

Notório é a conotação de um discurso político e ideológico que pretende estabelecer uma representação social pautada em uma naturalização e banalização (SILVA; BAPTISTA, 2011) da vivência da atividade física e os efeitos casuísticos e lineares em relação à saúde. Entretanto, esta, como defendida pelo Conselho Nacional de Saúde em 1988, também é influenciada diretamente pela intervenção do Estado em promover condições de vida dignas à população como: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer (BRASIL, 1988). Assim, esses fatores são interdependentes e têm como referência noções mínimas relativas à possibilidade de conforto, bem-estar, realização pessoal e social.

Outro *frame* discutido é a **promoção da saúde**. As principais diretrizes desse movimento surgiram a partir de uma conferência promovida pela OMS na cidade de Ottawa no Canadá (1986). À época foi definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

Essas diretrizes são seguidas pelo PAC-BH. Portanto, é fruto de uma política pública de saúde que adota a vivência da atividade física orientada por profissionais de Educação Física, como meio para se obter a saúde. Além dessa vivência, também são desenvolvidas ações por diferentes profissionais da área da saúde – nutricionistas, médicos, fisioterapeutas, farmacêuticos –, que visam realizar uma educação para a saúde, por meio de palestras e outras atividades pedagógicas. Por fim, essas ações estão atreladas às intervenções das UBS e pela Estratégia da Saúde da Família, nas comunidades.

Contudo, somente a atividade física por si só, não é capaz de promover a saúde ou qualidade de vida. A obtenção desses macro objetivos sociais está associada de forma interdependente, por exemplo, à equidade social, a urbanização – mobilidade e arborização, redução dos índices de poluição, dentre outros aspectos –, infraestrutura sanitária básica, solução da precarização do atendimento médico público – consultas, realização de exames e tratamentos diversos –, bem como, na melhoria dos níveis de qualidade da educação e políticas de emprego e renda, realmente eficazes. Assim, são ações complexas e profundas, cabendo ao Estado viabilizá-las em sua totalidade, e não apenas parcialmente.

Portanto, o que se percebe de maneira ampla em todo o Brasil, são ações secundárias como a proposta pelos PGAF, com enfoque na mudança do estilo de vida das pessoas, ao invés de investimentos realmente sérios e adequados, vinculados aos outros fatores determinantes da saúde.

Tendo em vista essas questões, perguntei aos profissionais entrevistados, o que eles compreendem por promoção da saúde, “É essa conscientização da população em diminuir o agravo, diminuir doenças, diminuir as doenças crônicas não transmissíveis; redução de danos à saúde [...]”, “[...] pra mim promoção de saúde são ações desenvolvidas em prol do bem-estar do usuário [...]”, “[...] questão de promoção da qualidade de vida pela atividade física [...]”. O discurso reproduzido foi limitado ao difundido pela OMS, que por sua vez, está alinhado à proposta assumida pelo PAC-BH. Portanto, há a reprodução de um discurso de uma área hegemônica de conhecimento, a saber, a Saúde Pública. Em outras palavras, uma área de conhecimento social específica, que cria representações sociais permeadas pelos

modelos mentais que são compartilhados pelos membros desse grupo, que por sua vez, tende ideologicamente a defendê-los e propagá-los socialmente conforme seus interesses:

É essa conscientização da população em diminuir o agravo, diminuir doenças, diminuir as doenças crônicas não transmissíveis; redução de danos à saúde. Por exemplo, um tabagista, se ele reduzir de 20 pra 10 cigarros, já é uma redução do risco. (...) como a academia atende pessoas acima dos 18 eu vou fazer todo esse histórico; lá na frente, não é prevenir, mas fazer essa prevenção de doenças. Pegar essa população, empoderar essa população, pra evitar doenças crônicas não transmissíveis, toda essa parte de patologia. (P1)

Bom, aqui na academia da cidade a gente trabalha sobre esses dois pilares, né. Promoção de saúde e prevenção de doenças, ou de agravo de algumas doenças. Então, pra mim promoção de saúde são ações desenvolvidas em prol do bem-estar do usuário ou do sujeito, né. Do paciente, como queira, dentro da rede, a gente chama de usuário é... Então, são ações que vão... promover seja qual for o conceito de saúde para o usuário, porque às vezes o profissional tem um conceito, e para o usuário é outro, né. (P2)

É a melhora da qualidade de vida de todos os aspectos: questão medicamentosa, questão de promoção da qualidade de vida pela atividade física, orientação de alimentação, orientação de saúde em geral, né. De doenças crônicas, dores crônicas, doenças pulmonares, doenças sexuais [...], socialização é questão de saúde pública [...] a gente tem aqui no polo o grupo de convivência na 3ª feira. O que ocorre no grupo de convivência? Eles vêm aqui, eles jogam bingo, eles fazem roda de violão, conversa temas variados, faz artesanato, até a própria socialização é questão de saúde pública. Então, tudo o que envolve a melhoria da qualidade de vida do usuário é questão de saúde pública. Saúde primária no caso. (P3)

Diversos autores tecem críticas a essa proposta de promoção de saúde quanto ao aspecto de imposição de um controle social (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2011; ARANTES *et al.* 2008; HEIDMANN *et al.* 2006; CARVALHO, 2004). A representação social da promoção da saúde cria pressupostos que as pessoas devam assumir a responsabilidade sobre os efeitos deletérios de seus hábitos de vida, considerados como não saudáveis. Esta abordagem sugere um conjunto de intervenções sobre os estilos de vida das pessoas; enfatiza ações de controle, inicialmente, em áreas de maior prevalência de problemas de saúde, como o tabagismo, o alcoolismo, as drogas, a inatividade física e os hábitos alimentares (MALTA; SILVA JR., 2014).

No entanto, não se pode negar que esses aspectos são nocivos à vida. Todavia, o que se questiona é o estabelecimento de normativas sociais arbitrárias (CANGUILHEM, 2009), para enquadrar as pessoas em determinadas categorias como saudável, não saudável ou doente. Retomo o pensamento de Canguilhem, ao destacar que não se deve associar a normatização e saúde, ou anomalia e patologia, como se a vida se resumisse ao funcionamento fisiológico do organismo. Canguilhem entende que a saúde caracteriza-se em poder em adoecer e sair do estado patológico. Em outras palavras, a saúde permite a possibilidade de enfrentar situações novas, pela “margem de tolerância ou de segurança que

cada um possui para enfrentar e superar as infidelidades do meio” (CANGUILHEM, 2009, p. 148).

Ainda conforme esse autor, aceitar um determinado conceito ou ideia de saúde normativa, implica escolher certas intervenções sobre o corpo e a vida das pessoas, e implica ao mesmo tempo, na redefinição do espaço onde se exerce o controle social. Portanto, definir o que é saudável ou não, é primeiramente uma questão de poder, de política e ideologia.

Importante destacar que embora o PAC-BH apresente em sua proposta desenvolver a promoção da saúde, uma parcela dos alunos já conta com o diagnóstico de uma DCNT. Esse fato é destacado por Costa *et al.* (2013) ao realizarem um estudo de caso e longitudinal, em um período de três anos, analisando os alunos do programa. O objetivo era investigar o perfil de saúde e nutricional. Os principais dados encontrados pelos autores são:

[...] elevada prevalência de indivíduos hipertensos (41,6%), com excesso de peso (70,6%) e riscos metabólicos associados à obesidade (67,6%). Cerca de 40% dos ingressantes apresentavam de 1 a 3 doenças crônicas e mais de 65% utilizavam medicamentos diariamente. Houve inadequação no consumo diário de frutas e hortaliças (75,3%), gordura aparente da carne (72,4%) e bebidas açucaradas (54,2%). Apresentavam baixa escolaridade e renda, além de inadequações alimentares e elevadas prevalências de HAS, excesso de peso e riscos metabólicos o que sugere a busca, dos usuários, pelo serviço de promoção da saúde para o tratamento de doenças (COSTA *et al.* 2013, p. 95)

Esse perfil de alunos, também é comprovado pelo depoimento dos profissionais entrevistados nesta pesquisa. Assim, perguntei aos profissionais entrevistados qual era o enfoque das ações do programa, se na promoção ou na prevenção da saúde.

Hoje, na prevenção. [...] Hoje o público que a gente atende, a maioria já vem com uma doença instaurada, então pra gente chegar no foco da promoção, hoje a gente prega mais a prevenção, e redução de agravos [...]. Hoje, infelizmente a maioria dos alunos procura academia por causa da promoção, ou porque o médico recomenda, ou porque realmente precisa: ah, tô com uma dor aqui, tô com alguma coisa aqui, né. Mas, não, eu vou pra academia hoje porque eu não quero adoecer amanhã. (P1)

Eu tento focar mais na promoção, mas eu acho que faço mais na prevenção. É mais fácil no dia a dia fazer a prevenção do que a promoção, por exemplo, época de carnaval: sempre vamos usar camisinha. Eu tô prevenindo uma doença, eu tô prevenindo uma gravidez indesejada. E não necessariamente eu tô promovendo a saúde; se a pessoa não quiser usar? [...] Na roda do bom dia, a gente fala: gente, não esquecem de tomar as medicações. Então, assim, nesse sentido eu tô ali promovendo a saúde no intuito de educá-los pra isso, mas é muito mais de prevenir que ele tenha um enfarto se ele se esqueceu de tomar a medicação da pressão. [...] Na intervenção no dia a dia, da mão na massa, sai mais a prevenção do que a promoção. **Talvez seu programa de aula tá mais focado na prevenção?** É, acaba que sim. (P2)

Portanto, entendo que também devia constar no *corpus* analisado, a abordagem da prevenção de doença, e não somente a promoção da saúde. Todavia, há um silenciamento do discurso a esse respeito, como que ocultando a existência de “pessoas doentes” no programa.

A prevenção da doença tem como características básicas, como apresentado por Buss (2003), ações voltadas para grupos alvo específicos, como as pessoas com DCNT. Portanto, são centralizadas na intervenção médica, com envolvimento de diferentes profissionais da área da saúde. Corroborando a essa opinião Czeresnia (2003), complementa que esse modelo é pautado por intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Ainda segundo essa autora, a base do discurso preventivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco DCNT, ou outros agravos específicos. Assim, utiliza como estratégias de educação em saúde, a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos comportamentais.

De acordo com a autora em tela, diferenciando-se à prevenção da doença, a promoção da saúde, grosso modo, não foca uma determinada doença ou agravo, mas, deveria sim, atuar para aumentar a saúde e o bem-estar geral. Em outras palavras, as estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho, que influenciam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial e multiprofissional.

Dessa forma, a análise do discurso apresentado pelo período: “**Promover saúde e contribuir para melhoria da qualidade de vida são os principais objetivos da Academia da Cidade**”, destaca somente a promoção da saúde. Assim, denota-se que a prefeitura está oferecendo o PAC-BH aos cidadãos, que por meio das atividades ali realizadas, será capaz de possibilitar-lhes acesso, por si só, a esses complexos macro objetivos sociais. Assim, por meio do conhecimento social específico, cria-se um conhecimento cultural (VAN DIJK, 2012, 2005), em que as pessoas acabam reproduzindo um discurso.

O discurso apresentado por esse período citado apresenta uma representação social de caráter político e ideológico, atrelando que o poder público cumpre suas responsabilidades ao promover os macro objetivos sociais. Mas, por outro lado, transfere para o cidadão uma culpabilização, que exime o primeiro, ou seja, caso não siga as orientações dadas pelo governo, como, por exemplo, fazer parte do PAC-BH.

Passo a discutir o *frame* relacionado à **qualidade de vida**. Oliveira Campos e Rodrigues Neto (2008) relatam que a qualidade de vida é reflexo do desenvolvimento da promoção da saúde. Assim, a primeira ressalva a ser feita diz respeito à complexidade que envolve esse construto. Portanto, a qualidade de vida não é algo fácil e simplesmente alcançável tão somente pela prática da atividade física, como sugerido pelo *corpus* em análise. Esse mesmo entendimento é concebido pelos profissionais entrevistados, “[...] A qualidade de

vida não tá associada só, se eu tô praticando exercício físico [...]”, “Eu acho que qualidade de vida engloba muito mais do que só atividade física, né [...]”, “[...] Qualidade de vida pra mim envolve aspectos biológicos, fisiológicos e sociológicos, os três integrados [...]”.

É um conjunto de coisas também. Se eu tô bem com minha família; se eu tô bem com minha saúde; se eu tô bem com meu trabalho; se eu tô bem com meus amigos; se eu tô bem com meu contexto social, eu vejo isso como qualidade de vida. A qualidade de vida não tá associada só, se eu tô praticando exercício físico, às vezes, eu posso tá sentada aqui, lendo um livro, e é uma qualidade de vida. (P1)

Eu acho que qualidade de vida engloba muito mais do que só atividade física, né. Envolve bem-estar social, psíquico, familiar, alimentar né. Então a gente não pode enxergar o sujeito achando que por nós sermos da Educação Física que só a atividade física vai fornecer essa qualidade de vida. Pra gente, acho que é pretensão achar isso né. Acho que vai muito além disso, é um conjunto de fatores que vai proporcionar essa qualidade de vida pro sujeito. Às vezes ele vem aqui com o intuito da atividade física (...) as orientações que a gente dá, nutricionais mesmos, da própria atividade física e tal, acho que tudo isso tá envolvido. (P2)

Qualidade de vida pra mim envolve aspectos biológicos, fisiológicos e sociológicos, os três integrados. O que eu acho que aplica muito aqui no projeto academia. Primeiro a questão de treinamento, mexe com atividade física, qualidade de vida pra mim; questão de aspectos sociais, a gente faz festas, faz encontros, faz grupos, canta parabéns todo dia. Então, pra mim, uma questão social também; o que interfere na questão psicológica. (P3)

O discurso apresentado pelos profissionais é coerente aos aspectos subjetivos e multidimensionais que compõem esse construto (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012; SEIDL; ZANNON, 2004), bem como o entendimento da limitação da atividade física por si para promovê-lo. Todavia, ainda não é identificado nesses depoimentos os aspectos relacionados aos determinantes sociais necessários para se alcançar tal objetivo.

Assim, novamente é percebida a presença de uma legitimação do discurso biomédico, formando uma representação social, por modelos mentais específicos, que influenciam o conhecimento social. Esse fato pode contribuir para a elaboração de uma representação social, como a qualidade de vida, vinculado à naturalização e banalização das ações (SILVA; BAPTISTA, 2011).

Contudo, deve-se prestar atenção quanto ao verdadeiro intuito desse discurso, que sutilmente denota um esvaziamento da responsabilidade do papel do Estado em promover os determinantes sociais necessários para promover a qualidade de vida à população. O discurso pode ter o objetivo de criar uma legitimação social (FALCONE, 2011), isto é, no âmbito sociocognitivo e discursivo, requer uma compreensão de como atores e grupos sociais agem na compreensão desse fenômeno.

Ainda conforme a autora em tela, se há uma intenção de tornar uma prática social (i)legítima, isso se dá a partir das ações de naturezas sociais e cognitivas. Em outras palavras,

segundo a autora, “[...] essas operações resultam em atividades de categorizações de atores e grupos sociais, tendo como sustentação os modelos mentais e as representações sociais construídas coletivamente sobre esses grupos e seus participantes” (FALCONE, 2011, p. 18).

Caminhando nessa mesma perspectiva, Koch, Morato e Bentes (2011, p. 83) destacam que “[...] cognição é uma construção social, intersubjetiva, local e historicamente situada”. Ademais, a memória social, segundo essas autoras, está baseada, não essencialmente, no processamento mental, e, sim, no contexto social e local de produção de interação, e sentido. Portanto, reflete a maneira como o discurso é formulado conjuntamente pelas pessoas em situações interacionais concretas.

Portanto, essas relações estão diretamente relacionadas na construção das representações sociais. No caso em análise, em determinada categoria profissional, que tende a repassar esse conhecimento para as pessoas com as quais estabelecem contatos sociais, reproduzindo um discurso político (SILVA; BAPTISTA, 2011). Especificamente quanto ao PAC-BH, essa categoria é representada pela Educação Física, que detém o reconhecimento social para essa finalidade. Dessa forma, o *frame* a ser analisado é **profissional**. O período contido no *corpus* diz:

Antes do início das aulas, os usuários passam por uma avaliação física com um Profissional de Educação Física para que o mesmo seja direcionado ao treinamento mais adequado, pois as atividades são realizadas de acordo com a necessidade e condições físicas de cada pessoa.

O texto busca enfatizar a profissionalização do programa, caracterizado pela intervenção de um profissional em Educação Física. A ideia é dar credibilidade às ações desenvolvidas. Pois esse profissional, com formação em nível superior, segue os princípios científicos que são utilizados, por exemplo, na realização de exames diagnósticos (avaliação física)⁷³ – que é um pré-requisito para participar do programa – para posteriormente, fazer uma prescrição de qual modalidade física a ser feita (indicação de um treinamento físico adequado); procedimento semelhante ao realizado em condutas médicas.

Portanto, essa vivência é usada como uma espécie de medicalização, como pode ser percebida pelos diferentes tipos de atividades que são oferecidas:

As atividades realizadas visam a melhora do condicionamento cardiorrespiratório, consciência corporal, flexibilidade, força e coordenação motora geral, através dos conteúdos da Educação Física, como ginásticas, danças, jogos, esportes, lutas e caminhada orientada.

⁷³ Essa avaliação consiste em uma *anamnese*/entrevista com roteiro de perguntas que possibilita ao profissional conhecer um pouco do histórico de saúde e familiar, possíveis lesões que o paciente possa ter sofrido e objetivos a serem atingidos. Medidas corporais como perímetros, estatura, peso, composição corporal: massa magra e gorda, avaliação postural, além de testes específicos de flexibilidade, força, resistência muscular, cardiorrespiratória, equilíbrio e potência também serão obtidos.

Contudo, as atividades não são conduzidas de forma individualizadas, "[...] **de acordo com a necessidade e condições físicas de cada pessoa** [...]", mas, ocorrem em aulas coletivas. Nesta modalidade de aula é impossível o profissional prescrever um treinamento individualizado, considerando todos os múltiplos e complexos fatores que intervêm na elaboração de um treino individualizado, como sugerido.

Todavia, o profissional de acordo com o objetivo estabelecido pelo planejamento das aulas, tendo o conhecimento do perfil da turma, estabelece uma sequência de exercícios que trabalhe os grandes grupos musculares e alguns específicos, considerados como importantes para atingir determinado objetivo funcional, bem como o sistema cardiovascular. Assim, ele determina uma rotina/sequência de exercícios de acordo, por exemplo, com as variáveis, número de série e repetições, associadas com o ritmo de execução e as pausas para recuperação do esforço realizado.

O resultado do treinamento físico é promover modificações que irão refletir, sobretudo, no **corpo**. Este será o *frame* a ser discutido neste momento. Segundo Barbosa, Matos e Costa (2011) o corpo apresenta uma representação tanto social quanto cultural ao longo da história. Segundo essas autoras:

Cada sociedade, cada cultura age sobre o corpo determinando-o, constrói as particularidades do seu corpo, enfatizando determinados atributos em detrimento de outros, cria os seus próprios padrões. Surgem, então, os padrões de beleza, de sensualidade, de saúde, de postura, que dão referências aos indivíduos para se construírem como homens e como mulheres (BARBOSA; MATOS; COSTA, 2011, p. 24).

Desde o pensamento filosófico clássico da Grécia antiga, tomando Platão como exemplo, há um entendimento dicotômico entre corpo e alma. Nesse período já se cria uma idealização do corpo segundo parâmetros estéticos e saudáveis. Concepção existente até os dias atuais como apresentado pelo fragmento da fala da coordenadora do PAC-BH, entre "corpo sarado" e "corpo saudável".

Percebe-se uma "coisificação" do corpo, uma alusão à visão mecanicista e funcionalista, característica da sociedade moderna. No entanto, essa diferenciação feita quanto ao "simbolismo dos corpos", "sarado" e "saudável", tem o intuito de desfazer uma imagem de senso comum de que as academias são locais prioritariamente de pessoas jovens, magras com o intuito de promover prioritariamente o aspecto estético, isto é, de ganhar massa e "definição muscular". Esse fato é amplamente explorado pelas mídias ao destacar personalidades de diferentes segmentos sociais com corpos esteticamente "perfeitos".

Dessa forma, o discurso da coordenadora, tem o intuito de retirar a expectativa da pessoa de encontrar um ambiente semelhante às academias tradicionais. No entanto, pretende desfazer uma expectativa quanto ao ambiente, e objetivos, normalmente, característicos em academias comerciais.

A representação social criada sobre o corpo, “sarado” e “saudável”, passa pela elaboração de modelos mentais que são compartilhados socialmente, tendo o respaldo do conhecimento social específico de uma área profissional, como também do conhecimento cultural, que reforçam a percepção de um fenômeno, por exemplo, a atividade física. Não menos importante destacar é a identificação, novamente, do processo de legitimação, naturalização e banalização de um discurso (SILVA; BAPTISTA, 2011) por meio de uma ação política.

Retomando os apontamentos feitos por Foucault (1970), é necessário compreender a essência da mensagem do discurso, pois, visa criar uma ordenação do mundo. Para esse filósofo, um discurso dominante tem o poder de determinar o que é aceito ou não em uma sociedade, independentemente da qualidade do que ele legitima. Em outras palavras, o discurso hegemônico não está comprometido com uma verdade absoluta e universal, mas, tem o intuito de produzir uma “verdade”.

Ainda conforme o autor em tela, determinado discurso tende a se sobrepor aos demais, procurando estabelecer convenientemente uma “verdade”. Assim, mais importante que o conteúdo do discurso, é a sua intenção e sua repercussão social.

Em síntese, a prática social analisada nesta seção foi o discurso da atividade física como fator de promoção da saúde e qualidade de vida. Por meio da análise sociocognitiva, foi possível identificar uma conotação política, do poder público, ao criar uma representação social, em cumprir a sua responsabilidade para se obter os macro objetivos sociais ao implantar o PAC-BH.

Todavia, igualmente importante destacar, é o alinhamento desse discurso com o a área da Saúde Pública, ao usar a atividade física como uma “medicação”, como uma prática médica, de forma estereotipada, reducionista e tecnicista. O conhecimento semântico analisado sugere uma legitimação, naturalização e, até mesmo, uma banalização da vivência da atividade física, como uma panaceia.

Para tanto, utiliza-se do conhecimento social de uma área específica, a Saúde Pública, para divulgar uma ideologia de propagação de um estilo de vida saudável. No entanto, como apresentado na discussão da seção anterior, há inúmeros interesses econômicos

envolvidos na divulgação e reforço desse discurso, que podem por em dúvida as reais intenções de algumas normatizações adotadas pela área da saúde.

Assim, é necessário refletir sobre a criação da representação social sobre a linearidade entre atividade física e saúde, difundida socialmente, ou seja, a incorporação de um estilo de vida saudável. Entendo que o reforço desse discurso pelas mídias e pelo próprio Estado, possa ter como objetivo o esvaziamento das responsabilidades que são atribuídas a esse último, tornando-o, como mero coadjuvante nesse processo. Pois ao se omitir, ou não atuar de maneira como deveria para acabar com as iniquidades sociais, e oferecer as condições dignas de vida à população, isto é, intervindo diretamente nos fatores determinantes da saúde, transfere essa responsabilidade para cada pessoa.

Analisado a memória semântica quanto aos construtos promoção da saúde e qualidade de vida, na próxima seção realizo o entendimento sobre a saúde, atividade física, segundo a perspectiva das pessoas, ou seja, a memória episódica.

8.5.3 Memória episódica

Nesta seção discuto os frames **saúde, doença, promoção da saúde, qualidade de vida, atividade física**, tendo em vista os aspectos relacionados aos modelos mentais apresentados pelos alunos.

Iniciando pelo *frame*, **saúde**, perguntei aos alunos qual entendimento que possuíam sobre esse assunto. Importante destacar que em virtude do perfil socioeconômico desse grupo, há um viés ideológico da área da saúde. Esse conhecimento pode ter sido adquirido, por exemplo, pelas mídias, profissionais da saúde em geral, e do PAC-BH. Os discursos são pautados pela perspectiva biomédica e denotam uma característica de culpabilização das pessoas “[...] resultados dos exames bons [...]”, “[...] O que a gente aprende lá na academia, é alimentação [...]”:

É estar com os resultados dos exames bons. Porque se tiver alguma coisa diferente ali, alguma coisa deve tá acontecendo. (CÁSSIA, 53).

O que a gente aprende lá na academia, é alimentação, alimentação adequada. Antes eu não incomodava com isso, hoje não. Por exemplo, hidratação, antes eu bebia pouca água, agora bebo mais. [...] tipo assim, depois de certa idade, a gente não pode descuidar de ir ao médico não. (MÁRIO, 60).

O profissional da saúde como formador de opinião, exerce influência sobre os alunos, ou seja, por meio das informações transmitidas pode criar modelos mentais a respeito de determinado assunto, podendo interferir no comportamento assumido pela pessoa-

população. Essa perspectiva foi investigada por Toledo, Abreu e Lopes (2013). As autoras estimaram a proporção de alunos de um polo do PAC-BH (amostra de 417 participantes) que aderiram a modos saudáveis de vida (alimentação saudável e prática de atividade física) mediante aconselhamento realizado por profissionais de saúde.

Os principais resultados encontrados pelas pesquisadoras demonstram que os processos sociais e psicológicos que permeiam a relação médico-paciente influenciaram mudanças no estilo de vida, como restrições alimentares, abandono do fumo, em somente 25% das pessoas atendidas; apenas 40,8% dos alunos receberam o aconselhamento profissional, dos quais 50,9% apresentaram adesão às informações. Por meio de testes estatísticos, segundo as autoras, constatou-se que a adesão foi associada com a percepção de se ter uma alimentação saudável e a participação em serviço público de promoção da saúde. Ainda conforme essas autoras, uma maior disposição e redução de peso foram referidas como principais benefícios da adesão, enquanto a dificuldade para mudar hábitos e falta de tempo foram as barreiras mais relatadas. As principais conclusões do estudo foram:

A adoção de modos de vida mais saudáveis requer a proposição de estratégias que favoreçam a adesão, bem como a participação dos profissionais na realização do aconselhamento como ação de promoção da saúde que gere maior autonomia e qualidade de vida, sustentado por políticas e programas de promoção da saúde (TOLEDO; ABREU; LOPES, 2013, p. 540).

Enfim, o estudo conduzido por Toledo, Abreu e Lopes (2013) também identificou que 75% das pessoas apresentaram uma resistência à proposta de incorporação dos aconselhamentos feitos pelos profissionais. Em outras palavras, não interiorizaram os modelos mentais difundidos, continuando a priorizar seus próprios modelos mentais individuais e culturais, em detrimento ao conhecimento social dessa categoria. Uma possível explicação para esse fato pode refletir o pensamento elaborado por Espinosa.

Como proposto por esse filósofo, os encontros agradáveis produzidos pelas experiências que se tem no cotidiano tendem a reprodução dessas vivências. Assim, se uma pessoa tem um encontro agradável, por exemplo, em comer um torresmo, ela criará uma representação mental de que deve continuar a fazê-lo, até quando lhe for conveniente, mesmo que seja contrário ao conhecimento social, isto é, à área da saúde, que alega que esse hábito alimentar poderá ser prejudicial à sua saúde. Dessa forma, essa pessoa valoriza mais as próprias experiências e o conhecimento cultural, ou a tradição local, onde essa vivência é comum, ou seja, comer torresmo, mantendo, assim, seus modelos mentais quanto a esse hábito.

Autores como Figueira, Lopes e Modena (2016, p. 86) ao investigarem as barreiras e fatores promotores do consumo de frutas e hortaliças entre usuários do Programa Academia da Saúde em Belo Horizonte, constatou:

As intervenções educativas devem focar a construção de outros sentidos para o consumo que não se restrinjam ao discurso saúde-doença e soluções viáveis que facilitem o consumo de frutas e hortaliças no cotidiano, seja pela proposição de estratégias de aquisição de frutas e hortaliças ou pela ampliação de habilidades culinárias para preparações mais práticas.

Semelhantemente, Silva *et al.* (2013, p. 656) apontam a importância da observância dos aspectos socioculturais e individuais no desenvolvimento de intervenções dos profissionais da saúde, em um polo do PAC-BH, ao relatarem:

Transformar conhecimento científico em mudanças efetivas alimentares é um grande desafio, haja vista o caráter multifatorial do comportamento alimentar. Assim, argumenta-se que o simples fornecimento de informações para aumentar o conhecimento não é suficiente para a mudança comportamental, sendo importante valorizar as dimensões subjetivas e sociais em um processo de troca interpessoal, em que os profissionais auxiliem os indivíduos a desenvolverem a capacidade de enfrentar os problemas, para obter melhores condições de saúde. Essas evidências podem explicar o porquê de nem todos os indivíduos terem mudado seus hábitos alimentares.

As autoras chegaram a essa conclusão após realizar um estudo que teve como objetivo analisar a influência de oficinas/palestras educativas como estratégia de intervenção nutricional, com foco na aquisição de informações em nutrição e na percepção de mudanças de hábitos alimentares. As pesquisadoras inferiram que houve um resultado positivo das intervenções quanto à aquisição de informações em nutrição e mudança de hábitos alimentares. Em outras palavras, houve uma mudança dos modelos mentais apresentados por parte dos alunos quanto aos hábitos alimentares.

Essa nova atitude, segundo Van Dijk, ocorre devido às alterações dos modelos mentais, ou seja, houve interações efetivadas a partir do compartilhamento coletivo de crenças, conhecimentos, normas e valores, que são aceitos pelas pessoas em virtude de suas experiências individuais. Ainda conforme esse autor, as experiências cotidianas, como as ocorridas nas oficinas realizadas, envolvem interações mentais que são construídas, estruturadas e conectadas à linguagem e ao contexto cultural, possibilitando o ato comunicativo. Assim, cria-se uma rede mental que permite uma mobilização cognitiva refletida em um discurso, que por sua vez, pode reformular os modelos mentais, modificando as atitudes e representações sociais.

Por fim, o que se questiona não é a intervenção desses profissionais quanto à divulgação dos cuidados necessários para ter saúde; mas, a reprodução, muitas vezes, somente do modelo biomédico, sem considerar os valores pessoais e socialmente construídos.

Para exemplificar esse fato, retomo o depoimento de uma das alunas entrevistadas:

É estar com os resultados dos exames bons. Por que se tiver alguma coisa diferente ali, alguma coisa deve tá acontecendo. (CÁSSIA, 53).

Esta fala denota a uma influência biomédica, que preconiza uma normatização das funções fisiológica para parametrizar o que é saúde. Canguilhem critica essa perspectiva, e também questiona a definição de saúde a partir unicamente do estado patológico, defendendo a ideia de uma subjetivação da saúde. O autor acredita que o limite entre o normal e o patológico, tendo apenas como referência as médias aritméticas de determinadas funções fisiológicas, torna-se impreciso, se esse for o principal parâmetro para avaliar a saúde. Pois uma pessoa ao apresentar um sintoma de uma doença em um determinado caso, em outro, essa mesma doença poderá não ser entendida como patologia, dependendo do cenário que for utilizado.

Ao concordar com Canguilhem, autores como Czeresnia (2012) e Safatle (2011) relatam que ao categorizar o patológico como um sistema isolado, isto é, considerando somente determinados órgãos e/ou sistemas, não se considera a relação da totalidade indivisível do ser. Esse fato pode ser exemplificado pelo depoimento apresentado por um aluno do PAC-BH, Mário (60). Este revela em seu discurso, uma reprodução de informações adquiridas no referido programa, “O que a gente aprende lá na academia [...]”, comprovando a influência que os profissionais têm na formação dos modelos mentais do público atendido. Tal fato, inclusive, induziu a mudança de comportamento desse aluno ao incorporar hábitos de vida que não tinham em seu cotidiano “[...] antes eu bebia pouca água, agora bebo mais [...]”. Essa mudança de comportamento em decorrência da intervenção profissional também foi percebida em outros estudos (FIGUEIRA; LOPES; MODENA, 2016; SILVA *et al.* 2013; TOLEDO; ABREU; LOPES, 2013).

De forma bem diferente ao discurso biomédico, a aluna Marcela (36) possui um entendimento holístico, de caráter cultural e pessoal, tornando, talvez, a sua vida mais “leve”:

Saúde é você ter uma boa vida, viver bem! É respirar bem, não ter cansaço, boa alimentação, dormir bem; entendeu?

O modelo mental adotado por essa aluna apresenta valores relacionados à autossatisfação, sentimento de autonomia e liberdade, para realizar as tarefas do cotidiano, não se prendendo assim, à ideologia biomédica.

Conforme Van Dijk (2012) é comum haver diferentes modelos mentais quanto a um mesmo tema, pois estão relacionados à subjetivação, e as representações esquemáticas das dimensões pessoais e sociais relevantes em cada modelo de evento, como, por exemplo, contexto social, participantes e ações envolvidas. Tendo em vista que os modelos mentais descrevem as crenças pessoais a respeito de um evento, opiniões e provavelmente as emoções envolvidas, denotam, assim, a base da produção e compreensão do discurso, em especial do seu significado social, ou seja, exerce o controle do modelo de contexto.

Em contrapartida, o entendimento dos alunos sobre a doença não difere em sua essência ao apresentado pelos profissionais do PAC-BH, “[...] agora é a pressão (se refere à hipertensão) [...]”, “[...] É a falta de saúde. [...]”, “[...] Fiz vários exames, e estava tudo bem. Só que você não queria comer, não queria andar [...]”. Identifica-se assim, uma relação entre o conhecimento social e o cultural na construção das representações sociais quanto a essa temática, ou seja, saúde como ausência da doença.

Antigamente eu tive depressão, mas, já curei [...], agora é a pressão (se refere à hipertensão). Mas, me cuidei, tratei. Tá controlada, tá normal. (MÁRIO, 60).

Nossa. É a falta de saúde. Oh, mas, eu acho que tem muitas formas da gente falar sobre a doença. Tem a doença da alma, que prejudica o corpo; a doença da má alimentação, pessoas que estão doentes e não sabem né. Doenças por hábitos que não são saudáveis, por aí vai. Risos. (NILZA, 40).

É a pessoa sentir uma dor e não poder fazer a mesma coisa que um colega faz; por exemplo, você tá doente sentindo uma dor, aquilo de incomoda, você não pode sair, não andar, não pode alimentar direito, não pode participar de nada. Talvez até ficar acamado, então isso é uma doença. (CARLOS, 62).

Eu acho que, que, doença é quando não se quer mais viver. Aí sim, ela tá doente. Eu estava bem, minha sogra quis me levar no médico, estava tudo bem, tudo ótimo, mas eu estava doente. Fiz vários exames, e estava tudo bem. Só que você não queria comer, não queria andar, você não queria, então, assim, se você não tá bem, aí você já tá doente. Você não quer viver, não quer sair na rua, né. Não quer conviver com as pessoas. (PAULA, 38).

Esse entendimento também foi identificado no estudo realizado por Ruas (2016), ao investigar as representações sociais de alunos do PAC-BH sobre o processo saúde-doença. Conforme os achados desse estudo, “As representações acerca da saúde têm forte teor dos discursos dos serviços de saúde. A boa/adequada alimentação, dormir bem e fazer exercícios físicos têm centralidade nas representações de saúde.” (RUAS, 2016, p. 65). Considerando esse achado, segundo a autora, há “[...] a existência de padrões de atitudes impostas como a

norma necessária para ser saudável, corroborando com outros estudos, em que fica evidente a força das questões normativas provenientes dos serviços de saúde pública”. Portanto, o conhecimento social da área da saúde procura influenciar determinados comportamentos, visando um controle social; nesse caso, o de um estilo de vida idealizado como saudável. Esse intuito é alcançado em determinada parcela da população que acaba incorporando essa representação mental.

Contudo, há depoimentos, por exemplo, Maria (68), que denota uma perspectiva fenomenológica da saúde, extrapolando a hegemônica. Essa aluna apresenta entendimento semelhante ao P3.

Nem sei ti falar direito, porque às vezes você pode ter um tanto de coisa, um tanto de doença, mas se você lutar contra essas coisas, você vive bem! Doença é ficar lá acamado, antes disso tá tudo bem! Doente, doente mesmo, é quando tá acamado. [...] quando agente tá conseguindo andar, fazer as coisas sozinha, tá muito bom, teve uma época em minha vida que não conseguia nem ir ao médico sozinha. (MARIA, 68).

[...] Doença é quando alguma dessas vertentes não está legal. (Obs.: refere às dimensões da saúde) [...] **Então saúde é ausência de doença?** Não. Não. De jeito nenhum. Saúde é o equilíbrio, equilíbrio pra melhor. Vamos supor: Uma pessoa hipertensa, leve, toma as medicações dela, mas tá super controlado; pra mim é uma pessoa saudável, mesmo que ela seja portadora de hipertensão arterial. Pra mim, saúde não é ausência de doença. [...] Não necessariamente quem é portador de doença, não seja saudável. Às vezes o contrário. Eu não tenho doença nenhuma, pode ser que eu não seja saudável. Não necessariamente [...]. (P3).

Tanto para a aluna, detentora do conhecimento cultural, quanto para o profissional, detentor do conhecimento social específico da saúde, apresentam uma percepção subjetiva sobre a saúde-doença, ou seja, se uma pessoa reconhecer que tem uma doença, mas, no entanto, isso não a incapacita a ter uma vida normal, ela pode não se considerar doente, mas, saudável. Essa perspectiva também foi identificada no trabalho de Ruas (2016).

Isso nos remete novamente à objetivação e à subjetivação da saúde (ALMEIDA FILHO, 2002), bem como ao questionamento feito por Canguilhem (2009) ao discordar de que alterações fisiológicas devam ser as únicas, ou prioritárias, variáveis consideradas para se classificar a doença ou a saúde.

Contrapondo ao conhecimento social hegemônico, o conhecimento cultural e pessoal, como o de Nietzsche (s.d), propõe a elaboração de modelos mentais partindo das experiências individuais e coletivas. Por exemplo, ao discutir sobre a “grande saúde”, esse filósofo, entende que a doença está vinculada também ao que ele categorizou como perda da vontade de potência. Esta se dá quando a pessoa identifica que os sinais dados pelo corpo induzem a um desgaste das forças tanto físicas quanto psicológicas, “roubando” da pessoa o

desejo de uma autossuperação; como bem relatado pela aluna Maria (68). Espinosa (s.d) apresenta essa mesma perspectiva quanto à perda da potência. Quando isso ocorre, a pessoa poderá abdicar da busca pelos afetos apaixonantes que a motivaria a aumentar a sua potência de vida.

No entanto, se a pessoa não se “entrega” à objetivação da doença, mas, mantém uma potência da vida elevada, ou seja, prevalece o sentido da vontade de viver, isso pode influenciar favorável e positivamente para a superação das possíveis dificuldades e desconfortos que a doença possa sujeitá-la. Em outras palavras, ela subjetiva a doença, potencializando a vontade de viver.

Por inferência e associação entre as propostas dos filósofos, Nietzsche e Espinosa, e de acordo com o modelo cognitivo de Van Dijk (1986), entendo que a pessoa cria um modelo mental que suprime, ou não atribui maior relevância às alterações clínicas percebidas, embora sejam condizentes com o conhecimento social e o cultural quanto à doença. Entretanto, para se “proteger” e superar as adversidades causadas pela doença, ela busca manter uma potência da vida elevada, de forma a ajudá-la a viver, e vencer as adversidades enfrentadas. Parece ser isso o que acontece com a aluna MARIA (68) que possui diversas doenças, mas luta para vencê-las.

Considerando os discursos analisados, identifica-se a existência da incorporação de um discurso biomédico, como também apontado por Ruas (2016). Todavia, encontra-se também certa resistência em aceitar plenamente tal discurso. Este como prática social dinâmica e transversal, também é caracterizado por uma disputa de poder entre os membros da sociedade, ou seja, os usuários da língua podem ressignificar o conhecimento atribuído a determinado discurso, estabelecendo inclusive um paradoxo entre essas modalidades de conhecimentos, cultural e social.

Um grupo social pode propor compreender a saúde como *holos*, em uma perspectiva indivisível do ser humano, priorizando ações que não se limitam à promoção da saúde, mas, centradas na promoção da vida em sua totalidade (CZERESNIA, 2012). Dessa forma, tendo em mente os pensamentos de Espinosa e Nietzsche, as experiências vivenciadas influenciam a potência da vida, que por sua vez podem também interferir na subjetivação da doença, e em como cada pessoa cria seus modelos mentais para estabelecer seus hábitos cotidianos.

Assim, falar em saúde é vinculá-la intrínseca e individualmente à vida. Por isso, ela se torna um constructo complexo, multifatorial e transversal. Dessa forma, é coerente a proposta apresentada pela Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1988), e também por

Buss (2000), ao relacionar a saúde aos determinantes sociais como as condições de vida proporcionadas à pessoa pela sociedade (infraestrutura sanitária, acesso aos serviços de atendimento à saúde, moradia, escolarização, renda, dentre outros aspectos), os fatores ambientais (poluição, clima, acesso a espaços e equipamentos de lazer) e comportamentais (estilo de vida). Segundo Buss:

Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida "vívida", ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas (BUSS, 2000, p.174).

Todavia, ainda que de forma restrita, é importante ressaltar que as ações desenvolvidas pelo PAC-BH têm contribuído para a melhoria parcial da saúde dos alunos. Essa percepção também foi identificada por outros estudos que investigaram esse programa (RUAS, 2016; LARA SILVA *et al.* 2014).

Neste trabalho houve uma unanimidade por parte dos entrevistados em dizer que observaram melhoras quanto ao aspecto físico, social e psicológico, após terem entrado no programa. Alguns alunos também reconhecem o investimento governamental, realizado com a implantação desse programa:

Eu acho que sim. Uma das coisas boas que o governo criou pra gente foi isso aqui. (LUCIANA, 55).

Boa. As dores sumiram, a minha glicose está mais controlada, o sistema nervoso parece que controlou mais. (TALES, 54).

Ajudou, ajudou muito, redução do cansaço, melhorou a disposição, fica mais tranquila, mais calma (MARIA, 68).

Assim, o governo municipal desenvolve de forma específica e eficaz algumas diretrizes propostas pela Carta de Ottawa, como a criação de políticas públicas saudáveis, estabelecimentos de ambientes saudáveis, empoderamento da população. Todavia, ainda é ineficiente e ineficaz quanto ao atendimento e à integralização do sistema de saúde à população. Esse fato é percebido pelos depoimentos apresentados pelos alunos ao abordarem sobre esse último tópico, por exemplo:

Melhorar o atendimento nos postos de saúde (MÁRIO, 60).

Eu acho que deveria ter mais médico (se referindo ao posto de saúde), remédio, vacina [...] e eu não acho que a prefeitura não tem condição de ter esse remédio não. (REGINA, 60).

Tem que melhorar o posto de saúde, tem que fazer hospitais, né? Um tanto de coisa. (RICARDO, 64).

Nos exemplos citados, percebe-se que há uma representação social associando diretamente a intervenção do poder público à assistência médica de qualidade oferecida à população. Os dados demonstram um silenciamento do discurso, ou desconhecimento, quanto aos fatores determinantes sociais que influenciam diretamente na promoção da saúde. Infiro nesse caso que a construção da memória episódica é influenciada pela criação de modelos mentais propagados pela ideologia biomédica ao enfatizar as representações sociais relacionadas à adesão de um estilo de vida saudável.

Essa característica não foi diferente à encontrada nos discursos dos alunos quando perguntado sobre o entendimento que tinham sobre a qualidade de vida, “[...] que é buscar, éeee, a gente tá bem. Aí tem a ginástica, a alimentação, estar bem com as pessoas, é a gente se sentir bem [...]”, “Quem sou eu pra ter uma boa qualidade de vida. Mas, no dia a dia, é ter uma boa alimentação [...]”:

Qualidade de vida, o que eu acho [...] que é buscar, éeee, a gente tá bem. Aí tem a ginástica a alimentação, estar bem com as pessoas, é a gente se sentir bem. **O que é sentir bem?** É a gente tá bem com a gente mesmo em primeiro lugar; até brinco com as minha menina, que as vezes tá tudo bem e a gente tá insatisfeito. (PAULA, 38).

Quem sou eu pra ter uma boa qualidade de vida. Mas, no dia a dia, é ter uma boa alimentação [...], mas sempre a gente põe em prática, acho que é isso. No cassô, é o exercício mesmo, fazer todo dia. (MÁRIO, 60).

Identifica-se nos depoimentos a necessidade de se ter um estilo de vida saudável, por meio da vivência da atividade física e de uma alimentação adequada para ter uma boa qualidade de vida. Esta percepção também foi identificada no estudo conduzido por Ruas (2016).

A representação social criada para esse construto, muitas vezes “vendida” pelos meios de comunicação, vincula-a como algo inalcançável e utópica, como percebido por Mário (60), “Quem sou eu pra ter uma boa qualidade de vida.” Assim, ele se contenta com a qualidade de vida que lhe é possível, que é “inferior” ao que considera como sendo a idealizada.

No entanto, em alguns depoimentos são perceptíveis visões mais “leves” para se conseguir esse construto. Conforme o conhecimento cultural, isso é possível quando a pessoa souber “levar a vida”, contentando-se com uma “vida simples”. Todavia, tendo uma vida digna, bons relacionamentos sociais, fazendo o que gosta. Essa percepção está presente nos depoimentos das pessoas com menos escolaridade e de maior idade. Talvez, por ser de outra geração, que atribuía mais valor às pessoas do que às coisas, ao “ser” do que ao “ter”:

Pra mim, é você está no meio das pessoas que a gente gosta, ter o suficiente pra gente viver uma vida, não digo bem, mas tranquila, né. Não ter falta de nada, é tá no meio das pessoas que eu gosto, morar num lugar que me sinto bem; pra mim isso é qualidade de vida. Trabalhar naquilo que eu gosto né. Gosto de ser costureira. (LUCIANA, 55).

Essa distinção é apontada por alguns autores (MARTINS; TASSIGNY; SANTOS, 2013c; PINHEIRO; RHODEN; MARTINS, 2010) ao discutirem sobre a sociedade hipermoderna que induz a um consumismo exacerbado. Este se dá inclusive ao se estabelecer um padrão de estilo de vida – por exemplo, alimentar e a prática de exercícios físicos – focado no prazer e emoções produzidas pelo corpo. Para os autores, essa sociedade é fruto do projeto de modernidade. Portanto, a incorporação dessa representação social atravessa o conhecimento social há mais de dois séculos, reforçando ideologicamente a formação da memória episódica.

Pelo depoimento de Luciana (55), percebe-se o quanto o conhecimento cultural pode se diferir do conhecimento social na formação dos modelos mentais. Pelo fato de pessoas “menos estudadas” não terem recebido em sua educação formal, uma carga ideológica pelo sistema educacional, que pode reproduzir acriticamente determinados conhecimentos sociais, contribuindo, assim, para criar uma resistência a determinadas ideologias. Dessa forma, prevalece uma representação cultural e individualmente construída para ter uma boa qualidade de vida em detrimento da ideologia hegemônica.

As pessoas que pensam de forma distinta a esse discurso biomédico, destacam, sobretudo, as relações humanas, fazer e manter amizades, e saber viver a vida, para ter uma boa qualidade de vida. Portanto, recuperam um conhecimento de base cultural. Esse pensamento pode ser remetido à proposta de Espinosa, que o foco da vida na busca pelas paixões que cativa cada um, nas relações afetivas, na busca do *Conatus*. Isto manteria elevada a potência individual rompendo com os obstáculos que a própria vida coloca.

Esses obstáculos, como dito por Nietzsche, possibilitam a descobrir o melhor de cada um, uma autossuperação, e vencer os desafios que são enfrentados diariamente. Mas, nem por isso, pode-se esquecer da obrigação do Estado em cumprir a sua parte em acabar com a iniquidade social. Assim, todos os atores sociais e o Estado, devem desempenhar seus respectivos papéis de forma sinérgica.

Todavia, não é esse discurso apresentado pelo *corpus* analisado: **“Para quem deseja melhor qualidade de vida sem gastos financeiros, as Academias da Cidade em Belo Horizonte são boas opções”**. O texto destaca que “[...] sem gastos financeiros [...]”, pode-se entender que há uma associação entre a melhoria da qualidade de vida com nenhum

gasto financeiro e a participação no PAC-BH. Assim, o modelo mental que se propõe é que o governo está ofertando a possibilidade de melhorar a qualidade de vida, ao disponibilizar tão somente à população esse programa. Aqui se observa novamente o silenciamento do discurso governamental ao não relacionar a necessidade da existência dos determinantes sociais para obter esse construto.

Outra conotação possível a ser feita em relação ao fator financeiro apresentado no texto, é que o poder público, por meio dessa proposta visa alcançar, sobretudo, a população de baixo nível socioeconômico, como também apontado em alguns trabalhos (RUAS, 2016; FIGUEIRA; LOPES; MODENA, 2016; LARA SILVA, *et al.* 2014; LAS CASAS *et al.* 2014; SILVA *et al.* 2013; TOLEDO; ABREU; LOPES, 2013). Pois esse público não teria condições de arcar com despesas para conseguir uma melhor qualidade de vida. Essa característica foi observada em alguns depoimentos dos entrevistados:

Alimentar bem. Mas quem tem condições de se alimentar igual eles falam na televisão? Só rico. [...] Tem que fazer exercício físico, caminhar [...] a médica falou que tem que caminhar. (VANDO, 66).

As minhas dores, o meu excesso de peso, toda vida eu fui preguiçosa pra exercício mesmo, né. Então abriu a academia aqui, pertinho de casa, né. Não paga, é, às vezes a condição financeira também, né, academia é cara. E aqui assim, de graça, perto de casa, então. Risos. Ajudou-me bastante, né. (LUCIANA, 55).

É muito importante. Ajuda muito a comunidade. Olha, se todas as pessoas tivessem condição de pagar uma academia, pra fazer uma atividade física, é bom. Mas, num são todos que tem condições. (TALES, 54).

O depoimento do primeiro aluno traz à tona um paradoxo colocado pelo discurso apresentado na proposta no *corpus*. Ora, se a qualidade de vida envolve uma boa alimentação, e como dito por Vando (66), quantas pessoas desse público que frequenta o programa tem condições de ter uma alimentação adequada como propagado pelas mídias? Esse fato é constatado pelo estudo de Figueira, Lopes e Modena (2016) ao investigarem sobre as barreiras e fatores promotores do consumo de frutas e hortaliças entre usuários do Programa Academia da Saúde. Portanto, para alcançar esse construto social, é impossível não gastar dinheiro, como apregoado pelo texto ao tentar criar essa representação mental.

Esse discurso de inclusão social pelo poder público, também pode representar outra perspectiva. Devido ao fato da população de baixo nível socioeconômico não ter condições de pagar uma academia comercial para fazer exercícios físicos, como identificado neste trabalho, e também em outros (RUAS, 2016; LARA SILVA, *et al.* 2014), isso interfere nos altos índices de adoecimento por DCNT.

Por fim, esse discurso sugere que em Belo Horizonte o poder público oferece por meio do referido programa uma possibilidade da população de menor nível socioeconômico de melhorar a qualidade de vida, simplesmente realizando exercícios físicos.

Entretanto, embora a principal população beneficiada apresente baixo nível escolaridade, alguns estão atentos à estratégia política e ideológica adotada pelo governo, como, por exemplo, a declaração dada por uma aluna:

[...] Você fazendo atividade física, você diminui a dosagem de remédio. Tem até gente que falou que parou de tomar certo tipo de remédio depois que entrou na academia. Então, é benefício até para governo que para de gastar dinheiro com remédio que não tá tendo (sic, risos). Mas, assim, gasta por um lado com academia, paga funcionário, mas o benefício para governo lá na frente é melhor. É uma ótima ideia ter colocado essa academia da cidade. (MARCELA, 36).

Quanto ao objetivo de praticar uma atividade física como a oferecida pelo PAC-BH, os alunos apresentaram em sua maioria uma perspectiva utilitarista (RUAS, 2016; LARA SILVA, *et al.* 2014), ou seja, entendendo-a como meio para se alcançar determinado fim, nesse caso, a saúde. Fato que remete à reprodução do discurso biomédico, como o proposto por Toledo, Abreu e Lopes (2013), e também defendido pelo poder público, como pode ser observado em diversos depoimentos:

Diminuir o cansaço e as dores para conseguir fazer as coisas. (MARIA, 68).

Ah. Foi o problema de coluna; eu comecei a caminhar, eu não gostei de caminhar não. (REGINA, 60).

Eu penso igual eu falei: o que quê eu tenho que fazer pra melhorar a minha saúde? Aí eu pensei: eu tenho que fazer uma atividade física; então foi isso. (RICARDO, 64).

Autores como Bacheladenski e Matiello Júnior (2011), Palma e Vilaça (2010), Bagrichevsky, Palma e Estevão (2007, 2006, 2003), Carvalho (2001) dentre outros, discutem criticamente esse discurso casuístico e linear entre a vivência da atividade física e saúde. Em outras palavras, o que é criticado é a reprodução ideológica e hegemônica do conhecimento social, pautado na perspectiva biomédica, em criar uma representação social que elabora modelos mentais de contexto que podem influenciar a memória episódica e cultural, com o intuito de modificar o comportamento e, instaurar um controle social.

Todavia, não se nega os possíveis efeitos benéficos proporcionados por essa vivência ao ser humano; tão pouco os malefícios de determinados “hábitos não saudáveis” cotidianos. Contudo, o que é questionado é o uso ideológico indiscriminado da atividade física como meio de “medicalização” para determinadas doenças.

Por outro lado, quase não se discute os efeitos negativos dessa vivência, como as inúmeras lesões osteomusculares – como as ocorridas inclusive durante nas aulas no PAC-BH, conforme depoimentos dos entrevistados; ou que também incidem no absenteísmo, devido aos famosos “atletas de fim de semana” –, o uso de anabolizantes tanto em atletas quanto no meio do *fitness*; o *bullying* por meio dos estereótipos sociais; a vigorexia, dentre outros aspectos que estão direta ou indiretamente relacionados ao uso ideológico e mercadológico a essa vivência.

Portanto, refletir sobre o discurso, “atividade física é saúde” ou “atividade física é qualidade de vida”, por si só, é fechar os olhos, e agir como “inocente” para uma realidade complexa, multifatorial e transversal para alcançar esses atributos tão caros ao ser humano. Assim, apregoar que a atividade física é um dos componentes para obter esses atributos pretendidos, não é equivocado, pelo contrário. Mas, associá-la como causa linear e suficiente, *per si*, é questionável.

O discurso utilitarista da atividade física, embora já esteja enraizado no conhecimento cultural, é reforçado desde a mais tenra idade. Talvez, os primeiros contatos com essa abordagem na contemporaneidade se dão pelas mídias; nas aulas de esportes especializados como natação, balé, futebol, dentre outros; nas aulas de Educação Física escolar⁷⁴.

O inculcar desse discurso ao longo dos anos escolares, associado ao apelo midiático (ALBINO; HAMMES; VAZ, 2011; GOETZ *et al.* 2008; SERRA; SANTOS; 2003; CASTRO, 2001) é favorável à criação de um modelo mental que estabeleça essa perspectiva de uma linearidade e casuística entre atividade física e saúde. Isso não é nenhuma novidade. Desde Platão é incentivado a vivência de exercícios físicos à formação infantil.

Avançando alguns séculos, indo para a modernidade, os métodos ginásticos europeus (alemão, sueco, austríaco, francês, dentre outros) estavam enraizados nas escolas, doutrinando e disciplinando os corpos. Não menos importante, é lembrar a influência do modelo esportivo inglês e o ressurgimento dos Jogos Olímpicos da era moderna que propagaram seus valores ao longo do século XX.

O que pretendo ao apontar essas questões é destacar que há culturalmente um discurso da atividade física como componente utilitarista, higiênico, eugenista, profilático, político, disciplinador. Enfim, as pessoas em sua maioria, quase nunca foram incentivadas a

⁷⁴ Esta discussão já foi contemplada por diversos autores, portanto, não me aterei à mesma. Para maior entendimento consultar os trabalhos de Gomes (2008), Silva (2004), Carvalho (2001), Ferreira (2001).

fazer a atividade física pelo simples fato de desfrutar de sua satisfação, um autotelismo (CUENCA, 2000).

Como dito, endosso a proposta de promover a atividade física humanizada como alternativa para minimizar o discurso utilitarista. Digo minimizar, pois seria irreal acreditar que o forte discurso hegemônico deixaria de sê-lo. Mas, como discutido por Van Dijk, há sempre uma contra resistência ao poder.

Aceitar essa realidade não é abdicar da busca pelos ideais tão caros a cada um que se posiciona distintamente a esse cenário; mas, é acreditar em desenvolver uma representação social incentivando a construção de modelos mentais distintos ao hegemônico. Assim, promover a vivência da atividade física humanizada no campo da saúde é buscar desvincular a abordagem utilitarista e ideológica da vivência da atividade física como mera prática de saúde. Portanto, é promover um discurso que incentive as pessoas a buscarem um sentido na vivência da atividade física, os encontros agradáveis, potencializando o desfrutar de experiências ímpares.

Enfim, considerando a análise deste objetivo específico, realizado por meio da abordagem sociocognitiva, identifiquei que os modelos mentais de discurso não são categorias fixas, dadas a *priori*, mas que se (re)constroem no interior da própria prática discursiva.

Com o intuito de observar a manifestação dessas práticas sociais e ideológicas no discurso, compreendendo como, por exemplo, as mídias e o conhecimento social constroem e estabilizam essa vivência, procurei explorar as relações existentes entre o contexto social e a formação das memórias semântica e episódica, relacionando à vivência da atividade física, saúde, promoção da saúde e qualidade de vida.

A adoção da ACD permitiu observar que os processos linguístico-discursivos são responsáveis pela produção social de discursos que elaboram representações sociais, por exemplo, de um estilo de vida idealizado como saudável. Tais modelos se expressam por meio de categorias que são objeto de intervenções sociais na disputa por formas hegemônicas na formação de um discurso de legitimação, naturalização e até uma banalização da vivência da atividade física.

Assim, o discurso biomédico ao buscar o controle social quanto à saúde, acaba por naturalizar a proposta de um estilo de vida idealizado como saudável, gerando formas sofisticadas de ocultação da responsabilidade do poder público em promover condições dignas de vida à população. Para tanto, são usadas estratégias que enfatizam visões unilaterais

e de culpabilização das pessoas; não havendo, na maioria das vezes, espaços para a contestação desse discurso.

Com o objetivo de silenciar quaisquer contestações, é ocultado não só a voz do outro, como também a criação de uma ampla e complexa rede de relações sociais em âmbito internacional por meio do conhecimento social positivista reproduzido. O intuito pode ser estabelecer visões simplistas que buscam a naturalização dos sistemas de significação das representações sociais analisadas. Por exemplo, essa representação social da atividade física estereotipada, pôde ser identificada por meio das observações feitas de algumas aulas realizadas no PAC-BH, como demonstro na próxima seção.

8.6 Análise das aulas observadas

Entendo que as observações das aulas contribuíram para uma compreensão das respostas obtidas durante as entrevistas. O que por sua vez, elucidou a análise dos objetivos anteriormente discutidos. A análise realizada se restringe às aulas observadas, portanto, não podendo ser generalizada aos demais conteúdos que são adotados ao longo do ano, conforme o planejamento elaborado pelos profissionais.

Nesta seção faço a descrição de duas aulas observadas em uma única turma – pois o conteúdo da aula é exatamente o mesmo para todas as turmas –, uma para cada modalidade de aula, a saber, “uma motivacional” e outra de “carga”. Ressalto que ao longo de duas semanas foram observadas 12 aulas ao total; sendo distribuídas em quatro turmas distintas, e em cada turma, três aulas. A escolha dessas modalidades de aula não foi intencional; porém, coincidiu com a fase da coleta de dados de campo desta pesquisa.

Tendo em vista que o público que frequenta o programa, em sua maioria apresenta o perfil de pessoas acima de 45 anos, portadoras de DCNT em diferentes níveis de acometimento, e até mesmo, múltiplas doenças (RUAS, 2016; FIGUEIRA; LOPES; MODENA, 2016; LAS CASAS *et al.* 2014; LARA SILVA *et al.* 2014; SILVA *et al.* 2013; TOLEDO; ABREU; LOPES, 2013), realizo uma discussão a respeito da adoção de movimentos característicos à área do *fitness*. Essa relação se dá em virtude da compreensão da representação social da atividade física como saúde.

Esse programa, PAC-BH, é entendido como uma importante estratégia difundida pela Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2011), também é visto como uma extensão da atenção primária da saúde. No entanto, a tese defendida neste trabalho é que os

PGAF devam incorporar a perspectiva da atividade física humanizada, dando-lhe sentido semelhante ao proposto pelas experiências de ócio.

Como apresentado em capítulo anterior, entendo que a atividade física, normalmente, desenvolvida de forma estereotipada, com enfoque na eficácia, isto é, na melhora dos parâmetros clínicos da saúde, traz um sentido de “coisificação” da sua vivência e da pessoa que a realiza. O foco se concentra em movimentos mecanicistas que desencadearão reações, previamente planejadas por um cientificismo, sobre a “máquina humana”. O que advogo é o resgate da humanização do homem, devolvendo-lhe o sentido e o desfrutar de suas ações.

O desenvolvimento da proposta das experiências de ócio na promoção da vivência da atividade física pode atribuir-lhe um novo sentido, despertando o autotelismo como primazia, ao invés de tão somente de um utilitarismo. É sabido que as pessoas podem apresentar motivos distintos para realizar as práticas sociais. Portanto, não se trata de criar uma uniformização das ações, pelo contrário, as individualidades devem ser respeitadas, como bem defendidas pela proposta do ócio humanista.

O que é trazido à discussão propriamente dito, é o como, a concepção por detrás da vivência. Cada pessoa pode chegar à vivência da atividade física com motivos diferentes, contudo, pode chegar a um mesmo resultado, a satisfação, o encontro consigo. Todavia, o que distinguirá essa vivência são os valores que lhe são permeados. Estes valores poderão reforçar o discurso hegemônico da contemporaneidade – do imediatismo, do consumismo, do tempo acelerado, da excitação das vivências, do superficial – ou apresentar novas perspectivas que procurem rompê-los – a autodescoberta, autossuperação, o parar, o escutar, o descobrir o outro (FRANCILEUDO; MARTINS, 2016).

Assim, a vivência da atividade física, entendida como fenômeno psicossocial, também deve contribuir para a formação humana. Para tanto, é necessário considerar o seu caráter fenomenológico como manifestação subjetiva, individual e coletivamente, seus aspectos culturais e históricos.

A adoção de uma atividade física humanizada imbricada pelas experiências de ócio contempla as múltiplas dimensões que essa vivência apresenta, pedagógica-formativa, entretenimento-diversão, descanso-recuperação psicofisiológica, estética-profilática, social-cultural, introspecção-excitação. Enfim, não se trata de negar nenhuma dessas possibilidades, mas ir além delas. É promover o gosto em realizá-la pelo simples fato de se sentir bem ao fazê-la, é o autotelismo (CUENCA, 2000). É a experiência que “nos passa”, e não “o que nos passa” (LARROSA, 2002).

8.6.1 Aula motivacional – ginástica aeróbica

No dia 11 de janeiro cheguei ao polo às 7:30 horas, assim, pude observar vários alunos que se encontravam reunidos sentados à mesa próxima ao salão das aulas, ou em pé, esperando o início do seu horário. Eram pessoas de ambos os sexos e de diferentes idades, predominantemente, acima de 40 anos, que conversavam de maneira bem amistosa e descontraída. Havia pequenos grupos, formados por duas ou três pessoas, e um grupo maior ao redor da mesa. Mantive certa distância para não atrapalhar a dinâmica das conversas, pois como era o meu primeiro dia, sendo um “estranho ao grupo”, não queria levantar qualquer tipo de “desconfiança”.

No exato horário de se começar a aula, o profissional se dirigiu ao grupo, chamando-o para entrar no salão. Este cumprimentou cordialmente a todos os alunos, fez a chamada nominalmente e, orientou-os a pegarem os crachás de identificação conforme o estado de condicionamento físico e tipo de patologia que possuem, e a irem caminhar na calçada que rodeia o polo. Essa atividade teve a supervisão de um estagiário de Educação Física – este é aluno do 7º período de um curso de licenciatura em Educação Física, estando no programa já há dois anos.

As pessoas caminhavam em pequenos grupos, em média entre dois ou três alunos, alguns individualmente. No primeiro caso, os alunos mantinham um ritmo de caminhada aparentemente de lento à moderado – segundo a minha percepção –, mantinham uma conversa ativa com os companheiros. Os que faziam a atividade sozinhos, empregavam um ritmo mais intenso; alguns até davam pequenos “piques” ou “trotavam”, isto é, corriam trechos curtos com intensidade cadenciada. O lugar onde a caminhada é realizada é “calmo” – com pouca movimentação de carros – e agradável, com algumas árvores distribuídas pela calçada. Alguns alunos faziam a caminhada na parte interna da praça, que é plana. Durante essa atividade não foi estipulado nenhum ritmo ou sentido para que a fizesse. Assim, cada um fazia conforme lhe convinha, inclusive o sentido – haviam pessoas caminhando no sentido “horário” e outros no “anti-horário”. No entanto, o profissional chamou a atenção de alguns alunos que estavam muito aquém do que ele considerava como um ritmo adequado de caminhada, ou que estavam paradas conversando.

Nesse período da caminhada o profissional foi preencher uma planilha de acompanhamento dos alunos nas aulas, bem como fazer algumas ligações para alguns alunos que não estavam frequentes nas últimas aulas.

Terminado o tempo da caminhada, o profissional chamou todos os alunos para dentro do salão, para iniciar a aula coletiva. Ao adentrarem, o profissional ia solicitando que bebessem água e se distribuíssem pelo espaço em fileiras, conforme lhes pareciam melhor. Os alunos eram instruídos a observarem o “seu espaço adequado”, considerando a amplitude dos braços abertos, de modo a não ficarem muito perto dos companheiros. Durante esse período os alunos estavam bastante eufóricos, conversando entusiasticamente entre eles, a tal ponto que o profissional teve que chamar a atenção pelo excesso de conversa.

Enquanto as pessoas encontravam o “seu espaço”, o profissional explicava o tipo de aula que iria ser ministrada, pois se tratava de um novo planejamento, sendo que alguns ainda não tinham participado anteriormente. A turma foi instruída a se dividirem em A e B; essa já é uma rotina nas aulas. Nesse horário especificamente, só tinha um homem que aparentava ter aproximadamente 50 anos; na aula tinha aproximadamente 30 alunos ao total.

Alcançada a devida organização dos alunos, o profissional colocou uma música “agitada” – em inglês – para iniciar a sequência de exercícios. O profissional se posiciona de frente para a turma na parte central do salão, de costas para a entrada do mesmo; enquanto que o estagiário fica de um lado do salão. Inicia-se a aula sem exercícios de alongamento, mas apenas de “aquecimento”, isto é, exercícios de baixa intensidade e de simples execução, usando movimentos dos membros inferiores, com pequeno deslocamento lateral, “abrindo e fechando” as pernas em movimentos ritmados à música. O profissional mantém uma comunicação o tempo todo com a turma, orientando a execução dos movimentos.

Enquanto demonstra os exercícios, fazendo-os juntamente com os alunos, vai passando informações sobre a sua correta realização, como amplitude de movimento, sentido, ritmo e postura. Para chamar a atenção dos alunos, usa o termo, “moçada” – “vamos lá moçada”; “isso moçada” – denotando uma representação de jovialidade entre os alunos, embora em sua maioria seja composta por pessoas acima de 50 anos. O estagiário também realiza a aula, servindo como referência, “espelho”, aos alunos; às vezes sai do lugar para orientar algum aluno com dificuldade no exercício, por exemplo, quanto à lateralidade e/ou coordenação motora.

Com o passar do tempo, o ritmo da aula aumenta; introduz-se uma sequência de exercícios mais intensos e complexos, exigindo uma maior concentração, e coordenação motora dos alunos. Era preciso manter o ritmo associado com um deslocamento para frente e para trás. Posteriormente, foi incorporado a essa sequência, outra com deslocamento lateral, bem como o uso dos membros superiores e a introdução de palmas em determinados momentos da sequência. Muitos alunos apresentavam dificuldades em acompanhar a

sequência, pois se tratava, como já dito, de uma “aula nova”. Portanto, havia um estranhamento quanto ao que era para ser realizado – considerando a proposta da área da Aprendizagem Motora, trata-se da fase cognitiva, caracterizada por vários erros na execução dos movimentos. Destaco a aparente restrição do repertório motor dessas pessoas, que deveria ter sido adquirido durante a infância e anos iniciais da adolescência.

O profissional para incentivar a turma, assobiava e “gritava, huuuh, vamos moçada!”, e também introduzia uma contagem ritmada que a turma tinha que repetir, do tipo, “1,2,3 vira”, quando tinha que mudar o sentido do deslocamento. Alguns alunos repetiam a atitude do profissional, dando “gritos”. Em determinados momentos, o profissional, pede ao estagiário para corrigir alguns alunos. Quando tinha que se dirigir verbalmente a algum aluno em específico, o profissional, o fazia citando o nome da pessoa, demonstrando assim, conhecer a todos individualmente.

Com o passar da aula, percebe-se o cansaço da maioria dos alunos, em virtude do ritmo dos exercícios, bem como da complexidade da sequência em relação à sua capacidade coordenativa, o que exige mais dos alunos. Notei que para a maioria dos alunos, em detrimento da associação do cansaço e dificuldade encontrada para realizar a sequência de exercícios, se preocupavam apenas em tentar repetir os movimentos passados, sem, contudo, fazer os movimentos corretos.

Pelo semblante desses alunos, era visível o sentimento, “não sei o que estou fazendo: se vou para lá, ou se para cá”. Embora, com toda a dificuldade, também é identificada uma grande dedicação e empenho para poder acompanhar da melhor forma possível as orientações dadas.

Identificando essas dificuldades, o profissional orienta a turma a fazer os exercícios conforma a capacidade individual. É introduzida uma pausa ativa para beber água, isto é, o profissional pede para os alunos “marcharem”, e respirar fundo. Nessa hora, vários alunos dizem que estão “mortos”; estão ofegantes, suados – enxugam o rosto com uma toalha –, mas percebe-se um sentimento de alegria e orgulho pela superação em tentar fazer o melhor, em acompanhar a aula.

Em seguida, reinicia-se sequência da aula, acrescentando mais movimentos à série de exercícios. O profissional pergunta “tem alguém cansado aí?”, e incentiva uma maior participação dos alunos para “gritarem” e se soltarem. Orienta verbalmente, o tempo todo, enquanto executa os exercícios. Introduce um novo elemento com a realização de palmas e gritos. Os exercícios requerem o deslocamento lateral associados com afastamento lateral das pernas e elevação dos braços, ritmados com a música. Terminada a sequência programada, o

profissional pede para os alunos reduzirem o ritmo, orienta a “marchar no lugar”, respirando fundo; por fim, fazem alguns exercícios de alongamento.

Depois, pede aos alunos para beberem água e ir se dirigindo ao centro do salão, fazendo uma roda. Os alunos se achegam ao centro e dão as mãos. Isso é uma rotina realizada para divulgar alguns recados. O profissional pergunta se todos passaram bem o fim de semana. Faz um elogio a alguns alunos pela frequência no mês passado, dando uma “estrelinha de papel laminado dourada” aos mesmos. Dá alguns recados, e pergunta se alguém também teria algum. Como ninguém se manifesta, orienta a todos a contarem até três para dar um “bom dia, bem animado e forte!” e, encerra com uma salva de palmas. Em seguida, agradece a todos pela presença e parabeniza pelo empenho na aula; ao mesmo tempo, convida a todos para estarem novamente na próxima aula. Também solicita que os alunos guardem os crachás de identificação.

Findada a aula, alguns alunos saem com “brilho nos olhos”, alegres e sorrindo, comentando sobre a aula, que consideraram como “puxada”; outros saem em silêncio, como se tivessem o sentimento de “obrigação cumprida”. O que não quer dizer que não gostaram da aula. Mas, não expressaram um sentimento de alegria exterior. Alguns alunos saem conversando do salão e vão embora juntos; outros vão sozinhos.

8.6.2 Aula de carga – ginástica localizada

No dia 13 de janeiro cheguei ao polo com 30 minutos de antecedência para poder observar a rotina dos alunos. Contudo, o dia estava chuvoso, embora, naquele instante não estivesse chovendo, mas bastante “nebuloso”. Dessa forma, havia poucos alunos que chegaram mais cedo ao polo para ficar conversando às mesas ao lado do salão.

Pontualmente, o profissional chama os alunos para dentro do salão para o início da aula; faz a chamada, orienta para pegar os crachás e os cuidados ao realizarem a caminhada, pois há poças d’água por onde realizam a atividade; também solicitou que levassem a garrafinha de água.

Contudo, pouco tempo depois começou a chover. Assim, a caminhada foi interrompida aos 15 minutos, normalmente, durariam 30 minutos. O profissional chamou os alunos para dentro do salão para dar continuidade à aula. Estes foram orientados para pegar os halteres ou anilhas, caneleiras e colchonetes; iam se distribuindo pelo salão em turmas A e B. Essa divisão é feita conforme a especificidade do perfil de condicionamento físico.

O profissional explica como seria realizada a aula, o número de séries, repetições e execução dos exercícios. A turma estava cheia, quase 40 alunos, havia somente cinco homens; a média de idade, aparentemente girava em torno de 50 anos. O profissional colocou uma música para a realização dos exercícios, um “balanço” em inglês – consiste em um ritmo mais lento para a realização dos exercícios.

Importante ressaltar que uma das estratégias para se controlar a intensidade das aulas coletivas é a adequação do ritmo das músicas, denominado pelos batimentos por minuto/bpm; ou seja, quanto maior o bpm, maior é a intensidade da aula, vice-versa. Os alunos se posicionavam deitados no colchonete; o profissional andava pelo salão orientando-os. Chamava a turma de “moçada”. Usa um aluno como exemplo, para demonstrar o exercício; pede para que concentrem na execução e conversem menos. Ao perceber que alguns estão com dificuldade na realização dos exercícios, orienta-os a reduzir a carga/peso se estiver difícil. São realizados exercícios de força abdominal e extensão de joelhos, com uso de caneleiras.

Durante a aula, o profissional comenta sobre o aniversário de um aluno, “que ele deveria ter trazido o bolo, ou encomendado uma torta com uma aluna da turma”. Quando percebe que alguém não está fazendo corretamente o exercício, ou mesmo para incentivar, chama a todos pelo nome. Faz correções gerais, isto é, coletivas, bem como individualmente. Percebo que alguns alunos têm dificuldade de executar a série proposta, acham fisicamente difícil. Os alunos que terminam a sequência são orientados a ficarem de pé e tomar água. O profissional orienta a todos que ainda não terminaram, a fazer com calma.

Inicia a orientação de uma nova sequência de exercícios – faltaram materiais para alguns alunos. O profissional explica e demonstra os exercícios, agora em pé, com uso de halteres/anilha e caneleiras; inicialmente trabalha os membros inferiores – músculos extensores do quadril; flexores do quadril e do joelho. Os alunos são orientados sobre a postura e execução dos exercícios; uma aluna é corrigida pelo profissional – nesse dia o estagiário estava de folga, o que sobrecarregou a orientação dos alunos. O profissional reduz o volume da música para poder dar explicações coletivas – o que denota um cuidado didático para não ter que ficar gritando e desgastando a voz –, usa termos técnicos simples, por exemplo, flexionar; depois, usa o termo coloquial, por exemplo, dobrar o joelho. Findada a sequência de exercícios dos membros inferiores, trabalha os membros superiores. Igualmente, continua a fazer as orientações individuais e/ou coletivas.

Os alunos à medida que terminam a sequência programada inicialmente, vão passando para a próxima; cada um no seu ritmo e capacidade. A turma está concentrada na

execução da série. O profissional troca a música, também em inglês, que estava lenta, por uma música mais “animada”, novamente em inglês. O profissional anda pela sala supervisionando a execução dos exercícios, ao mesmo tempo, faz alguns elogios e incentiva uma maior determinação dos alunos, com frases, “vamos lá moçada!”, “força aí!”. Para dar orientações coletivas, reduz o volume do som, para depois aumentá-lo novamente.

Os alunos que vão terminando a sequência são orientados a guardarem o material no devido lugar e a beberem água. O profissional chama a atenção de quem já terminou para não atrapalhar aqueles que ainda estão fazendo. Todos os alunos seguem as orientações. Em uma das orientações dadas, inverte o número de repetições para cada turma, “A e B”; um aluno corrige-o, ele brinca com a turma do próprio “erro”, descontraindo o ambiente.

É introduzida uma nova sequência de exercícios, do tipo “supino em pé” – adução e abdução horizontal de ombro, associado com extensão de cotovelo –, também é feito um exercício de dorsiflexão plantar – ficar na ponta dos pés. Orienta que os alunos não “prendam a respiração”, fiquem em apneia, pois alguns expressam sentimentos de dor e cansaço. O tempo todo o profissional vai conversando com a turma, corrigindo e incentivando. Ao terminar a série, os alunos são orientados a guardarem os materiais e os crachás, bem como a tomar água.

Quando todos terminam, são orientados a repetirem a rotina de ir ao centro do salão, e dar as mãos, formando uma roda para ouvir os recados. É lembrado o aniversário de um dos alunos presentes; brinca com a turma que “o aluno convidou a todos para irem almoçar na casa dele”. Todos cantam “parabéns pra você”. Também é lembrado o aniversário de uma aluna que faltou, e pede para a turma recordá-lo de cantar parabéns na próxima aula para o aluno que estava ausente. É dado o recado do dia, sobre uma mobilização da Defesa Civil, um mutirão de combate à dengue no bairro, que consistiria no recolhimento de materiais que são potenciais criadouros da larva do mosquito, que ficam espalhados nas casas. Pergunta se alguém tem algum recado. Agradece a participação de todos e estimula a presença na próxima aula. Realizam o “ritual de toda aula”, contam até três e dão um bom dia, seguido de palmas.

Percebo novamente que vários alunos saem com um semblante alegre, mesmo com a aula tendo “sido difícil”; saem conversando em pequenos grupos. Ouço uma aluna comentar com outra que “ela emagreceu”, e saem conversando.

8.6.3 Análise geral das aulas: prática de saúde ou atividade física humanizada?

Considerando as descrições realizadas, embora o intuito não seja de fazer nenhum tipo de julgamento, tive uma percepção positiva das aulas observadas. Faço meus comentários enquanto profissional de Educação Física, tendo experiências enquanto praticante dessas modalidades de aulas, e, também tendo atuado como professor das mesmas. Semelhantemente, uso de minha experiência como docente da disciplina de didática e cinesiologia no ensino superior. Finalizo essa seção discutindo sobre a perspectiva que defendo.

A primeira aula, nomeada pelos profissionais como motivacional, foi muito bem conduzida. Pois o profissional durante todo o tempo manteve uma comunicação ativa com a turma, buscando incentivá-la, a se soltar e a realizar os exercícios da melhor forma; concomitantemente preocupava com a postura e a boa execução dos movimentos por parte dos alunos.

A sequência de exercícios foi didaticamente bem introduzida, iniciando com exercícios simples até aos mais complexos; do fácil para o difícil; do geral para o específico. Também, foi uma aula dinâmica e bastante descontraída, com elementos motivacionais como “gritos” e palmas, deslocamentos variados. Contudo, devido ao perfil da turma ser de pessoas com idade mais avançada, apresentaram dificuldades na realização da sequência.

Como comentado anteriormente, parece característico ao pouco desenvolvimento do repertório motor durante a infância e adolescência, que por sua vez pode ter comprometido o aprimoramento de determinadas variáveis físicas e habilidades motoras. Talvez devido a esse fato, percebi que poucos alunos estavam “curtindo” e se entregando à aula, ou somente por não gostarem desse tipo de aula.

Por outro lado, os que não tinham essas dificuldades, e apresentavam mais facilidades e melhor desempenho na execução da sequência, aparentavam mais animados e “confortáveis” ao fazer os exercícios. Todavia, em sua maioria, os alunos buscavam somente repetir os movimentos.

Como se tratava de um novo planejamento de aula é normal ter um “estranhamento” e vários erros na execução da sequência de exercícios. Por sua vez, à medida que a sequência for sendo repetida, ocorrerá a redução dos erros, e a melhora do desempenho motor – ocorre uma transição das fases de aprendizagem motora, da cognitiva à automática, melhora da coordenação inter e intramuscular, ganho de força, enfim, uma adaptabilidade motora.

A segunda modalidade de aula segue os mesmos princípios metodológicos de uma aula de “ginástica localizada” em uma academia “tradicional”. Considero que a aula foi bem conduzida, apresentando uma estruturação didaticamente adequada quanto à sequência da solicitação dos segmentos articulares envolvidos, conjugação de exercícios quanto ao sinergismo e/ou antagonismo muscular; comunicação ativa com os alunos, com as devidas correções e palavras de incentivo. A dinâmica adotada permitiu a adequação das limitações e especificidades dos alunos como o ritmo e a capacidade de execução dos exercícios.

No entanto, muitos alunos apresentaram um sentimento de cansaço e dificuldade na execução dos exercícios, principalmente as senhoras de mais idade, aparentemente pelo baixo nível de força muscular. Talvez decorrente da sarcopenia, isto é, perda da massa muscular, algo normal nesse ciclo da vida, ou mesmo pela nova série. Esse fato requer o recrutamento de novas fibras musculares, normalmente não usadas, a necessidade de uma melhor coordenação inter e intramuscular, dentre outros aspectos. Importante ressaltar a dificuldade de coordenação motora e consciência corporal de vários alunos na realização dos exercícios, o que atrapalhou a sua “perfeita” execução.

Ademais, fazer algumas poucas observações não é suficiente para avaliar o trabalho desenvolvido pelo profissional – nem esse é o meu intuito – pois é ele que está diariamente, e até meses com esses alunos. Assim, conhece muito bem o perfil e a capacidade dos mesmos para realizar a sequência proposta.

Ressalto a boa interação, sintonia e confiança existente na relação professor-alunos pode ser fruto de experiências prévias que esses profissionais tiveram na área do *fitness*, como descrito; não menos importante, o carisma e empatia existente com os alunos. Todavia, a experiência prévia na área do *fitness*, também pode ter enviesado a intervenção profissional quanto à elaboração e condução das aulas, e semelhantemente, ao seguir os princípios tecnicistas, mesmo diante de um público com perfil muito distinto em relação às academias tradicionais. Portanto, há uma reprodução de uma representação social pautada em um modelo estereotipado de movimento. Essa discussão foi contemplada nas seções anteriores, por isso, não me atenho a ela neste instante.

Avançar nesse diálogo sobre a reflexão da humanização da atividade física como prática de saúde requer uma ampliação dos horizontes normativos capazes de escapar à restrição da conceituação parametrizada pela área biomédica. Ademais, também não é possível desconsiderar a importância política e ideológica que essa vivência teve e continua a ter no cenário da saúde pública mundial. O discurso da atual concepção de atividade física

imprime em si uma tendência naturalizante, uma visão essencialista ao conceito de saúde biomédica.

Todavia, quanto a essa vivência estereotipada, se faz necessário desenvolver um sentido e identidade ímpares pautado na subjetividade e peculiaridades culturais para além das normatizações estipuladas. Assim, a busca por novas perspectivas mais dinâmicas, possibilitará um (re)pensar sobre esse processo de humanização.

Este, portanto, contemplando uma abordagem fenomenológica, dialogaria com outras perspectivas para compreender as relações que envolvem o cuidar da pessoa em sua totalidade, e não apenas das funções orgânicas. Ayres aponta que esse debate representaria:

[...] uma perspectiva filosófica, a partir da qual o ideal de humanização pode ser genericamente definido como um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum (AYRES 2005, p. 550).

Esse autor propõe uma reflexão sobre o aspecto subjetivo da saúde em detrimento da normatização patológica da saúde. Essa reflexão, segundo o autor em tela, se daria mediante um repensar da ética e moral que orienta qualquer formação discursiva, especialmente com enfoque na regulação da vida social. Dessa forma, a proposta desse autor é estabelecer ativamente processos de validação intersubjetiva, de legitimação social para uma mudança quanto ao entendimento da saúde.

Essa contraposição se dá em virtude dos critérios parametrizados e validados pelo alto grau de objetivação e formalização das práticas de saúde. Estas pautadas pelas formas, funções e riscos que as pessoas devem preservar, favorecer ou controlar conforme os parâmetros biomédicos dos organismos (AYRES, 2005).

Contudo, há divergências no meio acadêmico e profissional quanto à exacerbação dada ao emprego da atividade física quanto ao processo saúde-doença (DAMICO; KNUTH, 2014). Há uma corrente de pensamento, denominada de crítica, com enfoque qualitativo, que questiona a linearidade causal entre os benefícios da atividade física e a saúde; bem como quanto ao aspecto ideológico do seu uso, notadamente, enquanto meio de controle social e de promoção de consumo.

Hallal e Knuth (2011, p. 185) debatem esse assunto ao declarar que “A atuação epidemiológica no campo da atividade física é exaustivamente tachada de biologicista”. No entanto, trazê-lo à discussão é destacar a necessidade de um debate ampliado que contemple também a questão qualitativa da área. Esses autores entendem que as abordagens

metodológicas, qualitativas e quantitativas são complementares, sendo necessária uma maior utilização de modelos mistos na investigação da temática.

Um dos assuntos debatidos na linha qualitativa é a discussão do aspecto moralista e/ou utilitarista da atividade física (PALMA; VILAÇA, 2010). Estes autores questionam a excessiva responsabilização atribuída à pessoa para a obtenção da saúde por meio dessa prática, usando a terminologia de culpabilização da vítima. No entanto, considerando que ambas as áreas possuem suas limitações, como também apresentam suas contribuições, é de “bom tom” buscar um sinergismo.

Esse diálogo conciliador é apresentado por Hallal e Knuth (2011), ao destacarem a necessidade de enfatizar o fortalecimento da atividade física para atender adequadamente a pessoa que a vivencia. No entanto, entendo que é importante ressaltar que esse fortalecimento deveria ocorrer em prol de uma vivência crítica e consciente.

Não há como ignorar o enfoque utilitarista, tão marcante na contemporaneidade, associado ao fenômeno do culto ao corpo, por influência midiática, por exemplo, da indústria esportiva e alimentar. Esse fato vem ocorrendo desde meados do século passado, incorporando novos valores e normas atribuídas a uma idealização do estilo de vida saudável no imaginário de toda a sociedade.

Essa representação social construiu uma compreensão reducionista da relação entre a saúde e da atividade física, limitando-a a movimentos tecnicamente aprendidos e focados para o bem-estar pessoal (ALVES; CARVALHO, 2010).

Não menos importante a se destacar é a abordagem feita por Palma *et al.* (2003), ao discorrem sobre os aspectos socioeconômicos e a adesão ao exercício físico, sobretudo, em relação às classes sociais financeiramente menos favorecidas. Segundo os 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. Silva *et al.* (2009) apontam como o processo de empobrecimento das experiências culturais, inclusive a realizada pela área da Educação Física, como outra possibilidade da baixa adesão a essas vivências.

Para esses autores, os profissionais da Educação Física ao desenvolver a atividade física, são influenciados pelo esporte convencional ou pela lógica do *fitness*. Essas vivências são padronizadas e sistematizadas pela ciência e pelo mercado, proporcionando uma mera reprodução pelas pessoas que a praticam. Concluindo, Silva *et al.* (2009, p. 16) apontam que essas vivências são realizadas de forma acrítica, caracterizadas por movimentos mecânicos e estereotipados, sem produzir qualquer significado para as pessoas.

Considerando os pressupostos apontados por Van Dijk quanto aos modelos mentais, a afirmativa desses autores condiz com a proposta sociocognitiva, ou seja, os profissionais como representantes de uma área de conhecimento tendem a reproduzir os conhecimentos socialmente construídos. Essa apropriação pode ocorrer antes mesmo de ingressarem na graduação, e/ou durante a mesma, nos estágios, enfim, pelo acesso às diferentes fontes de informações pertencentes ao seu campo de conhecimento. Assim, a difusão de um discurso se materializa na linguagem, nos textos, símbolos, estabelecendo uma ideologia, e, posteriormente, difundido socialmente.

Essa ideologia organiza o controle mental, por meio da formação do conhecimento prévio, que associado às experiências cotidianas e pelas interações mentais construídas, estruturadas, são conectadas à linguagem e ao contexto cultural, possibilitando a prática discursiva. Portanto, cria-se uma rede mental que permite uma mobilização cognitiva refletida em um discurso. Essa complexa estrutura cognitiva controla a formação, transformação e aplicação de outros tipos de cognição social, tais como o conhecimento, as opiniões, as posturas e de representações sociais. Dessa forma, se faz necessário difundir novos discursos em detrimento ao hegemônico, ou ao que se quer contrapor.

Por outro lado, somente o processo de conscientização e de criticidade a respeito de determinado assunto, em ações locais, não poderá proporcionar mudanças no comportamento específico de um grupo ou da população – pois é premente considerar os aspectos referentes à disputa de poderes sociais. Mas, não se pode negar a importância dessas ações na construção e na apropriação do conhecimento primeiramente pela própria pessoa para a consecução de uma vivência consciente, crítica e ressignificada socialmente.

Sendo assim, a proposta da atividade física humanizada seguindo a perspectiva das experiências de ócio, dar-se-á necessariamente pela esfera educativa. Pois o desfrute das experiências de ócio, enquanto dimensão psicológica, não se obtém pela simples vivência, mas, primeiramente pela mudança de concepção sobre a própria vida, seus valores e princípios éticos. Para Rhoden (2008) pelo menos em parte, são os valores que determinam como as pessoas utilizam seus recursos, seu tempo.

Francileudo e Martins (2016, p. 145) alegam que na contemporaneidade a sociedade é marcada pela “[...] omissão, falta de concepções próprias, de pensamentos e ideais duradouras. Tudo acontece rapidamente, para não dizer instantaneamente”. Ainda segundo esses autores, a incorporação desses valores desencadeou novos comportamentos individuais e coletivos, tornando as pessoas mais atarefadas, estimuladas ao consumismo, priorizando o ter ao invés do ser. Em outras palavras, o ser humano passou a ser valorizado

pelo que tem, e não pelo que o é, enquanto ser no mundo. Ainda segundo esses autores, “[...] o ócio na Contemporaneidade pode ser interpretado como um caminho que ajuda o ser humano a ‘ser’, por meio da contemplação, criação e consolidação do valor ético da vida como um bem inegociável” (FRANCILEUDO; MARTINS, 2016, p. 146).

De acordo com Cuenca (2008), o processo educativo para o ócio não segue uma perspectiva utilitarista, de preenchimento do tempo, da libertação do tédio, da prevenção dos vícios/mazelas sociais; não trata apenas de uma mudança de comportamento, mas, de atitude, de concepção de vida, de valores. As experiências de ócio, segundo esse autor, devem resgatar a dignidade humana, dar novo significado e sentido à existência humana. Ademais, isso não ocorre de maneira espontânea, mas, por meio de ações pedagógicas. Portanto, se faz necessário refletir e repensar a formação/atualização dos profissionais que atuarão com a vivência da atividade física, seja no âmbito da saúde ou acadêmico em geral.

FINAL DA CAMINHADA: INÍCIO DE NOVOS PERCURSOS

Este trabalho teve por objetivo geral analisar a efetividade das vivências da atividade física no Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte/MG, segundo a percepção dos participantes – faço alguns comentários a esse respeito após as considerações sobre os objetivos específicos. Assim, realizei um estudo de caso, investigando um polo desse programa na regional administrativa do Barreiro. Para a coleta dos dados adotei dois procedimentos, a observação não participante e a entrevista em profundidade.

Como objetivos específicos, estipulei analisar três aspectos relacionados com o *corpus* do *site* da PBH, que contém informações sobre o PAC-BH, tendo como base a proposta da abordagem sociocognitiva apresentada por Van Dijk (2012). Esse modelo é didaticamente categorizado em três dimensões, que se interagem de forma transversal. A dimensão do contexto social caracteriza-se pela identificação de onde e como acontece a ação realizada, isto é, são as condições do ambiente; sendo situacionalmente modificada conforme os aspectos sociais, políticos, culturais e individuais. Nesse ambiente ocorrem as vivências que formam os modelos mentais, ou seja, os processos cognitivos que permitem compreender e dar sentido às ações, que por sua vez qualificam as experiências.

Como segunda dimensão, a memória semântica é responsável pelo armazenamento do conhecimento sociocultural geral – saberes, atitudes, ideologias, normas, valores compartilhados socialmente –, estabelecendo uma representação social. Por fim, a memória episódica interage com a memória anterior, sendo, contudo, diferente daquela. A ativação da primeira dependerá das experiências individuais e do contexto vivenciado, ou seja, das representações sociais que formam os modelos mentais específicos que possibilitam entender um discurso.

A ACD propõe estudar a linguagem como prática social estabelecendo uma análise por meio da inter-relação dos componentes cognição+discurso+sociedade. Isso possibilitou compreender e distinguir as práticas discursivas, entre a reproduzida, e a adotada.

Concomitantemente à ACD adotei como perspectiva epistemológica a fenomenologia. Como aporte teórico apropriei-me das contribuições filosóficas de autores como Espinosa e Nietzsche, que possibilitaram problematizar aspectos relacionados à potência da vida e a saúde. Essa abordagem contempla a qualificação das experiências vivenciadas no cotidiano. Outra perspectiva filosófica adotada foi a de Canguilhem. Este ainda na primeira metade do século XX questionou sobre as normatizações e a subjetividade envolvida no processo saúde-doença.

Semelhantemente, essa reflexão foi desenvolvida por autores da área da saúde, como Ayres, Almeida Filho, Czeresnia. Alguns investigadores da área da Educação Física Palma, Bagrichevsky, Estevão, também refletiram a esse respeito, mais especificamente, relacionando sobre a linearidade da atividade física como saúde.

Promover a ressignificação dessa vivência, qualificando-a enquanto experiência de ócio, permeada por novos sentidos e singularidades capazes de contribuir para o desenvolvimento humano holisticamente, foi o cerne da problematização apresentada neste trabalho. Para tanto, adotei autores como Cuenca, Monteagudo, Amigo, Larrosa, Martins, Rhoden. Notadamente, as experiências de ócio que não se restringem quanto aos aspectos tempo-espaço e vivência, pelo contrário, absorvem esses determinantes, qualificam a vivência por meio de atributos como a intencionalidade e a subjetividade.

Retomando de forma sintética os resultados obtidos pelos objetivos específicos, faço os seguintes destaques. A análise do contexto social permitiu identificar a reprodução de um discurso hegemônico concernente à área da Saúde Pública, quanto à atividade física como prática de saúde.

Ademais, os dados também sugerem que um contexto social associado com o discurso midiático e do conhecimento social hegemônico, podem interferir na elaboração das representações sociais e dos modelos mentais individuais de ambos os grupos quanto – profissionais e alunos – à ideia da adoção de uma padronização do estilo de vida para ter saúde. Assim, a prática discursiva remete-se a um processo de legitimação, naturalização e banalização da atividade física.

Igualmente, foi possível diagnosticar a reprodução do discurso da culpabilização da pessoa – por ter que assumir uma mudança de comportamento –, e de um silenciamento do governo quanto à sua responsabilidade social – parcialmente cumprida – em possibilitar condições dignas de vida à população, intervindo direta e adequadamente nos determinantes sociais da saúde.

A análise das memórias semântica e episódica, apresentaram resultados semelhantes, condizentes com a análise de contexto quanto à incorporação de modelos mentais que remetem à representação social da importância dada à atividade física como saúde, e caracterizando um estilo de vida saudável.

O *corpus* analisado apresenta como característica um texto dissertativo-expositivo de fácil compreensão; todavia, nenhum aluno participante da pesquisa relatou ter tido contato com o texto. Portanto, esse recurso não serviu para alcançar os entrevistados.

O conteúdo investigado apresenta um discurso político e biomédico. O primeiro compartilha a ideia de que o governo cumpre com seu papel social em oferecer saúde à população ao disponibilizar um PGAF aos cidadãos. Por sua vez, o discurso biomédico retrata a relação linear e casuística da vivência da atividade física em promover a saúde e melhoria da qualidade de vida; dessa forma, reforçando a necessidade de se adotar um estilo de vida idealizado como saudável.

Essa perspectiva é questionável ao se proceder a análise discursiva do *corpus*. Este exalta os aspectos profiláticos da atividade física e a promessa da promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida por meio dessa vivência. Todavia, pelos depoimentos dos participantes e dos profissionais, há diversos casos de pessoas no programa acometidas pelas DCNT. Ressalta-se o discurso de um silenciamento do governo quanto à existência da doença, ou seja, de que há pessoas categorizadas como doentes em um programa que adota um discurso de promoção da saúde. Por fim, também é assumido um discurso de naturalização da atividade física, que por si só, atuaria como promotora dos macro objetivos sociais.

Quanto ao objetivo geral, os dados sugerem que as vivências desenvolvidas no programa foram qualificadas significativamente pelos alunos, com características que apresentam a efetividade das experiências, conforme os atributos de ócio. Estas são permeadas por sentimentos associados ao desenvolvimento humano, autossatisfação, autossuperação, autoestima, sociabilidade, estados afetivos positivos; em detrimento de uma atividade física, normalmente, reproduzida de forma mecânica e destituída de sentidos.

As aulas, embora tendo um perfil de alunos bem distinto, são caracterizadas semelhantes às adotadas nas academias de ginástica comerciais. O público é predominantemente feminino, com faixa etária superior a 45 anos, pessoas com diversos tipos de acometimentos de DCNT, inclusive múltiplos, tornando a turma bastante heterogênea. Esta heterogeneidade é acentuada pelas limitações das capacidades coordenativas e habilidades motoras necessárias para a realização dos movimentos. Estes por sua vez, seguiram procedimentos metodológico-didáticos, e uma dinamicidade adequada, sendo bem conduzidos pelo profissional.

Embora a vivência da atividade física analisada se caracterizasse como estereotipada, infiro que alguns fatores contribuíram para a sua percepção enquanto experiência de ócio: 1) A existência de modelos mentais individuais positivos que se alinharam com a representação social sobre a vivência da atividade física como satisfatória; 2) Pelo fato dos entrevistados terem tido experiências agradáveis com essa vivência

anteriormente à entrada no PAC-BH, pode contribuir para essa percepção; 3) As relações sociais agradáveis existentes entre os participantes possibilitaram criar um sentimento de pertencimento ao grupo, denominado “como uma grande família”; 4) A competência dos profissionais que atuam no programa; inclusive, considero como principal mediador para se estabelecer a representação construída. A conduta assumida pelo profissional deu vida a uma vivência mecânica, normalmente, entendida como “chata”, em experiências ressignificadas. Assim, a identificação, satisfação e o compromisso em exercer o seu trabalho, possibilitou a criação desse cenário favorável.

Identifiquei pelos depoimentos uma distinção entre a percepção do entendimento e das vivências cotidianas de lazer. Os participantes relacionam o lazer ao consumo, isto é, quando se está envolvido com viagens, consumo, entretenimentos. Por sua vez, suas experiências no dia a dia são diferentes a essa idealização, estando vinculadas a vivências em diferentes tempos sociais, normalmente não caracterizadas como lazer, por exemplo, em ambientes e ações religiosas, cuidados com a casa. Todavia, conforme as características apresentadas podem ser compreendidas como experiências de ócio.

Nessa perspectiva, surpreendi-me ao identificar que os participantes em sua grande maioria, 11 em 15 alunos, não associaram a vivência da atividade física no PAC-BH como de lazer, mesmo sendo realizados no tempo livre, de forma espontânea e satisfatória. Elenco algumas possibilidades para essa percepção: 1) O modelo mental predominante adotado pelos alunos é o discurso que relaciona a atividade física à saúde, e não à vivência de lazer. Essa representação pode se dá tanto em virtude do conhecimento cultural quanto social hegemônico; 2) O modelo mental adotado pelos profissionais do polo é enviesado pela perspectiva biomédica; 3) As ações denominadas de educação para a saúde, realizada pelos outros profissionais da UBS que reforçam esse modelo mental; 4) O discurso midiático, sobretudo, vinculado pelo *marketing* esportivo, e a indústria do estilo de vida saudável. Enfim, esses fatores atuando de forma sinérgica e transversalmente podem ter ajudado para reforçar essa representação social.

Outra descoberta relevante foi a distinção entre o discurso e a real causa, isto é, a prática discursiva para participar do programa. Esta vincula a atividade física à saúde. Contudo, o que identifiquei na análise do discurso, foi a importância das relações sociais estabelecidas entre os alunos. Ou seja, os encontros agradáveis estabelecidos é que, prioritariamente, incentivavam a manter o vínculo com o programa, podendo refletir na melhora da saúde.

Como aporte a essa hipótese, destaco que os alunos têm em média 10 meses de participação no programa, com frequência semanal de três vezes, bem como vivências anteriores com a atividade física e, supostamente “empoderados” do discurso biomédico – em virtude das constantes informações recebidas pelos diferentes profissionais da UBS. Essa hipótese, também é reforçada pelo fato de haver, por parte dos alunos, diversas queixas quanto às condições físicas onde as aulas são realizadas – embora sejam boas em geral, no entanto, apresentam turmas cheias, espaço inadequado, falta de alguns materiais para realizar os exercícios.

Tendo em vista essas considerações, os alunos poderiam deixar o programa caso essas relações sociais não fossem significativas, para poder realizar a mesma vivência em outros locais. Por exemplo, no mesmo local do polo funciona à noite um programa social de zumba; igualmente, há aulas de *Liang Gong*⁷⁵ na associação do bairro nesse mesmo ambiente. Enfim, a vivência da atividade física em si, ou do discurso biomédico, não representa garantia de sucesso ao programa. Portanto, infiro que é a qualificação e resignificação atribuída pelo aluno que transformou a vivência mecânica em experiência de ócio.

Por fim, a adoção dos pressupostos da efetividade, que traz consigo uma abordagem qualitativa, em relação aos demais parâmetros de avaliação de desempenho, permitiu uma análise diferenciada das vivências. Os participantes qualificaram positivamente o serviço ofertado, a atividade física, mesmo tendo alguns sentimentos de insatisfação quanto a determinados aspectos logísticos existentes.

A reflexão feita ao analisar essa vivência, diz respeito ao processo da humanização da atividade física, ou seja, entendê-la como uma experiência de ócio que possibilite vivências significativas às pessoas, superando a visão de usá-la como mera prática de saúde. As análises realizadas sustentam essa proposta.

Pois os discursos hegemônicos adotados, biomédico e político, priorizam a atividade física tão somente como uma prática de saúde com viés utilitarista; reforçando modelos mentais que endossam essa representação social.

Esse discurso persiste há milênios. Platão já apregoava o uso dos meios para justificar o fim. Em outras palavras, faça ginástica, aprenda música, poesia, dentre outras artes

⁷⁵ “*Lian Gong* em 18 Terapias é uma ginástica terapêutica desenvolvida especialmente para prevenir e tratar dores crônicas no corpo. É uma prática corporal fundamentada na Medicina Tradicional Chinesa, tem atuação importante na melhoria do funcionamento dos órgãos internos, trabalha a mente e as emoções e busca o prolongamento da vida com qualidade”. Fonte: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&app=sau&pg=5571&tax=35497>.

para elevar o pensamento que é a essência da vida. Portanto, para não atrapalhar o desenvolvimento da alma, mantenha o corpo “saudável”.

Na contemporaneidade ainda prevalece a concepção de Platão: incentivar a vivência da atividade física contribui para manter o bom funcionamento do corpo e da alma. Descartes pode ter se inspirado nessa ideia.

Todavia, mesmo diante dessa realidade, e até colocando em prática esse discurso positivista, as pessoas de forma (in)consciente buscam ressignificar culturalmente a vivência da atividade física por meio das relações sociais agradáveis promovidas em cada encontro. Se o discurso é buscar um estilo de vida idealizado como saudável, na prática, valoriza-se a vida, as relações sociais. Assim, pensar em uma atividade física humanizada não é parametrizar um equilíbrio das funções orgânicas. É pensar na saúde como a própria vida.

A vida é vivida em constante desequilíbrio, e não em um suposto equilíbrio. Quando se estar saudável, há um desequilíbrio positivo da interação da completude do ser, mesmo que as “forças internas” ao ser, e/ou, o ambiente que se vive, sejam contrárias. Quando se inverte essa balança, pode-se gerar ou não uma doença. Espinosa e Nietzsche sugerem uma percepção interessante ao relacionarem as experiências com a potencialização da vida.

Assim, a vida apresenta-se em constante oscilação, caracterizada pelas trocas de experiências, sendo múltiplas, singulares e momentâneas, deixando marcas e também despertando desejos pela busca da felicidade. Quando os afetos e interações são agradáveis, positivas, ocasionam o aumento da potência, a vontade de viver.

Essa interação é sistêmica, não há separação ou dicotomia entre corpo e alma; mas uma unicidade. O resultado é um ser ontológico, e não um sujeito dialético, fruto das relações de trabalho. Portanto, segundo Espinosa, não há uma predominância de uma parte sobre outra, mas, há uma interconexão *online* que liga essas partes peculiares ao ser em sua totalidade. Embora, o ser humano seja uníssono, existem reações distintas que o envolvem.

Na vida, buscam-se os bons encontros, o *Conatus*, que impele a cada um a potencializar as experiências que lhe fortalece e alegra. Assim, a vida enquanto oscilação de potência é caracterizada pela saúde e a doença. Ninguém é saudável, mas se encontra saudável em determinado instante, podendo a qualquer momento ter esse quadro modificado em questão de minutos, conforme os contatos estabelecidos entre os corpos no mundo, de forma ampliada.

Como dito por Canguilhem, adoecer é um momento da própria vida para se recuperar. Há pessoas com aparente quadro anatomofisiológico “normal”, mas com baixa

potência de vida, desejando a morte. Por outro lado, há aquelas com graves alterações clínicas, mas que apresentam uma alta potência de vida. Há ainda aqueles que nem sabem que possuem essas alterações, mas, igualmente, apresentam uma alta potência de vida, ou não.

Dessa forma, resgatando as declarações de Canguilhem e Barros Filho, a saúde não pode ser categorizada arbitrariamente, depende mais de quem a define e a vive. Portanto, alterações dos fatores de riscos e dos padrões anatomofisiológicos e/ou de um perfil psiquiátrico normal, não deveriam determinar, por si só, a saúde – embora isso possa fazer parte da mesma.

Saúde na perspectiva espinosina, de acordo com Giacóia⁷⁶, trata de uma potência de vida aumentada, caracterizada pela vontade de viver, de buscar a felicidade, de ser útil, de amar e ser amado, de *Conatus*. Doença por sua vez, como no entendimento dos entrevistados é um afeto momentâneo que acarreta dor, sofrimento na alma e/ou no corpo. Este estado reduz a capacidade de interagir com o outro, com o mundo, com o que se gosta, com o que proporciona a felicidade. Estar com alguma alteração clínica, ou seja, apresentar sintomas objetivos de uma doença, não faz da pessoa um doente, se ela assim entender, pois ela pode criar uma subjetivação desse estado. Não é negar esse quadro, que sem dúvida contribui para potencializar ou não a vida.

Uma das formas de se qualificar as vivências e potencializar a vida pode ser por meio das experiências de ócio. Estas enquanto práticas sociais pautadas pela intencionalidade e subjetividade nas relações cotidianas, portanto, abarcam a dimensão psicológica, permitem a expressividade da ação criadora do ser no mundo. Entretanto, essas experiências não se apresentam de forma linear e causal; mas, estão imbricadas de maneira complexa e transversalmente aos demais fenômenos socioculturais, podendo ocorrer em qualquer tempo social, e não somente em um determinado tempo do não trabalho ou de obrigações sociais.

Considerar essa intencionalidade subjetiva permite explicar a percepção de uma mesma experiência de ócio realizada no mesmo tempo-espço, ser compreendida como satisfatória ou não por distintas pessoas que a vivenciam. No entanto, pelo fato do mundo ser dinâmico e, igualmente o “ser” que com ele interage, essa percepção sempre será diferente, embora, possa ser parecida ou não. Assim, pensar em uma atividade física humanizada sob a perspectiva das experiências de ócio, é pensar em quem a realiza, e não apenas nos possíveis resultados decorrentes dessa vivência.

Enfim, a realização deste trabalho permitiu identificar diversas nuances quanto aos objetivos propostos. No entanto, devo considerar algumas limitações encontradas em seu

⁷⁶ Osvaldo Giacóia Jr. O poder dos afetos. Fonte: <https://vimeo.com/139346257>.

desenvolvimento: O fato de haver uma mudança ao longo do ano dos conteúdos ministrados nas aulas; Ter optado pelo estudo transversal para a observação de uma dessas possibilidades; assim, as análises ficam restringidas às aulas observadas. Mesmo considerando essas limitações, as análises realizadas neste trabalho podem contribuir para a reflexão das ações e concepções adotadas pelo PAC-BH, visando o seu contínuo aprimoramento.

Portanto, proponho a realização de novos estudos que contemplem alternativas metodológicas de forma a complementar os conhecimentos produzidos neste trabalho. Outra questão apontada que poderia ser ampliada, diz respeito à realização da análise da efetividade por parte da percepção dos profissionais; bem como a viabilização da avaliação da efetividade do programa em si.

Considerando os principais resultados encontrados neste estudo, entendo que houve um avanço e uma contribuição à produção de conhecimentos quanto à temática estudada. A adoção de uma abordagem dialógica, promovendo uma análise transversal dos conhecimentos de diferentes áreas do saber, Ciências Interdisciplinares – Estudos do Ócio e Estudos do Lazer –, Ciências da Saúde – Educação Física, Saúde Coletiva, Saúde Pública, Psicologia Social –, Ciências Sociais Aplicadas – Administração – e uma aproximação à Filosofia, possibilitou desvendar parcialmente determinadas nuances, ainda não investigadas a respeito da temática.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. Tradução da 1ª edição brasileira, Alfredo Bosi. São Paulo, Martins Fontes, 2007. Disponível em: <http://charlezine.com.br/wp-content/uploads/2011/11/Dicionario-de-Filosofia-Nicola-ABBAGNANO.pdf>. Acesso em: 20 de maio de 2014.

ALBINO, B. S.; HAMMES, P. D.; VAZ, A. F. Sobre o bem-estar na Revista Boa Forma: Corpo, lazer, normalização. **Educ. Real**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 569-585, maio/ago. 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3172/317227057006/index.html>. Acesso em: 14 jan. 2016.

ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 879-889. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v7n4/14611.pdf>. Acesso em: 03 out. 2015.

_____. Qual o sentido do termo saúde? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 300-301, abr-jun, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n2/2080.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2015

_____. O Estatuto Científico da Epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. v. 25, n. 5, p. 339-340. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n5/02.pdf>. Acesso em: 03 out. 2015.

_____. Bases históricas da Epidemiologia. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 304-311. 1986. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v2n3/v2n3a04.pdf>. Acesso em: 03 out. 2015

AMARANTE, D. S.; CERQUEIRA, M. A.; CASTELAR, M. Humanização da saúde pública no Brasil: Discurso ou recurso? **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**. v. 2, n. 1, p. 68-73. 2014. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/463/395>. Acesso em: 03 out. 2015.

AMIGO, J. C. Génesis de la comprensión experiencial del ocio en la modernidad tardía: Transformaciones del concepto de vivencia. **ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura**. v. 188 n. 754, marzo-abril, p. 315-35. 2012. Disponível em: <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/viewFile/1465/1474>. Acesso em: 03 out. 2015

AMORIN, T. E. C. **Programas de Promoção de Atividade Física no Brasil**. 2014. 215 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2013. Disponível em: <http://www.epidemioufpel.org.br/uploads/teses/Tese%20Tales%20Amorim.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

AMORIN, 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 de ago. de 2014.

AJZEN, I. From intentions to actions: a theory of planned behavior. In: KUHI, J., BECKMAN, J. (Orgs.). **Action - control: from cognition to behavior**. Heidelberg: Springer, p. 11-39, 1985.

ALVES, F. S.; CARVALHO, Y. M. Práticas corporais e grande saúde: Um encontro possível. **Movimento**. Porto Alegre, v. 16, n. 04, p. 229-244. 2010. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/Movimento/article/viewFile/13280/10853>. Acesso em: 10 ago. 2014.

ANÉAS, T. V.; AYRES, J. R. M. Significados e sentidos das práticas de saúde: A ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. **Interface – Comunicação, saúde, educação**. v.15, n.38, p. 651-62, jul./set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/03.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016

ANJOS, T. C.; DUARTE, A. C. G. O. A Educação Física e a Estratégia de Saúde da Família: Formação e atuação profissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p.1127-1144, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a12.pdf>. Acesso em:10 ago. 2014.

ARANTES, R. C.; MARTINS, J. L. A. LIMA, M. F. Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. **Rev. APS**, v. 11, n. 2, p. 189-198, abr./jun. 2008. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/262/99>. Acesso em: 10 ago. 2014

AQUINO, C. A. B.; MARTINS, J. C. O. Ócio, lazer e tempo livre na sociedade que centraliza o tempo de trabalho. In: CUENCA, M. C.; MARTINS, J. C. O (Org.). **Ócio para viver no século XXI**. Fortaleza: As Musas, 2008.

_____. Ócio, lazer e tempo livre na sociedade do consumo e do trabalho. **Revista Mal-estar e Subjetividade**. Fortaleza – v. VII, n. 2, p. 479-500 – set/2007. Disponível em: http://hp.unifor.br/pdfs_notitia/1851.pdf. Acesso em: 10 de ago. de 2014.

ARCHIBALD, K. Leisure time and human happiness. **Perspective** - Autumn, 2008.

AUGUSTO, A. Metodologias quantitativas/metodologias qualitativas: mais do que uma questão de preferência. **Forum Sociológico** [Online], 24 | 2014. Disponível em: <http://sociologico.revues.org/1073>. Acesso em: 10 ago. 2014.

AYRES, J. R. C. M. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. **Interface – Comunicação, saúde, educação**. v. 19, n. 55, p. 1027-38. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/2015nahead/1807-5762-icse-1807-576220140408.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016

_____. Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1301-1311. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n7/06.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016

_____. **Cuidado**: Trabalho e interação as práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2009.

_____. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a04.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 10, n. 03, p. 549-560. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a13v10n3>. Acesso em: 10 ago. 2014.

_____. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 5, supl. 1, 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v5s1/05.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

BACHELADENSKI, M. S.; MATIELLO JÚNIOR, E. Contribuições do campo crítico do lazer para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2569-2579, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a31.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2016.

BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A.; PALMA, A. **A saúde em debate na Educação Física**. Volume 3. Ilhéus: Editus / Ministério do Esporte, 2007. 294p. Disponível em: http://www.eeffto.ufmg.br/biblioteca/livro_debate.pdf. Acesso em: 14 jan. 2016

BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A.; PALMA, A.; Da Ros, M. **A saúde em debate na Educação Física**. Volume 2. Blumenau: Nova Letra, 2006. 240p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_debate_educacao_fisica_v2.pdf. Acesso em: 14 jan. 2016

BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A.; PALMA, A. **A saúde em debate na Educação Física**. Volume 1. Blumenau (SC): Edibes, 2003. 191p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_debate_educacao_fisica_v1.pdf. Acesso em: 14 jan. 2016

BARBOSA, M. R.; MATOS, P. M.; COSTA, M. M. Um olhar sobre o corpo: O corpo ontem e hoje. **Psicologia & Sociedade**. v. 23, n. 1, p. 24-34. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a04v23n1>. Acesso em: 13 jan. 2016.

BARROS FILHO, C. **Potência para a vida**. Disponível em: <https://segundo.wordpress.com/2012/03/25/potencia-para-a-vida-parte-1/>. Acessado em: 13 jan. 2016.

BENEVITES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 10, n. 3, p. 561-571. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>. Acessado em 13 de janeiro 2016.

BERTINI, V. M. R. O pensamento de Joffre Dumazedier e de Nelson Carvalho Marcellino: Algumas convergências e diferenças no campo do lazer. **Licere**, Belo Horizonte, v.8, n.1, p. 111-125, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIGITEL Brasil 2013**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília. 2014. Disponível em: <https://biavati.files.wordpress.com/2014/05/vigitel-2013.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2015

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde**. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_promocao_saude_1ed.pdf. Acesso em: 08 abr. 2015.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIGITEL Brasil 2012**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília. 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2012.pdf. Acesso em: 08 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 08 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/918_cartilha_dcnt.pdf. Acesso em: 14 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIGITEL Brasil 2011c**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011.pdf. Acesso em: 08 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde**/Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: Acesso em: 10 ago. 2014.

_____. 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.

_____. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. **Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União 2011b; 8 abr. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0719_07_04_2011.html. Acesso em: 08 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIGITEL Brasil 2010: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília. 2011c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_2010.pdf. Acesso em: 08 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIGITEL Brasil 2009: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília. 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_risco_doencas_inquerito_telefonico_2009.pdf. Acesso em: 08 abr. 2015.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIGITEL Brasil 2008: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília. 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_2008.pdf. Acesso em: 08 de abril de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIGITEL Brasil 2007: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília. 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_risco_doencas_inquerito_telefonico_2007.pdf. Acesso em: 08 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. – 1. ed. – Brasília : Ministério da Saúde. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 10 abr. 2015.

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

_____. 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.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde.** Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 08 abr. 2015.

_____. 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.

BREILH, J. Las ciencias del deporte en la humanización de la vida Un movimiento emancipador. **Rev. Bras. Cienc. Esporte.** v. 27, n. 3, p. 9-22, maio 2006. Disponível em: <http://revista.cbce.org.br/index.php/RBCE/article/view/71/77>. Acesso em: 08 abr. 2015.

BRITO, A. M. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. **Temas em Psicologia.** v. 19, n. 1, p. 283–303, 2011. Disponível em: Acesso em: 10 ago. 2014.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2003.

_____. 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.

CAIAFFA, W. T.; DIAS, M. A. S.; SALES, A. D. F. *et al.* Programa academia da cidade em Belo Horizonte. p. 125-144. In. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Avaliação de efetividade de programas de atividade física no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_efetividade_programas_atividade_fisica.pdf. Acesso em: 08 abr. 2015.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Tradução de Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. Disponível em: http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/psicologia/O_Normal_e_o_Patologico.pdf. Acesso em: 10 ago. 2014.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 923-931, jul-ago, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16842.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

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. Disponível em: http://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Cap_5-10.pdf. Acesso em: 10 ago. 2014.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: Análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Out-Dez; v. 4, n. 15, p.679-84. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>. Acesso em: 10 ago. 2015.

CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E., CHRISTENSEN, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, v. 100, p. 126–131, 1985.

CASTRO, D. F.A.; FRACOLLI, L. A. Qualidade de vida e promoção da saúde em foco as gestantes. **Mundo da Saúde**, São Paulo. v. 37, n. 159-165. 2013. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/102/4.pdf. Acesso em: 10 abr. 2015.

CARVALHO, Y. M. Promoção da Saúde, Práticas Corporais e Atenção Básica. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia11.pdf. Acesso em: 10 ago. 2014.

_____. Saúde, sociedade e vida um olhar da Educação Física. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**. V. 27, n. 3, p. 153-168, maio 2006. Disponível em: <http://www.revista.cbce.org.br/index.php/RBCE/article/view/80/86>. Acesso em: 10 ago. 2014.

_____. **Lazer e saúde**. Brasília: SESI/DN. 2005

_____. Atividade física e saúde: onde está e quem é o “sujeito” da relação? **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, v. 22, n. 2, p. 9-21, jan. 2001. Disponível em: <http://revista.cbce.org.br/index.php/RBCE/article/view/409/335>. Acesso em: 10 ago. 2014.

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.

CARVALHO, F. F. B. Práticas corporais e atividade física na atenção básica do Sistema Único de Saúde: Ir além da prevenção das doenças crônicas não transmissíveis é necessário. **Movimento**. Porto Alegre, v. 22, n. 2, 647-658, abr./jun. de 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/Movimento/article/viewFile/58174/37391>. Acesso em: 10 ago. 2016.

_____. Análise crítica da carta brasileira de prevenção integrada na área da saúde na perspectiva da educação física através do enfoque radical de promoção da saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.2, p.227-236, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/06.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.

CASTRO, A. L. **Culto ao corpo e sociedade**: Mídia, cultura de consumo e estilos de vida. 2001. [s.n]. Tese de doutorado – Departamento de Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas. São Paulo. 2001.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION - **Physical activity evaluation handbook**. US Department of Health and Human Services. Physical Activity Evaluation Handbook. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2002. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/handbook/pdf/handbook.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2015.

CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM ACTIVIDADE FÍSICA, LAZER E SAÚDE (CIAFEL). **Actividade Física e saúde na Europa: Evidências para a ação**. Porto, 2006. Disponível em: https://ciafel.fade.up.pt/files_download/actividade_fisica_e_saude_na_europa.pdf. Acesso em: 21 abr. 2009.

CHAUÍ, M. **Iniciação à Filosofia**: Ensino médio. Volume único. São Paulo: Ática, 2010.

_____. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 2000.

CHAUÍ, M. S. **Pensamentos metafísicos; Tratado da correção do intelecto; Ética**. 3ª ed. Tratado político; Correspondência. São Paulo; Abril Cultural, 1983.

CHEVARRIA, D. G.; GOMES, F. C. R. **Relação entre observador e realidade nos paradigmas Positivista, interpretativista e complexo**: E aí juiz, foi ou não Foi pênalti? COLÓQUIO INTERNACIONAL DE EPISTEMOLOGIA E SOCIOLOGIA DA CIÊNCIA DA ADMINISTRAÇÃO, 3. Florianópolis/SC. Março. 2013. Disponível em: <http://www.coloquioepistemologia.com.br/anais2013/ANE120.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2015.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde** — Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 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.

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, 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.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **RAP - Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969-992, set./out. 2003. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6509/5093>. Acesso em: 08 abr. 2015.

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.

COUTINHO, R. B. G.; MACEDO-SOARES, T. D. L.V.A.; SILVA, J. R. G. Projetos sociais de empresas no Brasil: arcabouço conceitual para pesquisas empíricas e análises gerenciais. **RAP – Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro 40(5):763-87, Set./Out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n5/a02v40n5.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2015.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CUENCA, M. C. O ócio autotélico. **Revista do Centro de Pesquisa e Formação. Serviço Social do Comércio**. São Paulo. nº 2, p. 10-29, maio. 2016.

_____. **Ocio valioso**. Bilbao: Universidad de Deusto, 2014.

_____.; PRAT, A. G. Ocio experiencial: antecedentes y características. **ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura**. v. 188-754, marzo-abril, 2012. Disponível em: Acesso em: 10 ago. 2014.

_____. Ocio humanista. In: CUENCA, M. C.; MARTINS, J. C. O (Org.). **Ócio para viver no século XXI**. Fortelza. As Musas, 2008.

_____. **Aproximación Multidisciplinar a los Estudios de Ocio**. Documentos de Estudios de Ocio. n. 31. Universidad de Deusto, Bilbao, 2006. Disponível em: http://www.deusto-publicaciones.es/ud/openaccess/ocio/pdfs_ocio/ocio31.pdf. Acesso em: 10 ago. 2014.

_____. **Ocio humanista, dimensiones y manifestaciones actuales del ocio** (Documentos de Estudios de Ocio, n. 16). Bilbao, España: Instituto de Estudios de Ócio/ Universidad de Deusto. 2003. Disponível em: <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/ocio/ocio16.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2015.

_____. **Ócio humanista. Dimension y manifestaciones del ocio**. Bilbao: Universidad de Deusto, 2000. Disponível em: Acesso em: 10 ago. 2014.

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. **Categoria vida: Reflexões para uma nova biologia.** São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro, Editora Fiocruz. 2012.

_____. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção.** Disponível em: http://143.107.23.244/departamentos/social/saude_coletiva/AOconceito.pdf. Acesso em: 15 abr. 2015.

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

DIAS, C. G. **Teorias do lazer e positivismo.** In. Teorias do lazer. (Org.) Giuliano Gomes de Assis Pimentel. Maringá, Eduem, 2010.

_____. Teorias do lazer e modernidade: Problemas e definições. **Licere**, Belo Horizonte, v. 12, n.2, jun./2009. Disponível em: <https://seer.lcc.ufmg.br/index.php/licere/article/view/575/464>. Acesso em: 15 abr. 2013.

DELEUZE, G. **Espinoza: filosofia prática** (trad: Daniel Lins e Fabien Pascal Lins). São Paulo, Escuta, 2002. Disponível em: Acesso em: 10 ago. 2014.

DEMO, P. **Introdução à metodologia da ciência.** 2ª edição. São Paulo: Atlas, 1985.

_____. **Metodologia científica em ciências sociais.** 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1995, 293 p.

DESLANDRES, S. F.; MITRE, R. M. A. Processo comunicativo e humanização em saúde. Interface - Comunicação Saúde Educação. v.13, supl.1, p.641-9, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a15v13s1.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

_____. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Cienc. Saude Colet.**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

DUARTE, L. F. D. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciênc. saúde Coletiva.** v. 8, n.1, p.173-183, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a13v08n1.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

DUMAZEDIER, J. **Sociologia empírica do lazer.** São Paulo: Perspectiva, 1979.

ELHAJJI, M.; ANDRADE, D.; RANGEL, L. Contribuições dos estudos críticos do discurso para o campo da comunicação. **Revista do Programa de Pós-graduação em Comunicação.** v. 6, n. 1, p. 1-15. 2012. Disponível em: <http://lumina.ufjf.emnuvens.com.br/lumina/article/view/233>. Acesso em: 23 fev. 2016.

ESPINOZA. B. **Ética demonstrada em ordem geométrica e dividida em cinco partes que tratam.** Tradução Roberto Brandão. Disponível em: <http://www.andre.brochieri.nom.br/livros/filos/Baruch-Spinoza-Etica-Demonstrada-a-maneira-dos-Geometras-PT-BR.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2015.

_____. **Breve Tradado de Deus, do homem e do seu bem-estar.** Tradução: Emanuel Angelo da Rocha Fragoso; Luís César Guimarães Oliva. Belo Horizonte. Editora Autêntica. 2012.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social.** Trad. Izabel Magalhães. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1992.

FALCÃO, L. C.; SARAIVA, M. C. **Práticas corporais no contexto contemporâneo:** (in)tensas experiências/organizadores. Florianópolis: Copiart, 2009. Disponível em: <http://www2.esporte.gov.br/arquivos/snelis/esporteLazer/cedes/praticasCorporais/praticasCorporaisContextoContemporaneo.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2014

FALCONE, K. **A análise cognitiva do discurso.** Anais do Evento PG Letras 30 Anos V. I, n. 1, p. 162-175. 2011. Disponível em: <http://www.dissoc.org/ediciones/v05n04/DS5%284%29Valney&Livia.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2016.

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

FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D.; CARDOSO, M. H. C. A. Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 16, Supl.1, p. 865-872, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a18v16s1.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2015.

FERREIRA, M. S. “Navegar é preciso, viver não é preciso”: risco no discurso da vida ativa. **Motriz,** Rio Claro, v. 15 n. 2 p.349-357, abr./jun. 2009. Disponível em: http://www.eufumo.com.br/publicacoes/Navegar_preciso.pdf. Acesso em: 02 abr. 2016

_____. **Agite antes de usar...** A promoção da saúde em programas brasileiros de promoção da atividade física: o caso do Agita São Paulo. 2008. 252 p. Tese (doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2008.

_____. Aptidão física e saúde na educação Física escolar: ampliando o enfoque. **Rev. Bras. Cienc. Esporte,** v. 22, n. 2, p. 41-54, jan. 2001. Disponível em: <http://revista.cbce.org.br/index.php/RBCE/article/view/411/336>. Acesso em: 10 ago. 2014.

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.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc. saúde coletiva** vol.5 no.1 Rio de Janeiro 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7077.pdf>. Acesso em: 11 de abril de 2015.

_____.; LEAL, O. F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M; *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 21, n. 1, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21n1/v21n1a06.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

FLORINDO, A. A.; HALLAL, P.; MOURA, E. C.; *et al.* Prática de atividades físicas e fatores associados em adultos, Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública**. v. 43, Supl 2, p. 65-73, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao797.pdf>. Acesso em: 05 de outubro de 2009.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo, Loyola, 1996.

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

_____. **Exercício da Informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa**. Campinas: Autores Associados; 2006.

FRANCILEUDO, F. A.; MARTINS, J. C. O. **Sentido do tempo, sentido do ócio, sentidos para o viver**. Gracio Editor. Coimbra. Portugal. 2016.

_____. **A perspectiva humana do ócio: Revistando a proposta do instituto de Desuto**. In. O ócio nas culturas contemporâneas - teorias e novas perspectivas em investigação. (Org.) J. Clerton Martins; Maria Manuel Baptista. Gracio Editor. Coimbra. Portugal. 2013.

_____. **Sobre a experiência de ócio: significados revelados com base Em um estudo hermenêutico-fenomenológico**. 2013. 196 f. Tese (doutorado em Psicologia), Universidade de Fortaleza, 2013.

_____. **Desvelando o valor do tempo para si: Um estudo hermenêutico sobre o sentido ontológico do ócio**. 2009. 244f. Dissertação (mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade de Fortaleza. 2009.

FRANCHI, K. M. B.; RENAN, M. M. Atividade física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 18, n. 3, p. 152-156, 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/408/40818308.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2015.

GUARDA, F. R.B.; FREITAS, M. I. F.; SILVA, R. N.; *et al.* Intervenção do profissional de educação física: formação, perfil e competências para atuar no Programa Academia da Saúde. **Rev Pan-Amaz Saude**. v. 5, n. 4, p. 63-74, 2004. Disponível em: Acesso em: 10 ago. 2014.

GOETZ, E. R.; CAMARGO, B. V.; BERTOLDO, R. B.; *et al.* Representação social do corpo na mídia impressa. **Psicologia & Sociedade**. v. 20, n. 2, p. 226-236, 2008. Disponível em: Acesso em: 10 ago. 2014.

GOMES, I. R.; CHAGAS, R. A.; MASCARENHAS, F. A indústria do Fitness, a mercantilização das práticas corporais e o trabalho do professor de Educação Física: o caso *Body Systems*. **Movimento**. V. 16, n. 04, p. 169-189. 2010. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/14561/10850>. Acesso em: 10 ago. 2014.

GOMES, I. M. Sobre vínculos entre a Educação física e a Escolarização do corpo saudável. **Caderno de Educação Física Marechal Cândido Rondon**, v.7, n.13, p. 81-86, 2008. Disponível em: Acesso em: 10 ago. 2014.

GOMES, C. L. Lazer: Concepções. In. Christianne Luce Gomes (Org.) **Dicionário Crítico do lazer**. Belo Horizonte, Autêntica Editora. 2004.

GOMES, M. A.; DUARTE, M. F. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela Estratégia saúde da família: programa Ação e saúde floripa – Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. v. 13, n. 1, p. 44-56, 2008. Disponível em: Acesso em: 10 ago. 2014.

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, A. M. A.; PAIVA, E. S.; VALDÉS, M. T. M.; *et al.* Fenomenologia, Humanização e Promoção da Saúde: uma proposta de articulação. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.1, p.143-152, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n1/13.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. Atividade física como parte importante da saúde em todas as idades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 998, abril, 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63044891001.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.

GOMES, C. M.; REJOWSKI, M. Lazer enquanto objeto de estudo científico: teses defendidas no Brasil. **Licere**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 9-28, 2005.

GUEDES, D.P. Atuação do professor de educação física no campo da saúde. In: LEBRE, E.; BENTO, J. (Org.). **Professor de Educação Física: Ofícios da Profissão**. Porto, Portugal. Universidade do Porto. 2004.

GUIMARÃES, C. F.; MENEGHEL, S. N. Subjetividade e saúde coletiva: produção de discursos na re-significação do processo saúde-doença no pós-moderno. **Revista Mal-Estar E Subjetividade**. Fortaleza. v. III, n. 2, p. 353 – 371. Set. 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n2/06.pdf> . Acesso em: 10 ago. 2014.

HALLAL, P.; FLORINDO, A. A. **Epidemiologia da atividade física**. Atheneu. 2012.

_____.; KNUTH, A. G. 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.

_____.; TENÓRIO, M. C. M.; TASSITANO, R. M.; *et al.* Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: Percepções de usuários e não usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 26, n. 1, p. 70-78, jan, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n1/08.pdf> . Acesso em: 08 abr. 2015.

_____.; *et al.*. Avaliação quali-quantitativa do programa Academia da Cidade, Recife (PE): concepções dos professores. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 14, n. 1, p. 9-14, 2009. Disponível em: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/748/754> . Acesso em: 08 abr. 2015.

_____.; DUMITH, S. C.; BASTOS, J. P.; *et al.* Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**. v. 41, n. 3, p. 453-60. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5808.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2010.

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>. Acesso em: 08 abr. 2015.

HOEHNER, C.; SOARES, J.; PARRA, D. C.; *et al.* Intervenções de atividade física na América Latina: Qual valor pode ser adicionado incluindo resumos de conferência na revisão de literatura? **Journal of Physical Activity and Health**. v. 7, Suppl 2). 2010. Disponível em: http://www.humankinetics.com/acucustom/sitename/Documents/DocumentItem/17_hoehner_jpah_2009_0208_portuguese.pdf . Acesso em: 08 abr. 2015.

IAROZINSKI NETO, A.; LEITE, M. S. A abordagem sistêmica na pesquisa em Engenharia de Produção. **Produção**, v. 20, n. 1, p. 1-14, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.prod.org.br/doi/10.1590/S0103-65132010005000011>. Acesso em: 08 abr. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Síntese dos indicadores sociais**: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2012. Rio de Janeiro. Brasil. 2012.

INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION (IUHPE). **The Evidence of Health Promotion Effectiveness A Report for the European Commission**. Brussels – Luxembourg, 1st edition 1999, 2nd edition January 2000. Disponível em: http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/EFFECTIVENESS/HPE_Evidence-2_EN.pdf. Acesso em: 23 jul. 2015.

ISAYAMA, H. F. Reflexões **sobre os conteúdos físico-esportivos e as vivências de Lazer**. In: Nelson Carvalho Marcellino. (Org.). **Lazer e Cultura**. Campinas: Alínea, 2007.

IVO, A. B. L. O paradigma do desenvolvimento: do mito fundador ao novo desenvolvimento. **CADERNO CRH**, Salvador, v. 25, n. 65, p. 187-210, Maio/Ago. 2012. Disponível em: Acesso em: 10 ago. 2014.

JAPIASSU, H. **Introdução ao pensamento epistemológico**. Rio de Janeiro, F. Alves, 1979. Disponível em: Acesso em: 10 ago. 2014.

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. 229-233. 2010. Disponível em: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/730/737>. Acessado em: 08 abr. 2015.

KOCH, I. G. V.; MORATO, E.; BENTES, A. C. Ainda o contexto: algumas considerações sobre as relações entre contexto, cognição e práticas sociais na obra de Teun Van Dijk. **ALED**. v. 11, n. 1, p. 79-91. 2011. Disponível em: <http://projetonoisnafita.v11.net2.com.br/site/pdf/rev07.pdf>. Acessado em 08: abr. 2015.

KUSMA, S. Z.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 28, Sup:S9-S19, 2012. Disponível em: 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]/organizado por Franco Noce (Coordenador); 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.

LACOMBE, F.; HEILBORN, G. **Administração: Princípios e Tendências**. 2 ed. São Paulo. Editora Saraiva. 2008.

LAGOS, R. A. S. Sedentarismo, deporte y la presión biopolítica de vivir saludable: análisis del discurso del sistema elige vivir sano em Chile. **Movimento**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, 391-402, abr./jun. de 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/57338/37372>. Acesso em: 14 jul. 2016.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.

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 mai. 2016.

LARROSA, J. B. Experiência e alteridade em educação. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v.19, n2, p.04-27, jul./dez. 2011. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/2444/1898>. Acesso em: 14 de ago. 2015.

_____. 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.

LAZZAROTTI FILHO, A.; SILVA, A. M.; ANTUNES, P. C.; *et al.* O termo práticas corporais na literatura científica brasileira e sua repercussão no campo da Educação Física. **Movimento**, Porto Alegre, v. 16, n. 01, p. 11-29, janeiro/março de 2010. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/9000/7513>. Acesso em: 10 ago. 2014.

LIMA, V. L. G. P.; BARROSO, M. A. B.; CAMPOS, N. Z. R. Efetividade das práticas de promoção da saúde. **B. Téc. Senac: a R. Educ. Prof.** Rio de Janeiro, v. 35, n.2, maio/ago. 2009. Disponível em: <http://www.senac.br/BTS/352/artigo-07.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

_____.; BARROSO, M. A. B.; ARRUDA, J. M.; *et al.* Análise da eficácia de programas sociais de promoção da saúde realizados em condições macroestruturais adversas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 679-696, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a14v09n3.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

LLOYD, K. M.; AULD, C. J. The role of leisure in determining quality of Life: issues of content and measurement. **Social Indicators Research**. v. 57, p. 43–71, 2002. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1013879518210>. 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: Acesso em: 10 ago. 2014.

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

_____.; CARVALHO, M. . **Academia da Cidade em Belo Horizonte: uma relação entre cidade, lazer e saúde**. Coletânea. I Congresso Brasileiro De Estudos Do Lazer. XV Seminário “o Lazer em Debate. Belo horizonte, 06 a 08 de agosto de 2014

_____.; VEIGA, R. T. Intenção de mudança de comportamento em adolescentes para a prática de atividades físicas de lazer. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**. v. 26, p. 705-716, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n4/v26n4a14.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

_____. **Análise comparativa da intenção de mudança do comportamento em adolescentes para a prática de atividades físicas regulares de lazer**. 2009. 197 f. Dissertação (Mestrado em lazer). Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 2009.

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, v. 3, p. 286-299. Mai/2014a. Disponível em: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/3427/3280>. Acesso em: 08 abr. 2015.

_____.; SILVA, M. M. A.; ALBUQUERQUE, G. M.; *et al.* A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19, n. 11, p. 4301-4311, 2014b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4301.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2015.

_____.; SILVA JÚNIOR, J. B. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 22, n. 1, p. 151-164. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a16.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2015.

_____.; 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.

_____.; CASTRO, A. M.; GOSH, C. S. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília. v. 18, n. 1, p. 79-86, jan-mar. 2009. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v18n1/v18n1a08.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2015.

MARCELLINO, N. C. Academias de ginástica como opção de lazer. **Rev. Bras. Cienc. e Mov.** Brasília. v. 11 n. 2 p. 49-54, jun. 2003. Disponível em: <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/496/521>. Acesso em: 10 ago. 2014.

_____. **Lazer e educação**. Campinas: Papirus, 1987.

MARCUSCHI, Luiz Antônio. **Produção textual, análise de gêneros e compreensão**. São Paulo: Parábola Editorial, 2008.

MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O. **Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro. 2001. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0787.pdf. Acesso em: 08 abr. 2015.

MARTINS, J. C. O. Ócio e promoção da saúde. *Revista Brasileira Promoção Saúde*, Fortaleza, 28(3): 297-300, jun./set., 2015. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0787.pdf. Acesso em: 08 abr. 2015.

_____. Lazer, Tempo Livre e Ócio na Cidade Contemporânea. **AGIR - Revista Interdisciplinar de Ciências Sociais e Humanas**. Ano 1, V. 1, n. 5, nov. 2013a. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0787.pdf. Acesso em: 08 abr. 2015.

_____. **Tempo livre, ócio e lazer: Sobre palavras, conceitos e experiências**. In. *O ócio nas culturas contemporâneas - teorias e novas perspectivas em investigação*. (Org.) J. Clerton Martins; Maria Manuel Baptista. Gracio Editor. Coimbra. Portugal. 2013b.

_____.; BAPTISTA, M. M. **O ócio nas culturas contemporâneas**: Teorias e novas perspectivas em investigação. Coimbra. Gráfico Editor. 2013.

_____. TASSIGNY, M. M.; CARVALHO, D. F. Sobre ter e ser a partir das coisas: Reflexões sobre consumo, subjetividade e satisfação no tempo livre. **Revista Mal-estar e Subjetividade**. V. XIII, n. 3-4, p. 591-618. 2013c. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v13n3-4/07.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2015. Disponível em: Acesso em: 10 ago. 2014.

_____.; SOUSA, Z. A.; LIRA, F. F. M. **Ocio Autotélico: más valor para la práctica deportiva**. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0787.pdf. Acesso em: 08 abr. 2015. Disponível em: Acesso em: 10 ago. 2014.

MASCARENHAS, F. **Entre o ócio e o negócio**: Teses acerca da anatomia do lazer. 2005. Tese (Doutorado em educação Física). Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP. Campinas, SP. 2005.

MAXIMIANO, A. C. A. **Fundamentos de Administração: Manual compacto para disciplinas de TGA e introdução à Administração**. 2ª ed. São Paulo. Atlas. 2009.

_____. **Introdução à Administração**. 5ª ed. Revista e ampliada. São Paulo. Atlas, 2000.

MEDEIROS, A. R. P. M.; LAROCCA, L. M.; NOLASCO, C.; *et al.* A epidemiologia como referencial teórico-metodológico no processo de trabalho do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 46, n. 6, p. 1519-23, 2012;. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/32.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2015.

MELO, V. A.; ALVES JR. E. D. **Introdução ao lazer**. Ed. Manole. São Paulo. 2003

MENDONÇA, B. C.A; TOSCANO, J. J. O; OLIVEIRA, A. C. C. Do diagnóstico à ação: Experiências em promoção da atividade física programa academia da cidade Aracaju: promovendo saúde por meio da atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v. 14, n. 3, p. 211-216. 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/776/785>. Acesso em: 10 ago. 2014.

MENESES, M. C.; PIMENTES, A. M.; SANTOS, L. C.; *et al.* Fatores associados ao diabetes Mellitus em participantes do Programa ‘Academia da Cidade’ na Região Leste do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2007 e 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília. v. 20, n. 4, p. 439-448, out-dez 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a03.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. 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.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** 7ª edição, Rio de Janeiro: Hucitec. 2011.

_____.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 5, n.1p. 7-18, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>. Acesso em: 27 set. 2010.

MONTAVANI, E. P.; FORTI, V. A. Epidemiologia, Atividade Física e Saúde. VILLARTA, R. (Org.). **Saúde coletiva e atividade física: conceitos e aplicações dirigidos à graduação em Educação Física.** Campinas: IPES EDITORIAL, 2007.

MONTEAGUDO, M. J. S.; CUENCA, J.; BAYÓN, F.; KLEIBER, D. A. Ócio ao longo da vida: As potencialidades dos itinerários de ócio para a promoção do desenvolvimento humano. **Revista Lusófona de Estudos.** V. 1, n. 2, p. 156-173, 2013. Disponível em: <http://estudosculturais.com/revistalusofona/index.php/rlec/article/view/39/57>. Acesso em: 27 set. 2015.

_____.; CUENCA, M. C. Los itinerarios de ocio desde la investigación: tendencias, retos y aportaciones. **SIPS - Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria.** V. 1139-1723, n. 20, p. 103-135, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1350/135029101004.pdf>. Acesso em: 27 set. 2015.

MOREIRA, A. B. **Clínica e Resistência: a medicina filosófica de Georges Canguilhem.** 2013. 227 fls. Tese (Doutorado em Filosofia) Departamento de Filosofia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. 2013.

_____. Nietzsche e Espinosa: fundamentos para uma terapêutica dos afetos. **Cadernos Espinosanos.** v. XXIV, p. 141-165, 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/espinosanos/article/view/89423/92280>. Acesso em: 10 ago. 2014.

_____. **Corpo, saúde e medicina A partir da filosofia de Nietzsche.** 2006. f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Departamento de Filosofia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. 2006.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo.** Lisboa: Instituto Piaget, 1991.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise.** Trad.: Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1978.

MOTA, M. B. **História das Cavernas ao Terceiro Milênio.** São Paulo: Moderna, 2005.

MUNNÈ, F. **La psicología del tiempo libre.** Cidade do México: Ed. Trilla, 1980.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida saudável.** (4. ed. rev. e atual.). Londrina: Midiograf, 284 p. 2006.

NEULINGER, J. **The Psychology of Leisure: Research Approaches to the Study of Leisure.** Charles C. Thomas, Springfield, IL (1974).

NICOLACI-DA-COSTA, A. M. A Passagem Interna da Modernidade para a Pós-modernidade. **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 24, n. 1, p. 82-93, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v24n1/v24n1a10.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

NIETZSCHE, F. **Assim falava Zaratustra** (trad. Mário da Silva). Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1998.

_____. **Vontade de potência**: Ensaio de uma transmutação de todos os valores. Disponível em: <https://docviewer.yandex.com/?url=ya-disk-public%3A%2F%2Ftz8wnCdIOcD6YVJybR5DOYomu6vpDZJ4DG4aGRx8kyQ%3D&name=A%20Vontade%20de%20Poder.pdf&c=581cf10b4cc4>. Acesso em: 14 dez.2015.

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.

OLIVEIRA, G. A.; PALAFOX, G. H. M. Análise de limitações e possibilidades para as pesquisas sobre políticas educacionais, considerando as abordagens positivista, fenomenológica e materialista dialética. **Práxis Educativa**, Ponta Grossa, v. 9, n. 2, p. 419-441, jul./dez. 2014. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/praxiseducativa>. Acesso em: 23 out. 2014.

OLIVEIRA-CAMPOS, M.; RODRIGUES NETO, J. F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.32, n.2, p.232-240, 2008. Disponível em: <http://stoa.usp.br/lislaineaf/files/-1/19150/qualidade-vida-instrumento-promocao-saude%3E.pdf>. Acesso em: 23 out. 2014.

ORIGUELA, M. A.; SILVA, C. L. O discurso da atividade física e saúde pela mídia: reflexões sobre a contemporaneidade. **Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**. v. 5, n. 2, p. 2178-7514, 2013. Disponível em: <http://www.cpaqv.org/revista/CPAQV/ojs-2.3.7/index.php?journal=CPAQV&page=article&op=view&path%5B%5D=40>. Acesso em: 27 ago. 2016

ORLANDI, E. P. **Análise do discurso**: Princípios e procedimentos. Campinas, São Paulo. Pontes, 6ª ed. 2005.

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: 27 mar. 2015. Disponível em: Acesso em: 10 ago. 2014.

_____.; SALOMÃO, L. C.; NICOLODI, A. G.; *et al.* Reflexões acerca da adesão aos exercícios físicos: comportamento de risco ou vulnerabilidade? **Movimento**. Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 83-100, set./dez. de 2003. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/2819/1434>. Acesso em: 23 out. 2014.

_____. Educação Física, corpo e saúde: uma reflexão sobre outros “modos de olhar”. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 22, n.2, p.23-39, jan. 2001. Disponível em: <http://revista.cbce.org.br/index.php/RBCE/article/view/410/384>. Acesso em: 14 jan. 2016.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte**. São Paulo, v. 26, n.2, p.241-50, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n2/07.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PEDRAZ, M. V. El cuerpo preso de la vida saludable La construcción de una ética Médico-deportiva de sujeción. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 27, n. 3, p. 23-37, maio 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49n1/a10v49n1.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2016.

PELEGRINI, M. L.; CASTRO, J. D. Expectativa de Vida e Gastos Públicos em Saúde. **Análise Econômica**, Porto Alegre, ano 30, n. especial, p. 97-107, set. 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Marcos/Downloads/25879-132550-1-PB.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2016.

PINHEIRO, K. F.; RHODEN, I.; MARTINS, J. C. O. A experiência do ócio na sociedade Hipermoderna. **Revista Mal-estar e Subjetividade**. Fortaleza. v. X, n. 4, p. 1131-1146. dez/2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v10n4/04.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

PIMENTEL, G. G. A. O passivo do lazer ativo. **Movimento**, Porto Alegre. v. 18, n. 03, p. 299-316, jul/jset de 2012. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/22059/21257>. Acesso em: 14 jan. 2016.

PINHEIRO, K. F.; RHODEN, I.; MARTINS, J.C. O. A experiência do ócio na sociedade hipermoderna. **Revista Mal-estar e Subjetividade**. Fortaleza, v. X, n. 4, p. 1131-1146. dez/2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v10n4/04.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2015.

PINTO, L. M. S. M. **Sentidos e significados de tempo de lazer Na atualidade**: Estudo com jovens belo-horizontinos. 2004. f. Tese (doutorado em Educação) - Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2004.

PITANGA, F. J. G. **Epidemiologia da atividade física, exercício e saúde**. São Paulo. Phorte. 2002.

_____. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.** Brasília v. 10, n. 3 p. julho 2002. Disponível em: <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/463/489>. Acesso em: 30 jan. 2010.

PORTA, M. (Ed.). **A dictionary of epidemiology**. 6nd. New York: Oxford Medical Publications, 2014.

PROCHASKA, J. O.; DiClemente, C. C. Stages and processes of self-change in smoking: towards an integrative model of change. **Journal Consulting Clinical Psychology**. v. 51, n. p. 390-5, 1983.

PUKE, N.; MARCELLINO, N. C. Possibilidades de interface entre lazer e fenomenologia. **Movimento**. Porto Alegre, v. 20, n. 01, p. 307-327, jan/mar de 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/40321/28354>. Acesso em: 10 ago. 2014.

PASQUALI, D.; NITERÓI, R.; MASCARENHAS, F. A indústria do fitness e seu desenvolvimento desigual: Um estudo sobre as academias de ginástica na cidade de Goiânia. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 14, n. 2, p. 1-15, maio/ago. 2011. Disponível em: <https://revistas.ufg.emnuvens.com.br/fe/article/view/12311/9559>. Acesso em: 6 nov. 2014.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-50, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n2/07.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2014.

RAMALHO, J. R.; OLIVEIRA, R. V. A atualidade do debate sobre trabalho e desenvolvimento. **CADERNO CRH**, Salvador, v. 26, n. 68, p. 211-215, Maio/Ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v26n68/a01v26n68.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

RAMOS, M. T.; SCHABBACH, L. M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: Conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista de Administração Pública** — Rio de Janeiro. v. 46, n. 5, p. 1271-294, set./out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v46n5/a05v46n5.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2015.

REIFSCHNEIDER, M. R. Considerações sobre avaliação de desempenho. **Ensaio: Aval. Pol. Públ. Educ.**, Rio de Janeiro. v. 16, n. 58, p. 47-58, jan./mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v16n58/a04v1658.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2015.

REZENDE, J. M. Pessoa, indivíduo, sujeito. **Revista De Patologia Tropical**. v. 39, n. 1, p. 69-71. jan.-mar. 2010. Disponível em: <http://revistas.ufg.emnuvens.com.br/iptsp/article/view/9501/6577>. Acesso em: 10 ago. 2014.

REY, G. F. L. **Sujeito e Subjetividade**: uma aproximação histórico-cultural. São Paulo: Thomson Learning, 2003.

REYES, G. E. **Four main theories of development: modernization, dependency, word-system and globalization**. Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas. n. 4, jul.-dez. 2001. Disponível em: <http://www.ucm.es/info/eurotheo/nomadas>. Acesso em: 25 nov. 2014.

RHODEN, I. A experiência do ócio construtivo e a qualidade de vida. **Textual/Fundação Cultural Assistencial Ecarta**. Porto Alegre, v. 1, n. 6, p. 10-21, setembro 2005. Disponível em: http://www.sinpro-rs.org.br/textual/Textual_set05.pdf. Acesso em: 08 abr. 2015.

RHODEN, I.; MARTINS, J. C. O.; PINHEIRO, K. F. Ócio e lazer: Das possibilidades às realidades na contemporaneidade. In. Martins, José Clerton O; Baptista, Maria Manuel. **O**

ócio nas culturas contemporâneas: Teorias e novas perspectivas em investigação. Coimbra, Portugal: Gracio Editor. 2013.

_____. O ócio como experiência subjetiva: Contribuições da psicologia do ócio. **Revista Mal-estar e Subjetividade.** Fortaleza, v. IX, n. 4, p. 1233-1250, dez/2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v9n4/08.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2015.

_____. Ócio construtivo e o desenvolvimento humano. In: CUENCA, M.C.; MARTINS, J. C. O (ORG.). **Ócio para viver no século XXI.** Fortaleza. As Musas, 2008.

RODRÍGUEZ-SUÁREZ, J.; AGULLÓ-TOMÁS, E. Psicología social y ocio: una articulación necesaria. **Psicothema.** 2002. v. 14, n. 1, pp. 124-133. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72714118>. Acesso em: 25 nov. 2014.

ROJEK, C. **O lado obscuro do lazer: Formas anormais.** In: Desafios e perspectivas da educação para o lazer. (Org.) GOMES, C. L.; ELIZALDE, R. Belo Horizonte. Editorial SESC/Otium, 2011.

RUAS, R. F. B. **Representações de usuários do programa academia da saúde sobre promoção da saúde e prevenção de doenças.** 149f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2016.

SAFATLE, V. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. **Scientiæ zudia,** São Paulo, v. 9, n. 1, p. 11-27, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ss/v9n1/a02v9n1.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

SAITO, C. M.; CASTRO, E. D. Práticas corporais como potência da vida. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar,** São Carlos, Mai/Ago 2011, v. 19, n.2, p 177-188. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocuPAC-BHional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/460/325>. Acesso em: 10 ago. 2014.

SALIS, V. D. **Ocio Criador, Trabalho e Saúde.** São Paulo. Editora Claridade, 2004.

SANO, H.; MONTENEGRO FILHO, M. J. F. As técnicas de avaliação da eficiência, eficácia e efetividade na gestão pública e sua relevância para o desenvolvimento social e das ações públicas. **Editora Unijuí.** ano 11. n. 22. jan./abr. 2013. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/desenvolvimentoemquestao/article/view/186/564>. Acesso em: 08 abr. 2015.

SALAZAR, L. **Evaluación de efectividad en promoción de la salud:** guía de evaluación rápida. Santiago de Cali: CEDETES/CDC/OPAS, 2009. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008DESeva.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

_____.; VÉLEZ, J.A. Hacia la búsqueda de efectividad en promoción de la salud en América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 9, n. 3, p. 725-730, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a17v09n3.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

SALVATO, M. A.; FERREIRA, P. C. G.; DUARTE, A. J. M. O impacto da escolaridade sobre a distribuição de renda. *Est. Econ.,* São Paulo, v. 40, n. 4, p. 753-791. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ee/v40n4/v40n4a01>. Acesso em: 08 abr. 2016.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. v. 1. n. 4. ed, São Paulo: Cortez, 2002.

_____. A saúde da doença e vice-versa. **Revista crítica de Ciências Sociais**. n. 3, setembro, 1987. Disponível em: Acesso em: 10 ago. 2014.

SARAIVA, L. A. S.; NUNES, A. S. A efetividade de programas sociais de acesso à educação superior: o caso do ProUni. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro 45(4):941-64, jul./ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v45n4/a03v45n4.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2014.

_____.; GONÇALVES, N. R. Democratização do poder local e efetividade de programas sociais: Análise de uma experiência municipal. **RAC-Eletrônica**, Curitiba, v. 2, n. 3, art. 3, p. 392-409, Set./Dez. 2008. Disponível em: http://anpad.org.br/periodicos/arq_pdf/a_823.pdf. Acesso em: 13 fev. 2014.

_____.; GONÇALVES, N. R. A Contribuição da Efetividade para a Análise do Desempenho de Programas Sociais. **Revista de Administração da FEAD-Minas**, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 99-120, 2004. Disponível em: <http://revista.fead.br/index.php/adm/article/view/81/58>. Acesso em: 08 abr. 2015.

SCABAR, T. G.; PELICIONI, A. F.; PELICIONI, M. C. F. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. **J Health Sci Inst**. v. 30, n. 4, p. 411-8, 2012. Disponível em: <http://www.ceap.br/material/MAT15112013155223.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

SCHWANDT, T. A. **Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa**: interpretativismo, hermenêutica e construcionismo social. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2. ed, Porto Alegre: Bookman, 2006.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. A. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):580-588, mar- abr., 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27>. Acesso em: 13 abr. 2008.

SEGRE, F.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**. v. 31, 5, p. 538-42, 1997. Disponível em: <http://www.ceap.br/material/MAT03082012162552.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2015.

SERRA, G. M. A.; SANTOS, E. M. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 8, n. 3, p. 691-701, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17450.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

SILVA, C. P.; CARMO, A. S.; HORTA, P. M.; SANTOS, L. C.; *et al.* Intervenção nutricional pautada na estratégia de oficinas em um serviço de promoção da saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev. Nutr**. V. 26, n. 6, p. 647-658. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v26n6/04.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

SILVA, V. V.; BAPTISTA, L. M. T. R. Discurso político: legitimação, naturalização ou banalização da corrupção? **Discurso & Sociedad**. V. 5, n. 4, p. 723-748. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17450.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

SILVA, A. M.; MEDEIROS F. E.; LAZZAROTTI FILHO, A.; SILVA, A. P. S.; ANTUNES, P. C.; LEITE, J. O.; *et al.* Corpo e experiência: para pensar as práticas corporais. In: José Luiz Cirqueira Falcão, Maria do Carmo Saraiva. **Práticas corporais no contexto contemporâneo: (in) tensas**. Florianópolis: Copiart, 2009. 304p.

SILVA, F. M. (Org.) **Recomendações sobre Condutas e Procedimentos do Profissional de Educação Física**. Rio de Janeiro: CONFEEF, 2010.

SILVA, M. C. P. A Educação Física escolar/saúde: O discurso médico no século XIX. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**. Campinas, v. 25, n. 2, p. 97-112, jan. 2004. Disponível em: <http://oldarchive.rbceonline.org.br/index.php/RBCE/article/viewFile/229/231>. Acesso em: 10 ago. 2014.

SIMÕES, E.J, HALLAL, P.C, PRATT, M., *et al.* Effects of a Community-Based, Professionally Supervised Intervention on Physical Activity Levels Among Residents of Recife, Brazil. **American Journal of Public Health**. v. 99, n. 1, p. 68-75 January 2009;. Disponível em: <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2008.141978>. Acesso em: 10 ago. 2014.

SOUZA, L. E. P. F. Saúde Pública ou Saúde Coletiva? **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 15, n. 4, p. 01-21. out/dez. 2014. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/saude_publica_4.pdf. Acesso em: 10 ago. 2016.

STRAUSS, A; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Tradução: Luciane de Oliveira da Rocha. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TASCHNER, G. B. Lazer, cultura e Consumo. **Revista de Administração de Empresas**. v. 40, n. 4, Out./Dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v40n4/v40n4a04.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

TASSARA, E. T. O.; DAMERGIAN, S. Para um novo humanismo: contribuições da Psicologia Social. **ESTUDOS AVANÇADOS**. v. 10, n. 28, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v10n28/v10n28a13.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

TEIXEIRA, C. F. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. **Saúde e Sociedade**. v. 13, n. 1, p. 37-46, jan-abr 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/05.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2015.

TEIXEIRA, S. O esporte para todos: “popularização” do lazer e da recreação. **Recorde: Revista de História do Esporte**. v. 2, n. 2, dez. 2009. Disponível em: <http://revistas.ufrj.br/index.php/Recorde/article/view/756/697>. Acesso em: 08 abr. 2015.

TEIXEIRA, R. R. A Grande Saúde: uma introdução à medicina do corpo sem órgãos. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.8, n.14, p.35-72, set.2003-fev.2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a03.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

TELLO, C.; ALMEIDA, M. L. P. de. **Estudos epistemológicos no campo da pesquisa em política educacional**. Campinas: Mercado de Letras, 2013.

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.

TRIVIÑOS, A. N. S **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UCHOA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro. v. 10, n. 4, p. 497-504, out/dez, 1994. Disponível em: <http://fm.usp.br/cedem/did/atencao/AntropologiaMedica.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

VAN DIJK, T. **Discurso e contexto**: Uma abordagem sociocognitiva. Tradução: Rodolfo Illari. São Paulo: Contexto. 2012.

_____. **Discurso e poder**. São Paulo: Contexto, 2008.

_____. Ideology and discourse A Multidisciplinary Introduction. Barcelona. 2004.

_____. Notícias e conhecimento. Tradução de Luciano Bottini, Heloiza Hercovitz e Eduardo Meditsch. Estudos em Jornalismo e Mídia, V. II, n. 2. 2005a. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/jornalismo/article/view/2138/1850>. Acesso em: 10 abr. 2016.

_____. Ideología y análisis del discurso. **Utopía y Praxis Latinoamericana**. Afio 10, n. 29, p. 9-36. Abril-Junio. 2005b. Disponível em: <http://www.discursos.org/oldarticles/Ideolog%EDa%20y%20an%E1lisis%20del%20discurso.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2016.

_____. **Cognição Discurso e Interação**. São Paulo: Contexto. 1996.

VEIGA, R. T.; DEISTER, A. L. C. **Lazer como objeto de consumo**. X Seminário: “O Lazer Em Debate”. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <http://lazeremdebate.files.wordpress.com/2008/11/livro-prof-helder-versao-final.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2009.

VICENTIN, A. P. M.; LÉO, C. C. C.; MERTELI-NICOLAI, C.; GONÇALVES, A. Atividade física e saúde no discurso do sujeito coletivo: Revelações no complexo São Marcos – Campinas/São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 8, n. 24, abr/jun 2010. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/viewFile/1056/829. Acesso em: 03 jul. 2016.

VILLARTA, R. (ORG.). **Saúde coletiva e atividade física: conceitos e aplicações** dirigidos à graduação em Educação Física. Campinas: IPES EDITORIAL, 2007.

WEINBERG, R. S.; GOULD, D. **Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 560 p.

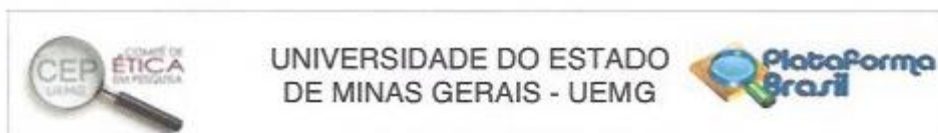
WESTPHAL M. F, MENDES, R. Avaliação participativa e a efetividade da promoção da saúde: desafios e oportunidades. **B. Téc. Senac: a R. Educ. Prof.** Rio de Janeiro. v. 35, n. 2, p. 16-27, 2009. Disponível em: <http://www.senac.br/BTS/352/artigo-02.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

WORLD LEISURE AND RECREATION ASSOCIATION - WLRA. 1993. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/200650683/Carta-internacional-de-educacao-para-o-lazer>. Acesso em: 19 dez. 2015.

ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A. M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**. v. 9, n. 1/2, p. 127-150. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v9n1-2/10.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2015.

ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado de Minas Gerais



Continuação do Parecer: 1.718.494

d) e incluir, no relatório final da pesquisa, todas as recomendações devidamente ajustadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Observadas as recomendações, não há pendências ou inadequações observadas pela relatoria que impeçam à execução da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_726389_E1.pdf	31/05/2016 09:34:49		Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Praticas_Corporais_2.pdf	18/02/2016 07:37:44	MARCOS GONÇALVES MACIEL	Aceito
Outros	Anuencia_DCMH_Ocio_Praticas_Corporais.pdf	07/02/2016 13:58:11	MARCOS GONÇALVES MACIEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Experiencias_Ocio_Praticas_Corporais.pdf	07/02/2016 13:56:34	MARCOS GONÇALVES MACIEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Praticas_Corporais_Experiencias_de_Ocio.pdf	07/02/2016 13:55:56	MARCOS GONÇALVES MACIEL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 08 de Setembro de 2016

Edson José Carpintero Rezende
 Assinado por:
 Edson José Carpintero Rezende
 (Coordenador)

Edson José Carpintero Rezende, Dr.
 Professor e Pesquisador
 Escola de Design / UEMG
 MAASP: 349934-0

Endereço: Rodovia Papa João Paulo II nº 4143 - Ed. Minas - 8º andar Cidade Administrativa Presidente Tancredo Neves
 Bairro: Serra Verde CEP: 31.630-900
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3916-8747 Fax: (31)3330-1570 E-mail: cep@uemg.br

ANEXO B

Carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

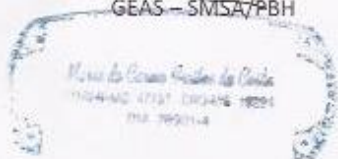
CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaro conhecer o projeto de pesquisa intitulado “Efetividade do Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte: um estudo de caso” sob a responsabilidade do pesquisador Marcos Gonçalves Maciel, CPF 758676646-00, sob guarda e responsabilidade da Coordenação da Academia da Cidade da Gerência de Assistência à Saúde – GEAS SMSA/PBH.

Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente Projeto de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo do sigilo e confidencialidade dos dados que serão acessados. Autorizo sua execução, desde que respeitadas as exigências legais específicas e que o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Belo Horizonte, 19 de janeiro de 2016.

Maria do Carmo Freitas da Costa
Assessora GEAS
GEAS – SMSA/PBH



Dr^a Tatiana Malheiros Lima Carvalho
Gerente GEAS
SMSA/PBH

Assessoria
Gerência de Assistência / SMSA

APÊNDICE A

Termo de consentimento livre e esclarecido⁷⁷

Título do Projeto: A efetividade do Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte.

1) Introdução

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “A efetividade do Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte”. Se decidir participar dela, é importante que leia estas informações sobre o estudo e o seu papel nesta pesquisa. Você foi selecionado em virtude de possuir características de interesse para a composição da amostra da pesquisa. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a empresa. É preciso entender a natureza e os riscos da sua participação e dar o seu consentimento livre e esclarecido por escrito.

2) Objetivo

O objetivo deste estudo é analisar a efetividade de um dos polos do Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte considerando a perspectiva da gestão, profissionais de Educação Física e da comunidade assistida.

3) Procedimentos do Estudo

Se concordar em participar deste estudo, você será solicitado a responder questões e perguntas colocadas pelos pesquisadores. A entrevista será gravada e posteriormente, transcrita. Posteriormente, as informações serão analisadas pelos pesquisadores. A identificação dos respondentes será sempre preservada.

4) Riscos e desconfortos

Você poderá ter receio de alguma informação fornecida aos pesquisadores seja negativamente interpretada, e que por isso sua posição seja ameaçada. De forma alguma os pesquisadores possibilitarão a identificação dos respondentes, nem repassarão informações obtidas durante a entrevista de forma aleatória. Nosso objetivo não é julgar você ou suas opiniões, mas tão somente analisar técnica e academicamente como percebe a efetividade do Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte. Dificuldades são inerentes a esse processo e serão tratadas como tal, sempre com o objetivo de contribuir positivamente para seu aprimoramento.

5) Benefícios

Sua participação na pesquisa é fundamental, dadas as suas características e conhecimento sobre o assunto. Ao responder às questões colocadas por esta pesquisa, você poderá aproveitar para refletir sobre esse processo, seu amadurecimento, as dificuldades já enfrentadas e superadas e aquelas que ainda constituem um desafio. Adicionalmente, você estará contribuindo para que a universidade avance a pesquisa nessa área, ainda tão incipiente no Brasil.

6) Custos/Reembolso

Você não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo, sendo sua contribuição fundamental ao andamento deste estudo.

7) Caráter Confidencial dos Registros

Você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa. Ao assinar este consentimento informado, você autoriza a utilização das respostas do roteiro de entrevistas para a construção de uma análise global sobre a efetividade do Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte, sobre a qual você foi entrevistado(a). Após a transcrição das entrevistas, essas serão mantidas sob a guarda dos pesquisadores, que apenas autoriza o uso e manuseio do material escrito, que não permitirão, em hipótese alguma a identificação dos entrevistados. Em caso de transcrição de partes da fala do entrevistado, estes serão referidos por E1, E2.. ou codificação semelhante, para impedir sua identificação.

8) Participação

⁷⁷ Observação: Este termo será feito em **duas vias**: uma para o participante da pesquisa e outra para ser arquivada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

A coleta de dados dessa pesquisa será sempre realizada pelos pesquisadores responsáveis, que solicitarão aos entrevistados um horário para realização da entrevista. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as questões que lhe forem dirigidas, sendo-lhe totalmente facultado se recusar a responder aquelas que não desejar ou sobre as quais não dispuser de informações.

É importante que você esteja consciente de que a participação neste estudo de pesquisa é completamente voluntária e de que você pode recusar-se a participar ou sair do estudo a qualquer momento sem quaisquer penalidades. Em caso de você decidir retirar-se do estudo, deverá notificar ao pesquisador que o esteja atendendo. A recusa em participar ou a saída do estudo não influenciarão suas relações particulares com nossa instituição.

9) Para obter informações adicionais

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal⁷⁸, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

10) Declaração de consentimento

Li as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que tive tempo suficiente para ler e entender as informações acima. Declaro também que toda linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para participar como entrevistado deste estudo.

Nome do(a) participante (em letra de forma)

Assinatura do participante

Local de data

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objeto deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante. Acredito que o participante recebeu todas as informações necessárias, que foram fornecidas em linguagem adequada e compreensível e que ele compreendeu essa explicação.

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Data

⁷⁸ **Coordenador da Pesquisa:** Prof. Marcos Gonçalves Maciel. Universidade do Estado de Minas Gerais, Departamento de Ciências do Movimento Humano. Unidade Ibitité. Endereço: Av. São Paulo, nº 3.996, Vila Rosário. Ibitité/MG - CEP: 32400-000. Telefone(s): (31) 3533-2157

APÊNDICE B

Roteiro de entrevistas para alunos

Perfil sociodemográfico: Idade, sexo, escolaridade. Atividade profissional. Tempo de moradia no bairro

Dimensão Potência da Vida

1. Gosta da vida
2. O que te motiva a viver
3. Participar do PAC-BH é importante para a sua vida. Justifique.

Dimensão sobre o processo saúde-doença

1. O que entende por saúde.
2. O que é importante para ser ter saúde.
3. Percepção atual do estado de saúde
4. O que entende por doença
5. Tem algum problema de saúde. Isso te atrapalha em viver.
6. O que faz para superar/conviver com essa doença.
7. O que entende por qualidade de vida
8. O que é importante para ser ter qualidade de vida
9. Melhoria da saúde e qualidade de vida com a participação no PAC-BH

Dimensão sobre experiências de lazer/ócio

1. O que te levou a fazer uma atividade física
2. Satisfação em fazer atividade física
3. O que entende por lazer
4. O que gosta de fazer como lazer

Dimensão avaliativa sobre o PAC-BH

1. Tempo de participação
2. Interesse pelo programa
3. Satisfação com as atividades realizadas
4. Sugestões de melhorias
5. Importância do programa na vida
6. Avaliação da prefeitura para promover melhorias na comunidade em relação à saúde e qualidade de vida

APÊNDICE C

Roteiro de entrevistas para os profissionais do PAC-BH

Perfil sociodemográfico: Idade, sexo, estado civil, escolaridade.

Dimensão pessoal

1. Tempo que trabalha no PAC-BH
2. Tempo de experiência na área da saúde
3. Satisfação com o trabalho desenvolvido
4. Satisfação com as relações interpessoais
5. Intenção de continuar a trabalhar no PAC-BH

Dimensão sobre o processo saúde-doença

1. Promoção da saúde – Prevenção de doença
2. Processo saúde-doença
3. Qualidade de vida
4. Lazer e atividade física

Dimensão administrativa

1. Satisfação com as condições e organização de trabalho
2. Satisfação com o apoio/manutenção da prefeitura ao programa
3. Capacitação profissional
4. Satisfação com a parceria entre o PAC-BH e a UBS
5. Atendimento às metas quanto aos macro objetivos sociais referentes ao PAC-BH
6. Acompanhamento dos beneficiários do PAC-BH